

# Sikkerheitsnettet som tek imot om eg fell – men som også kan fange meg.

Korleis erfarer menneske med psykiske lidingar ei innlegging i psykisk helsevern? Eit samarbeidsbasert forskingsprosjekt mellom forskarar og brukarar.

---

Kari Eldal

Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)  
Universitetet i Bergen  
2019

UNIVERSITETET I BERGEN



# **Sikkerhetsnettet som tek imot om eg fell – men som også kan fange meg.**

Korleis erfarer menneske med psykiske lidingar ei innlegging i psykisk helsevern? Eit samarbeidsbasert forskingsprosjekt mellom forskarar og brukarar.

Kari Eldal



Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)  
ved Universitetet i Bergen

Disputasdato: 09.12.2019

© Copyright Kari Eldal

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverkslovens bestemmelser.

År: 2019

Tittel: Sikkerhetsnettet som tek imot om eg fell – men som også kan fange meg.

Navn: Kari Eldal

Trykk: Skipnes Kommunikasjon / Universitetet i Bergen

## Fagmiljø

Denne avhandlinga er fullfinansiert av Høgskulen på Vestlandet, Institutt for helse- og omsorgsvitskap, og er eit samarbeid med Helse Førdes forskingsgruppe for psykisk helse og rus. Eg er teken opp ved Institutt for klinisk psykologi, Det psykologiske fakultet ved UiB, og tilknytt Graduate School of Clinical and Developmental Psychology (CDP). Mine rettleiarar er professor Christian Moltu, ph.d., fagsjef og spesialist i klinisk vaksenpsykologi ved Helse Førde; førsteamanuensis Marius Veseth, ph.d. ved Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen; og førsteamanuensis Eli Natvik, ph.d. og fysioterapeut ved Fakultet for helse og sosialfag, Høgskulen på Vestlandet.

Eg har teke ph.d.-kurs ved Universitetet i Bergen, Høgskulen i Volda, Universitetet i Agder og Roskilde Universitet. Eg har delteke på forskingsseminar i regi av forskingsgruppa for psykisk helse og rus ved Helse Førde / Høgskulen på Vestlandet. I tillegg har eg vore på forskingsutveksling ved Yale School of Medicine, Department of Psychiatry – Program for Recovery and Community Health.

## Takk til

Eg vil gjerne takke alle medforskarane – Solfrid, Oda, Åse, Camilla og Dorte – som har bidrege til å utvikle dette forskingsprosjektet. De har vore med i heile prosjektet og jobba med alt frå å skrive utlysingstekst til å analysere data og formidle funn. Resultatet av denne studien hadde ikkje blitt det same utan dykkar bidrag. De har tort å dele og å vere ærlege og kritiske i samtalene våre. Eg vil spesielt takke medforskarkoordinator Åse Skjølberg. Samtalene med deg om stort og smått har verkeleg fått dette prosjektet til å ta form. Utan din innsats ville vi ikkje ha klart å samle heile gruppa i alle desse åra.

Eg vil også takke alle deltakarane som har sagt ja til å stille som informantar i studien. Denne studien hadde ikkje kunne blitt skriven dersom de ikkje hadde vore villige til å delta. Eg vil også takke Helse Førde for at vi fekk tilgang og lov til å forske i helseføretaket.

Eg er svært takknemleg overfor rettleiarane mine, Christian Moltu, Marius Veseth og Eli Natvik. De har tolmogig stilt opp og rettleia og støtta meg gjennom desse fire åra, og hatt tru på meg når eg sjølv ikkje har hatt det. De har utfordra meg, late meg få trekke meg tilbake og stilt opp når eg har trengt det. Takk til alle tre for gode samtaler. Måten de har rettleia meg på, vil eg prøve å vidareføre når eg sjølv skal rettleie andre.

Eg vil også takke professor Larry Davidson ved Yale University. Larry var med på tidlege diskusjonar og idémyldring om brukarinvolvering i forskning samt i diskusjonen om forskningsspørsmål og intervjuguide. Eg fekk også besøke Yale hausten 2018 for å betre forstå korleis ein kan jobbe recovery-orientert. Davidson har også vore med som medforfattar på alle tre artiklane.

Eg er svært takknemleg for å høyre til miljøet ved sjukepleiarutdanninga i Førde ved Høgskulen på Vestlandet – de har heia meg fram! Eg vil takke Anny Aasprang for tilrettelegging av arbeidsplanen min no i innspurten. Spesielt vil eg takke stipendiatane på Tefre for støtte, latter og gode samtaler: Irene, Olivia, Pål, Runar, Toril, Hege og Bente. Eg kjem til å sakne fellesskapet vi har hatt. Takk til Marit Solheim, som har heia meg fram, og til Gro Hovland og Anne Grethe Halding for gode samtaler, hjelp og støtte. Eg vil også takke Ann Lisbeth Lesto for utforming av plakat og folder.

Eg vil takke foreldra mine for at de har prøvd å lære meg å sjå ting frå fleire sider, og å sjå det beste i andre. Eg vil også takke søsken og svigerfamilie for at de har vore tolmogige, spesielt dei siste månadene. Eg er takksam for alle mine vennskap, de veit sjølv kven de er. Den

største takken går til min kjære mann, Willem. Denne avhandlinga har også du teke del i. Tolmodig har du støtta meg og gjort meir enn din del i heimen. Du er unik. Takk også til våre fire flotte gutar. På kvar dykkar måte har de støtta meg: Magnus, som spør korleis det går, Herman, som får meg til å le, Jonas, som ber meg om å vere til stades her og no, og Ludvig med gode spørsmål. Dei gode klemmane dykkar er gull verd.

## Samandrag

Temaet for avhandlinga er innlegging i psykisk helsevern. Nokre av dei som har ei psykisk lidning, treng av og til ei innlegging i psykisk helsevern. Føremålet med denne studien var å sjå nærmare på kva ei innlegging er. Kva er det som er til hjelp, og kva er det som er til hinder for betring hos pasientar ved døgnpostar? Dette prøvde vi å finne svar på ved å gjere djupneintervju med pasientar som var innlagde på DPS (distriktpsikiatriske senter). Intervjua handla om korleis pasientar opplevde kvardagen på ei avdeling.

Avhandlinga er eit samarbeidsprosjekt mellom forskarar og menneske som har eigenerfaring med psykiske lidingar. Menneske med eigenerfaring har vore med som medforskarar for å bestemme kva vi skulle forske på. Dei har i tillegg vore med på å utforme studien samt på å analysere og formidle funn.

Rekrutteringa skjedde i samarbeid med tre ulike DPS. 14 personar sa ja til å delta i studien. Vi gjennomførte to intervju med alle deltakarane: første intervju medan pasienten var innlagd ved ein døgnpost, og andre intervju om lag tre månader etter at pasienten var utskriven.

Funna er presenterte i tre artiklar. Den første artikkelen presenterer funn frå intervjua vi gjorde medan deltakarane var innlagde på sengepost. Den andre artikkelen presenterer funn frå intervju både under innlegging og etter tre månader. Den tredje artikkelen presenterer funn frå intervjua vi gjorde etter utskrivinga.

Hovudfunna er at ved ei innlegging i psykisk helsevern treng ein å bli sett som eit heilt menneske. Ei innlegging er trygg, men på same tid forbunden med ulike kjensler av skam. For fleire bar kvardagen heime preg av at dei var einsame, og nokre hadde vanskar med å skape meiningsfulle kvardagar utanfor institusjonen. Avhandlinga bidreg med kunnskap om korleis innlegging i psykisk helsevern kan erfarast.

## Summary

This thesis explores inpatient treatment within mental health care. Some people, suffering from a mental health problem, may occasionally need an admission. This thesis' objective is to take a closer look at what mental health hospitalization is. What helps and supports, and what hinders, recovery for people who are admitted? We carried out in-depth interviews with patients admitted to DPS (district psychiatric centers) to develop knowledge about how they experienced the inpatient treatment.

The project and this thesis represents a collaborative approach to mental health research. It comprises contributions from persons with personal experiences with mental illness and contributions from researchers. People with first person experiences have had a central role in deciding the focus of the study, have been involved in data analysis and dissemination of results.

Recruitment to the project was carried out at three different DPS-departments. 14 people agreed to participate in the study. We conducted two interviews with each participant: the first when the patient was hospitalized, and the second three months after the patients had been discharged.

Results from the project are disseminated through three scientific articles and this thesis. The first article presents findings from the interviews completed when the participants were in inpatient care. The second article presents findings from the full body of interviews. The third article disseminates findings resulting from analyses of the interviews conducted after discharge.

Results show that when receiving inpatient treatment in a psychiatric institution, it is crucial for the patients to be recognized as whole person. Hospitalization is an ambivalent experience: it provides safety for the patients, and it spurs feelings of shame. Several participants were troubled by loneliness, and some found it difficult to create meaning in their lives outside of the institution. The thesis contributes knowledge about- and descriptions of experiences of inpatient treatment in psychiatric institutions, which may inform professional understandings and discussions about how best to organize care and treatment.



## Publikasjonsliste

Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 1-9. doi:10.1080/01612840.2018.1524532

Eldal, K., Veseth, M., Natvik, E., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Contradictory experiences of safety and shame in inpatient mental health practice – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. DOI:10.1111/scs.12674

Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., & Moltu, C. (2019). From the (dis)comfort of one's own home: patients' experiences of hospitalization after discharge. Accepted: In *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*

Løyve til å gjengi artiklane er innhenta frå utgivarane: Taylor and Francis group, John Wiley & Sons Limited og Springer Link.

## Presentasjon av viktige personar og omgrep i avhandlinga

I dette prosjektet er det mange som har vore involverte og hatt ulike roller. Her er ei oversikt over rollene til deltakarane i prosjektet.

**Brukarar:** I denne avhandlinga er brukarar menneske som er eller har vore pasientar i psykisk helsevern. Dette ordet er mykje nytta i litteraturen.

**Menneske med eigenerfaring med å vere innlagde:** Dette er brukarar som har sagt seg villige til å bidra i prosjektet som medforskarar. Dei har eigenerfaring ved at dei ein eller fleire gonger har vore innlagde ved ein DPS-sengepost.

**Medforskarkoordinator (MFK):** Åse Skjøberg har vore tilsett som medforskarkoordinator i 20 % stilling gjennom heile prosjektet. Stillinga var eit samarbeidsprosjekt mellom Helse Førde (10 %) og Høgskulen på Vestlandet (10 %). Medforskarkoordinatoren si rolle var å vere eit bindeledd mellom medforskarar, forskarar og prosjektleiar. Åse var i tillegg eit aktivt medlem i gruppa.

### **Medforskarar i gruppa:**

*Medforskarar med eigenerfaring (MFE).* Desse sa seg villige til å vere med i prosjektet fordi dei har brukarerfaring: Dorte Gytri, Camilla Lykke Torp, Oda Brendehaug, Solfrid Lillebø og Åse Skjøberg.

*Medforskarar med forskarerfaring (MFF).* Tre erfarne forskarar, alle med bakgrunn frå kvalitativ forskning. To hadde erfaring med brukarinvolvering i forskning, og to var i tillegg psykologar: Christian Moltu, Marius Veseth og helseforskar Eli Natvik.

Alle i gruppa blir rekna som medforskarar, men når eg nyttar ordet medforskar i avhandlinga, meiner eg i hovudsak medforskarar med eigenerfaring.

**Ekstern mentor:** Larry Davidson.

**Deltakarar:** Dei som vi gjorde intervju med.

## Innhald

1. Introduksjon .....	10
1.1 Overordna presentasjon av prosjektet .....	10
1.2 Hovudbidraget til avhandlinga .....	10
1.3 Måla med avhandlinga .....	11
1.3.1 Problemstilling.....	11
1.3.2 Forskingsspørsmål .....	11
1.4 Struktura på avhandlinga .....	11
2 Bakgrunn.....	13
2.1 Den norske konteksten.....	14
2.1.1 Distriktpsikiatrisk senter (DPS).....	15
2.1.2 Miljøterapi.....	16
2.2 Brukarmedverknad.....	18
2.1.2.Studiar om brukarmedverknad .....	20
2.3 Brukarmedverknad i forskning .....	23
2.4 Recovery .....	26
2.4.1. Sentrale aspekt ved recovery .....	27
2.4.2 Recovery i Noreg .....	28
2.4.3 Utfordringar ved recovery som omgrep og praksis.....	29
3 Metode .....	32
3.1 Design .....	32
3.2 Etablering av og struktur på gruppa.....	33
3.3 Utval og rekruttering .....	36
3.4 Intervju .....	37
3.5 Analyse .....	43
3.6 Etikk .....	47
3.7 Refleksivitet – personleg – i relasjon og i samarbeid .....	49
3.7.1 Om mi eiga rolle .....	49
3.7.2 Om medforskarane si rolle .....	50
3.7.3. Om likeverd og makt .....	51
4 Presentasjon av artiklane .....	54
4.1 Artikkel 1.....	54
4.2 Artikkel 2.....	55
4.3 Artikkel 3.....	56
5 Diskusjon .....	57
5.1 Kva inneber det å bli sett som eit heilt menneske? .....	58

5.2 Miljøet på ei avdeling .....	61
5.3 Motsetningsfylte forventingar .....	63
5.4 Kva prosessar på sengepost kan hindre betring?.....	65
5.4.1 Manglande medverknad .....	65
5.4.2 Skam .....	69
5.5 Betring – ein sosial prosess?.....	72
5.6 Utskriven, kva no? .....	74
5.7 Implikasjonar for praksis .....	76
5.8 Styrkar og svakheiter ved studien .....	77
6 Implikasjonar for forskning.....	80
7 Litteraturliste.....	82

Artikkel        I-III

Vedlegg        I - VII

# 1. Introduksjon

## 1.1 Overordna presentasjon av prosjektet

Dette er presentasjonen av eit medforskarprosjekt – eit samarbeidsprosjekt mellom brukarar av psykisk helsevern, erfarne forskarar og ein ph.d.-student. Saman har vi undersøkt korleis det er å vere innlagd som pasient i psykisk helsevern. I dette prosjektet har brukarar vore med som medforskarar heilt frå starten. Medforskarane i denne studien er menneske som har eigenerfaring med innlegging i psykisk helsevern. Vi etablerte ei gruppe med medlemmer som har ulik erfaring, det vil seie mellom anna brukarerfaring, erfaring med å arbeide innan psykisk helsevern og forskarerfaring. I løpet av fire år har denne gruppa på ti medlemmer møtst til to-dagars samlingar fire gonger i året. Vi har utvikla eit prosjekt som er tufta på samarbeid og refleksivitet, og som er inspirert av ein hermeneutisk-fenomenologisk tradisjon. Saman har vi diskutert og utvikla prosjektet, bestemt metode og forskings spørsmål, utvikla intervjuguide, gjennomført intervju og samarbeidd om analyse samt om formidling av metode og funn. Dette prosjektet gir ny kunnskap på fleire område: 1) kunnskap om korleis det er å vere pasient i psykisk helsevern, 2) kunnskap om korleis ein kan involvere brukarar i forskning innanfor psykisk helsevern.

## 1.2 Hovudbidraget til avhandlinga

Vi ville utforske korleis menneske som er frivillig innlagde i psykisk helsevern, erfarer det å vere innlagd. I gruppediskusjonar kom det tidleg fram gjennom erfaringa til medlemmene i gruppa at sjølv innlegginga var viktig å studere. Sjølv om MFE-ane hadde erfaring med å vere innlagde, hadde dei mange spørsmål om kva som eigentleg førte til betring, og kva rolle ei innlegging hadde i ein slik betringsprosess. I tillegg syner både forskning, nyheiter og innlegg i media at vi treng meir kunnskap om korleis det er å vere innlagd på sengepost i psykisk helsevern, for å gi dei som treng slike innleggingar, eit betre tilbod enn det dei får i dag.

Vi ville undersøke korleis deltakarane i studien opplevde det å vere innlagd som pasient i psykisk helsevern. Vidare ville vi utforske kva av det som skjer på ein sengepost, som kan bidra til eller hemme betringsprosessar. Vi gjorde djupneintervju med 14 menneske medan dei var innlagde. 11 av desse stilte opp til nytt intervju tre månader etter utskrivning.

Brukarar og forskarar har saman reflektert over dei ulike fenomena som dukka opp i intervju med deltakarane. Gjennom gruppediskusjonar har vi utvikla nye perspektiv. Erfaringa til deltakarane i intervju blei analyserte av meg med hjelp frå gruppa. Vi hadde ulike forforståingar: 1) Medforskarane sine forforståingar var knytte til eiga erfaring med å vere innlagd som pasient i psykisk helsevern. 2) Forskarane sine forforståingar var knytte til deira bakgrunn frå både forskning og klinisk arbeid i helsevesenet. 3) Alle deltakarane i gruppa er først og fremst menneske, som hadde med seg individuelle forforståingar ut over pasient- eller fagerfaring. For meg som forskar var ein vesentleg del av analysemøta å vareta og legge til rette for gode refleksjonsprosessar i møtet med dynamikken i gruppa og dei ulike forforståingane. Målet var framvekst av ny kunnskap som kunne skape grobottn for betre tenester. Denne avhandlinga, som inkluderer tre vitenskaplege engelskspråklege artiklar som analyserer og presenterer pasienterfaringar med å vere frivillig innlagd, er resultatet av forskingsprosessen.

### 1.3 Måla med avhandlinga

Avhandlinga har fleire mål. Det første målet var å gjennomføre eit solid medforskningsprosjekt i psykisk helsevern. Hovudmålet med dette forskingsprosjektet var å skape kunnskap om innleggingar si rolle i betringssprosessar. Studien har særleg fokus på å bidra med kunnskap som kan auke kvaliteten på miljøterapi samt auke god brukarmedverknad.

#### 1.3.1 Problemstilling

Korleis erfarer menneske med psykiske lidningar ei innlegging i psykisk helsevern?

#### 1.3.2 Forskingsspørsmål

Korleis erfarer pasientar det å vere innlagd på sengepost?

Kva erfarer pasientar at fremmar og hemmar betring når dei er innlagde på sengepost?

Korleis erfarer pasientar innlegginga når dei ser tilbake på ho etter tre månader?

### 1.4 Struktura på avhandlinga

I kapittel 2 presenterer eg aktuelt teorigrunnlag og omgrep som har synt seg spesielt viktige i arbeidet med dette prosjektet. I kapittel 3 blir metoden presentert. I kapittel 4 gir eg

ei samanfating av dei tre artiklane. Diskusjon, styrkar og svakheiter ved studien samt implikasjonar for praksis kjem i kapittel 5. Det siste kapittelet i avhandlinga handlar om implikasjonar for forskning.

## 2 Bakgrunn

Psykisk helse kan skildrast som ei oppleving av å ha det bra, at ein har moglegheit til å meistre vanlege belastningar, finne glede i arbeid og aktivitet samt delta og bidra i samfunnet. Verdas helseorganisasjon (WHO) har denne definisjonen på psykisk helse:

Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community (WHO, 2014).

Det er vanskeleg å definere klart kva psykisk lidning er, og korleis det skil seg frå eller liknar på fysisk sjukdom. Ei av årsakene til dette er at kropp og sjel heng saman og utgjør «det heile mennesket» (Snoek & Engedal, 2017). Psykiske lidningar kan opplevast ulikt, som vonde og øydeleggande symptom eller som ei livsform som er identitetsskapande og ein måte å meistre ting på. Å lide psykisk / psykisk smerte kan skildrast som kjensler som høyrer livet til, eller som ulike kategoriar som lidning, syndrom eller sjukdommar (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, & Maizels, 2018). Mellom ein og fire og ein av seks vil få ei eller fleire psykiske lidningar på eit eller anna tidspunkt i livet (OECD/EU, 2018). Nokre av lidingane kan førebyggast, og alle kan bli møtte og behandla (WHO, 2001).

Årsakene til psykiske lidningar ser ut til å vere samansette, og det er ulike forklaringsteoriar om kva som er årsaka/årsakene til psykiske lidningar. Vi har *medisinske forklaringsmodellar*, som blant anna ser på genetik, nevrofysiologi, skade og nevropsykologi. Vi har *psykologiske teoriar*, som til dømes bygger på tilknytningsteori og sosial læringsteori. Vidare har vi *sosialpsykologiske teoriar*, som er opptekne av forholdet mellom individ og sosiale omgivnader, og som blant anna ser på samhandling i sosiale miljø som årsak. *I sosiokulturelle teoriar* ser ein på korleis sosiale strukturar eller system forklarar åtferd, og på korleis individ og familiar reagerer på sosial påverknad frå kultur og sosiale institusjonar (Snoek & Engedal, 2017).



## 2.1 Den norske konteksten

Psykiske lidningar og rusbrukslidningar er dei viktigaste årsakene til ikkje-dødeleg helsetap i Noreg, og dei fleste som får psykiske lidningar, er i yrkesaktiv og reproduktiv alder (Institute for Health Metric and Evaluation, 2017). Vidare har om lag ein tredjedel av dei som får uførepensjon, ei psykisk lidning. I 2015 hadde 35 prosent av alle som fekk uførepensjon, ein diagnose knytt til psykisk lidning, og talet på uføre med psykiske lidningar ser ut til å vere stigande (NAV, 2017). Det å ha psykiske lidningar aukar risikoen for somatiske/fysiske lidningar og tidleg død (Folkehelseinstituttet, 2018).

Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB, 2018) er psykisk sjukdom eller lidning også den viktigaste årsaka til at folk oppsøker fastlege eller legevakt, og talet er aukande. I 2017 var det 253 opphaldsdøgn for kvart 1000. menneske i psykisk helsevern for vaksne (SSB, 2019). I SINTEF sin rapport frå 2012 om døgnpasientar i psykisk helsevern for vaksne ser vi at 52 prosent av dei innlagde er kvinner (Ose & Pettersen, 2014). Vidare syner tala at det er fleire med låg utdanning enn med høgare utdanning som blir innlagde, og om lag to av tre pasientar er ugifte/einslege eller skilte/separerte. Meir enn kvar tredje pasient er mottakar av uførepensjon, og menn får oftare uførepensjon enn kvinner. Rapporten viser også at over halvparten av dei utskrivne pasientane ville hatt behov for eit poliklinisk tilbod då dei blei utskrivne, og at om lag 40 prosent av pasientane hadde behov for eit kommunalt tilbod etter utskrivning. Av dei som hadde behov for kommunal bustad, var det 40 prosent som ikkje fekk det. Ein stor del av pasientane ønskte ikkje hjelp, og denne rapporten peikar spesielt på at ein bør tilpasse tilboda betre, slik at dei er i samsvar med pasientane sine behov (Ose & Pettersen, 2014). Ein rapport frå OECD (2013) peikar på at det i Noreg har vore dårleg samhandling mellom sjukehus og kommunehelsetenesta. Tidlegare har pasientar i psykisk helsevern i Noreg hatt fleire liggedøgn enn i andre OECD-land, men dette talet er no på retur. I 2002 var ein pasient i Noreg i gjennomsnitt innlagd i 48 dagar, og i 2011 hadde talet på liggedøgn blitt redusert til 24 dagar. I same tidsrom har også talet på re-innleggingar auka, og tal viser at etter 30 dagar er 20 prosent av dei utskrivne pasientane innlagde på nytt på same sjukehus (OECD, 2013).

Behandling av psykisk lidning skjer i spesialisthelsetenesta ved psykiatriske sjukehus, ved distriktpsikiatriske senter (DPS), i kommunehelsetenesta eller privat (Karlsson & Borg, 2013). Dei siste åra har det gått mot ei deinstitusjonalisering der målet er å unngå innlegging

i størst mogleg grad. Føremålet er at brukarane skal få tidleg og god hjelp der dei bur (Regjeringa, 2009b)

#### 2.1.1 Distriktpsikiatrisk senter (DPS)

DPS blir definert som ei fagleg sjølvstendig eining med ansvar for det allmenne psykiske helsevern. DPS har ulike tilbod og tenester, som dagtilbod, døgnstilbod, polikliniske tenester og ambulante tenester. Alle norske innbyggjarar høyrer til under eit DPS. Nokre stader er DPS i same lokale som sentraliserte sjukehusavdelingar. DPS skal fungere som eit slags bindeledd som skal gi pasientane samanhengande tenester og god pasientflyt. DPS bør vere vegen inn og ut av spesialisthelsetenesta, og tenestene skal ha fokus på samhandling. Eit mål er gjensidig informasjons- og kompetanseutveksling, slik at alle instansar til ei kvar tid veit kva som er deira oppgåve og ansvar (Sosial- og helsedirektoratet, 2006a). På DPS arbeider det fleire ulike profesjonar. Sjukepleiarar utgjer den største gruppa, etterfølgd av personar med treårig høgskuleutdanning, til dømes sosionomar. Hjelpepleiarar, legar og psykologar er andre sentrale faggrupper.

Ein rapport som har målt pasienterfaringar med døgnopphald (Kjøllesdal, Iversen, Danielsen, Haugum, & Holmboe, 2017), viser at pasientane i stor grad eller svært stor grad var fornøgde med måten dei blei tekne imot på avdelingane på. 74 prosent av pasientane sa at dei i stor grad eller svært stor grad hadde følt seg trygge. Men når det gjaldt aktivitetstilbod, svarte 52 prosent at dei ikkje var fornøgde med aktivitetstilbodet ved avdelinga, og 41 prosent sa at det ikkje var tid nok til samtaler og kontakt med behandlar/personalet. Vidare sa 61 prosent at dei hadde fortalt behandlar/personalet det som var viktig om tilstanden sin. Så mykje som 71 prosent sa at institusjonen ikkje hadde gitt god nok informasjon om behandlingsmoglegheiter, og 65 prosent hadde fått for lite informasjon om sine eigne psykiske plager eller sin eigen diagnose. Likevel rapporterte 58 prosent at dei hadde hatt utbytte av behandlinga. Det kan verke som eit paradoks at 60 prosent sa at hjelpa dei fekk ved institusjonen, ikkje i det heile teke eller i liten grad gjorde dei betre i stand til å meistre sine psykiske plager. På spørsmål om hjelpa ved institusjonen gav dei tru på at dei kunne leve eit betre liv etter utskriving, svarte 59 prosent: ikkje i det heile teke, i liten grad eller i nokon grad (Kjøllesdal et al., 2017). Tal viser at det tilsynelatande er behov for mykje kunnskap om korleis pasientar opplever innleggingar, og korleis innleggingar kan bidra til betringssprossar på ein god måte.

### 2.1.2 Miljøterapi

I Noreg har miljøterapi sidan 1950-talet vore ei av dei gjeldande behandlingsformene innanfor det psyko-terapeutiske praksisfeltet (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Likevel er dette ein underkommunisert tradisjon. Til og med dei som har jobba lenge innan feltet, har problem med å definere kva det er (Olkowska & Landmark, 2016; Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Miljøterapi er definert som planlagde aktivitetar i dagleglivet i ei dageining eller på ein sengepost. Miljøterapi inkluderer det psykososiale miljøet, det fysiske miljøet og det terapeutiske miljøet (Helsedirektoratet, 2013). Miljøterapi er sett saman av orda miljø og terapi. Miljødelen handlar om å organisere kvardagen for dei som bur der: tak over hovudet, mat og organisering av læring av fag og praktiske ferdigheiter. Terapidelen handlar om å utvikle og forandre (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

Målet med miljøterapi var at pasientane skulle bli i stand til å få kontrollen over sitt eige liv. Dette skulle ein oppnå ved å behandle pasientane med respekt og verdigheit. Trua på det gode i mennesket kombinert med behandling i form av oppdraging etter moralske normer skulle gi pasientane meir kontroll over eige liv (Vatne & Holmes, 2006). Gunderson (1978) skildrar fem basisdimensjonar som vanlegvis eksisterer i eit miljø. Desse fem dimensjonane er definerte som beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjering. Olkowska og Landmark (2016) seier at miljøterapi er ein fagideologisk tenkemåte, meir enn ein konkret metode, og at det spesifikke ved val av metodar er at valet er knytt til institusjonens oppgåve og dei miljøfaktorane ein har til rådighet. For at miljøterapi skal vere terapeutisk, må vala vere gjennomtenkte, og den fagideologiske tenkinga må vere forankra i institusjonen si tenking. Eit anna viktig prinsipp er at prosessane skal vere heilskaplege. Nærleik til miljøterapeuten kan i seg sjølv vere ein terapeutisk faktor, og han eller ho kan sette i verk miljøterapeutiske tiltak med betydning for utviklingsprosessen før, under og etter ein situasjon.

Miljøterapi kan også forståast som relasjonsbehandling (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Relasjonsbehandling betyr her at det blir skapt sensitive rom som gir høve til å dele kjenslemessige ting. Kjernen er å utvikle eit forhold som skaper affektiv gjenklang, og som vi kan reflektere over. Ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2013) inneber miljøterapi å reflektere over seg sjølv, relasjonar, strukturelle rammer og reglar, teoriar, verdiar samt planlagde og ikkje-planlagde aktivitetar. Vidare seier dei at ved å møtast gjennom åtferd og reflektere

over åtfærd ønsker ein å stimulere dei innlagde til å reflektere over seg sjølv. Ein ønsker med andre ord å utvikle ein reflekterande kultur som smittar over på heile organisasjonen.

Det er relativt få nyare norske studiar som har sett på kva miljøterapi har å seie for betring for dei som er innlagde i psykisk helsevern. Under presenterer eg nokre av dei studiane som har sett spesielt på dette med miljøterapi i ein norsk kontekst.

Borge og Fagermoen (2008) djupneintervjua 15 pasientar for å studere pasienterfaringar med å vere innlagd i psykisk helsevern. Dei fann at inneliggande behandling gir pasientane noko dei ikkje får ved poliklinisk behandling. Ein kombinasjon av profesjonalitet og møte med varme menneske var med på å gi pasientane ei kjensle av sjølvrespekt og likeverd. Pasientane trekte fram at det å vere vekke frå heimen og omgåast andre var viktig. Det å ha aktivitets- og behandlingstilbod på dagtid førte til at pasientane følte seg likeverdige med personalet. I denne studien fann dei at fritid for dei fleste fremma kjensla av å vere normal, men for nokre kunne det å ha fritid/eigentid forsterke kjensla av å vere pasient ved at dei blei pasifiserte. I ein etnografisk studie innanfor psykisk helsevern nytta forskarane observasjon og intervju som metode og hadde som mål å sjå på korleis miljøterapi blei utført på ei lukka avdeling i psykisk helsevern i Noreg (Oeye, Bjelland, Skorpen, & Anderssen, 2009a). I denne studien fann dei at personalet tok foreldrerolla og tilbydde ei omsorgsfull atmosfære, medan pasientane såg ut til å svare med å oppføre seg på ein barnslig måte. I ein tradisjonell hierarkisk medisinsk sjukehusstruktur blei dei fleste pasientane fråtekne formell autoritet og autonomi. I staden for å ansvarleggjere pasientane, slik at dei blei førebudde på å leve eit uavhengig liv utanfor sjukehuset, gjorde dei barn ut av vaksne, noko som gjorde det vanskelegare å leve eit normalt liv på utsida. Funna i desse to studiane er sprikande, noko som talar for å studere dette nærmare.

Om vi ser på internasjonale studiar som har undersøkt inneliggande behandling, finn vi at relasjonen mellom helsepersonell og pasient betyr mykje for pasientane si oppleving av det å vere innlagd. Thomas, Shattell og Martin (2002) hadde som mål å utforske pasienterfaringar med miljøet ved inneliggande behandling i psykisk helsevern. Dei intervjua åtte pasientar om deira erfaringar med miljøet ved avdelinga. Hovudfunnet deira var at pasientane lengta etter ei djupare tilknytning til personalet. Pasientane opplevde å bli møtte på behov som tryggleik, struktur og medisinerer. Likevel hjelpte ikkje ei innlegging pasientane med å lære korleis dei skulle leve. Pasientane blei betre, men dei lærte ikkje kva

som hjalp dei, og korleis. Studien viste også at innleggingane var av kort varigheit, med tidleg utskriving. Ein litteraturgjennomgang av kvalitative studiar som har sett på pasienterfaringar med å vere innlagd i psykisk helsevern, fann tre område som var spesielt viktige for pasientane (Wood & Alsawy, 2016). Desse områda var samarbeid og inkluderande omsorg, positive forhold mellom pasient og helsepersonell samt eit trygt og terapeutisk miljø. Ein ny litteraturgjennomgang som har sett på publisert litteratur, hadde som mål å identifisere sentrale forbettringsområde innanfor psykisk helsevern (Staniszewska et al., 2019). Studien avdekte fire avgjerande forbettringsområde som var direkte knytte til pasientars erfaring med krise og recovery-orientert behandling. Å ha relasjonar av høg kvalitet var sentralt. For det andre var det viktig at dei tilsette jobba mot å avverje negative opplevingar med tvang. Dessutan var det viktig at det fysiske og sosiale miljøet var sunt og trygt. Til sist var pasientsentrert omsorg sentralt. Kritiske moment var tillit, respekt, trygge avdelingar, informasjon og forklaring kring kliniske avgjersler, terapeutiske aktivitetar og inkludering av familien i behandlinga. Desse studiane viser at innlegging i psykisk helsevern inneber utfordringar og motsetningar. Spesielt når det gjeld å involvere brukarane i eige behandlingstilbod, kjem det fram at pasientar ønsker og treng gode og terapeutiske mellommenneskelege møte for å bli betre.

## 2.2 Brukarmedverknad

Brukarmedverknad har dei siste åra vore eit satsingsområde i norske helsetenester (Helse - og omsorgsdepartementet, 2014; Regjeringa, 2009a). Brukarmedverknad betyr at brukarane er deltakande i å utvikle sine egne tenester (Sverdrup, 2007). Tenestebrukarar skal ha ei aktiv rolle overfor tenesteleverandørar (Humerfelt, 2005). Wallcraft og Nettle (2009) seier at brukarinvolvering må innehalde ei moglegheit for at involveringa vil føre til reell endring. Brukarmedverknad er ein lovfesta rett og noko det offentlege pliktar å jobbe aktivt med (Helsedirektoratet, 2014).

Brukarmedverknad tek utgangspunkt i respekt for det enkelte mennesket og er rekna som eit gode i samfunnet. Brukarane har erfaringar med, kunnskap om og innsikt i korleis helsetilbodet fungerer. Denne kunnskapen kan vere viktig og nødvendig for å utvikle eit velfungerande psykisk helsevern og eit supplement for fagfolk, politikarar og administrasjon. Brukarar kan dermed bidra i planlegging, utforming og drift av eit betre helsetenestetilbod (Helse - og omsorgsdepartementet, 2014; Sosial- og helsedirektoratet, 2006b). På den måten

kan brukarerfaring nyansere eksisterande kunnskap om korleis praksis i psykisk helsevern kan og bør vere. I stortingsmelding 26 (2014–15)<sup>1</sup> står det: «Regjeringa vil skape pasientens helsetjeneste. Pasientens behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. 'Ingen beslutningar om meg, tas utan meg'. For å oppnå dette krevs endringar.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 9). Ifølgje Helsedirektoratet (2014) vil brukarinvolvering seie at ein ser på ein brukar som ein likeverdig partnar i diskusjonar og avgjersler som påverkar hans eller hennar behandling. Brukarinvolvering har også eigenverdi ved at ein person som søker hjelp, vil ha eit ønske om å ha kontroll over viktige delar av sitt eige liv, om å ta imot hjelp på eigne vilkår og om å bli sett og respektert i kraft av si grunnleggjande verdigheit. Dersom brukarane i større grad kan påverke miljøet gjennom eigne val og ressursar, kan det påverke sjølvbildet på ein positiv måte og dermed auke brukarane si evne og vilje til å delta sjølv. Dette kan verke positivt på brukarane sin betringsspross og har dermed også ein terapeutisk effekt. Men dersom brukarane ikkje får medverke, kan den hjelpeløysa mange opplever, bli forsterka. Andre farar er at brukarar opplever å få for mykje ansvar, og at fagmiljøa fråskriv seg ansvar, noko som heller ikkje hjelper brukarane.

Brukarmedverknad på individnivå betyr at den som nyttar seg av eit tenestetilbod, får medverke i tilbodet. At dei kan medverke i val, utforming og bruk av tilgjengeleg tilbod, kan innebere autonomi, myndigheit og kontroll over eige liv. Brukaren sin rett til å medverke og få informasjon er fastsett i kapittel 3 i pasient- og brukarrettslova (2001). For at denne retten til å medverke skal vere reell, er det avgjerande at brukaren får tilstrekkeleg og tilpassa informasjon, og på den måten får innsikt i eigen helsetilstand, innhaldet i helsehjelpa og rettar vedkommande har som pasient eller tenestemottakar. Tenesta må i kvart enkelt tilfelle vurdere kva som må leggjast til rette for at brukarane skal oppleve moglegheita for å medverke som reell. Dette er individuelt, og det som ein brukar opplever er god tilrettelegging for medverknad, treng ikkje vere det for ein annan brukar (Sosial- og helsedirektoratet, 2006b).

---

<sup>1</sup> I Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste. Nærhet og helhet*.

### 2.1.2. Studiar om brukarmedverknad

Bee, Brooks, Fraser og Lovell (2015) har studert involvering av brukarar ved å gjere kvalitative intervju. Deltakarane var helsearbeidarar med erfaring frå psykisk helsevern. Dei var anten med i eit fokusgruppeintervju eller i eit individuelt intervju. Målet med studien var å utforske deltakarane sine oppfatningar og erfaringar med å yte pleie og omsorg samt involvere pasientane i avgjersler om pleia. Bee et al. (2015) fann at det er spenningar mellom brukarinvolvering og fagleg ansvar. Deltakarane understreka at deira individuelle mellommenneskelege ferdigheiter var sentrale for å involvere seg, og ønskte rettleiing for å få dette til. Vidare konkluderer studien med at det manglar gode definisjonar og støtte for korleis ein kan implementere brukarinvolvering i praksis. Beyene, Severinsson, Hansen og Rørtveit (2018) har gjort kvalitative intervju med 16 pasientar for å utforske deira erfaring med brukarmedverknad medan dei var innlagde i psykisk helsevern. Dei fann at pasientar kan medverke aktivt når pasient og helsepersonell bruker sin kompetanse for å utfylle kvarandre. Korleis pasientane deltek, og kor mykje støtte dei ønsker, varierer etter symptoma på psykisk lidning og bør vurderast fortløpande. Pasientane erfarte det som positivt å komme i posisjon til å uttrykke eigne behov og få støtte til å finne sin veg til betring gjennom å bli involvert. Såleis er brukarmedverknad ein vanskeleg prosess som krev eigna tiltak.

Waldemar, Arnfred, Petersen og Korsbek (2016) har gjort ein litteraturgjennomgang på recovery-orienterte praksisar og funne at praksis var prega av dårleg kommunikasjon samt mangel på samarbeid og pasientinvolvering. Ei av årsakene til at sjukepleiarane ikkje involverte pasientane, var at dei ikkje ville overvelde pasientane med for mykje snakk om planar for framtida (behandlingsplanar). Helsepersonellet valde å involvere pasientane meir stegvis, litt om gongen. Ein kvalitativ metasyntese som har sett på medverknad i psykisk helsevern, fann at det var seks nøkkelområde som påverka brukarmedverknad, og desse var: det å få innflytelse, tokenisme<sup>2</sup>, kunnskapsdeling, manglande kapasitet, respekt og empati. Denne oversikta konkluderer med at brukarmedverknad er politisk styrt, og at brukarmedverknad stort sett ikkje er innarbeidd i praksis (Stomski & Morrison, 2017).

---

<sup>2</sup> Kjem av ordet «token» og betyr symbolsk – det vil seie symbolsk framfor ekte medverknad.

Det å få til reell brukarmedverknad har synt seg å vere utfordrande også i Noreg. Storm og Edwards (2013) har sett på ulike omsorgsmodellar ved pasientsentrert omsorg, brukarinvolvering, pasientmedverknad og recovery. Dette har dei gjort ved å undersøke helsepolitiske dokument, publisert litteratur og forskning om brukarinvolvering og recovery. Forfattarane fann at pasientane opplevde manglande kunnskap om brukarmedverknad hos dei tilsette. Det var utfordrande å få til individuell brukarmedverknad når det kom i konflikt med husreglar og strukturen på organisasjonen. Pleiar og pasient hadde ulike syn på kva god pleie var. Vidare såg pasientane på pleiarane som ekspertar og overlèt til dei å ta avgjersler, medan pleiarane såg på tilbaketrekking som eit teikn på at pasientane var umotiverte og uengasjerte. Sjukehusstrukturen i seg sjølv var utfordrande når det gjaldt å danne likeverdige relasjonar mellom pasient og pleiar. Dei tilsette hadde behov for opplæring og kompetanseutvikling for å skape og oppretthalde brukarmedverknad.

Oeye, Bjelland, Skorpen og Anderssen (2009b) har gjennomført ein etnografisk studie der dei både gjorde observasjonar på avdelinga og intervjuar tilsette og pasientar. Målet med studien var å utforske utfordringane med å innføre/integrere brukarmedverknad i miljøterapeutisk arbeid i psykisk helsevern i Noreg. Dei fann at det oppstod spenningar mellom politiske føringar, rammer og krav. Oppdraget frå myndigheitene er at ein skal sikre brukarane si deltaking både i dagleglivet, i individualkontakt og i individuelle kontraktar. Det var utfordrande å implementere individuell brukarmedverknad i miljøterapi når ein samtidig skulle ha felles hugsereglar og struktur. Dersom individuelle behov gjekk på tvers av fellesmiljøet, blei det vanskeleg å innfri desse behova. Det blei utfordrande å oppnå brukarmedverknad dersom pasientane og personalet ikkje hadde same syn på målet med behandlinga. Forfattarane peika på at eit medisinsk hierarkisk system vanskeleggjorde danninga av likeverdige relasjonar.

I ein kvalitativ norsk studie intervjuar forskarane både pasientar og helsearbeidarar for å samanlikne brukarars og tenesteytarars definisjonar av medverknad. Dei fann at for å medverke var respekt og dialog viktig for begge partar, men at brukarane var mest opptekne av respekt, medan tenesteytarane la mest vekt på dialog (Rise et al., 2013). I ein ikkje-randomisert kontrollert studie som inkluderte tre ulike sjukehus innanfor psykisk helsevern i Noreg, blei det gjennomført ein plan for å auke brukarmedverknaden ved eit av sjukehusa. Dette gjorde ein ved blant anna å gi meir informasjon, etablere ei pasientutdanning, legge



større vekt på erfaringskompetanse og involvere familie. Dei to andre sjukehusa var kontrollgrupper. Dei tilsette svarte på spørjeskjema etter 16 månader og på nytt etter fire år. Det viste seg at intervensjonsgruppa hadde meir kunnskap og positive haldingar til brukarmedverknad enn kontrollgruppa. Effekten var større etter fire år enn etter 16 månader, noko som tyder på at det tek lang tid før ein får full effekt av slike intervensjonar (Rise & Steinsbekk, 2016).

Klausen (2016) har gjort ei oppsummering av brukarmedverknad i psykisk helsevern i ein norsk kontekst. Oppsummeringa legg særleg vekt på helse- og omsorgstenestene i kommunen, men tek også for seg brukarmedverknad innanfor spesialisthelsetenesta. Denne oppsummeringa finn at brukarmedverknad er lite systematisert og lite innarbeidd. Frå å vere passive mottakarar blir pasientane aktive deltakarar, noko som krev ei endring i rollene til pasientar og fagpersonar. Ei slik endring inneber at brukarane nyttar sin erfaringskompetanse, og at dei tilsette legg til rette for at brukarane skal kunne utvikle og bruke sin eigen kompetanse. Å tilsette erfaringskonsulentar er eit tiltak for å få til ei slik endring. Denne kunnskapsoppsummeringa fann at det er usikkerheit knytt til dei formelle sidene ved slike tilsettingar. Vidare trekker oppsummeringa parallellar mellom brukarmedverknad og recovery-omgrepet, ved at mange som arbeider med brukarmedverknad, også arbeider innanfor ein recovery-tankegang. Forfattarane peika på at fagfeltet bar preg av rask diagnosesetting, standardisering av prosedyrar og eit evidensbasert syn som gjorde det vanskeleg å ha reell brukarmedverknad. Klausen (2016) hevdar at det er behov for å auke kompetansen hos både profesjonelle og brukarar for at dei skal kunne ta del i kunnskapsdebatten kring brukarmedverknad i psykisk helsearbeid.

Desse studiane syner at det er knytt ein del spenningar til brukarmedverknad i praksis. Spesielt ser det ut til at det er spenningar mellom politiske føringar og kva helsetenestene har av tid og ressursar. Brukarmedverknad er eit paradigmeskifte der fagfolk må redusere si makt for å få til involvering og samarbeid. Dei som bestemmer, har lengst utdanning, har mest handlingsrom, har mest makt og er øvst i hierarkiet. Er dei innstilte på ein flatare struktur med overføring av makt til brukarar og fagpersonar nær brukarane? I tillegg ser det ut til å vere utfordringar knytte til mellommenneskelege relasjonar mellom pasientar og helsearbeidarar. Brukarmedverknad er difor utgangspunktet for og det gjennomgåande temaet i denne studien.

### 2.3 Brukarmedverknad i forskning

Det har vore ein lang tradisjon for å forske *på* menneske med psykiske lidingar, og ikkje *med* dei (Davidson, Shaw, et al., 2010). Menneske som sjølv har erfart å ha psykiske lidingar, kan bidra med inngåande kjennskap til lidingane og deira variasjonar. Dei har også førstehandskjennskap til tenestene innanfor psykisk helse. Davidson, Shaw, et al. (2010) argumenterer for at om ein vil endre praksis, er forskning eit godt middel for å gjere dette. Ved å delta som brukar blir ein høyrtd, og dermed kan ein bidra til å påverke og legge grunnlaget for endringar. Ifølgje Borg og Kristiansen (2009a) er brukarmedverknad i forskning ei naturleg vidareføring av brukarmedverknad innan psykisk helse og rus.

Det å forske saman med brukarar har blitt gjort på ulike vis sidan 1930-talet (Borg & Kristiansen, 2009a), og internasjonalt er det etter kvart stor kompetanse på området (Abma et al., 2019; Davidson, Shaw, et al., 2010; Jennings, Slade, Bates, Munday, & Toney, 2018; Rose, 2018; Slade et al., 2010). Ei viktig grunnhaldning i denne forskinga er å forske *med* i staden for *på*, og at menneske med eigenerfaring kjenner «problema på kroppen» og difor kan stille betre og meir relevante spørsmål. Eigenerfaring blir såleis sett på som ein eigen kompetanse på lik linje med forskarkompetanse: Medan eigenerfaringskompetansen er erverva gjennom levd liv, er forskarkompetansen erverva gjennom utdanning. I vår studie ville vi utforske eit slikt samarbeid, og det er dermed viktig å lytte til kva menneske med eigenerfaring meiner er viktige forskingsområde.

Fleire av dei som har erfaring med samarbeidsbasert forskning, argumenterer for at ein slik måte å forske på gir andre svar enn meir tradisjonell forskning gjer. Telford og Faulkner (2009) framhevar verdien av samarbeidsbasert forskning og understrekar korleis nettopp denne forma kan utfordre kunnskapen. Det er ikkje berre spørsmåla som blir annleis i samarbeidsbasert forskning: Om brukarar er med på å analysere data, vil dei også kunne identifisere funn på andre måtar. Locock et al. (2019) involverte brukarar i analyse av kvalitative data, der forskarane analyserte for seg, og brukarane for seg. Då dei samanlikna, oppdaga dei at dei stort sett hadde funne dei same temaa, men at brukarane også identifiserte detaljar som forskarane hadde gått glipp av. Forskarane konkluderte med at å samarbeide på denne måten var meir kreativt, det var mindre prosessdrive, og det braut med vanlege normer innanfor forskning. Samarbeidsbasert forskning ser såleis ut til å ha eit potensial når det gjeld nyskaping og kreativitet. I ein artikkel av Staley og Barron (2019)

konkluderer dei med at forskarar heile tida lærer av personane dei samarbeider med, og at brukarinvolvering også er ei slik erfaring. Involvering bidrar til betre idear og hjelper forskarane med å gjere betre val og å løyse problem.

Medan det er krav om brukarinvolvering i forskning, ser vi i praksis at det kan vere utfordringar knytte til dette kravet. Forskarar erfarer at det er fleire utfordringar ved implementering av brukarinvolvering i forskning (Halding, Fossøy, Moltu, & Grov, 2016; Happell, Gordon, Bocking, Ellis, Roper, Liggins, Platania-Phung, et al., 2018; Staley, Sandvei, & Hørder, 2019). Ofte manglar eit klart mål, og forskinga blir sjeldan målt og evaluert. Strategiar støttar ofte ikkje det enkelte prosjektets forsøk på å involvere brukarar i arbeidet (Staley et al., 2019). Happell, Gordon, Bocking, Ellis, Roper, Liggins, Platania-Phung, et al. (2018) har gått gjennom den internasjonale litteraturen med mål om å undersøke andre forskarar sitt syn på brukarinvolvert forskning. Dei fleste studiane refererte til fordelar som større validitet av forskingsresultat, men antyda også at det var utfordringar i samarbeidet med brukarane. Dei fann litt større openheit for å ha brukarar med i starten av ein forskingsprosess enn i slutfasen. Vidare kom det fram at det var motvilje mot fullstendig samforskning med brukarar. Generelt var forskarane positive til involvering i forskning, men samtidig engasjererte dei brukane minimalt eller berre i periodar. Dette kan tyde på at denne måten å jobbe på framleis er i ein tidleg fase, og at ein ikkje heilt har funne ei form som fungerer.

Telford og Faulkner (2009) hevdar at nokre forskarar misforstår konseptet med samarbeidsbasert forskning ved at dei trur at det er involvering når dei har henta inn data frå brukarar (informantar). Vidare peikar dei på at det kan oppstå praktiske utfordringar i samarbeidsforskning. Det er også rapportert inn bekymring med tanke på kven den rette medforskarer er: Kva eigenskapar, danning og utdanning bør ein medforskar ha? På den andre sida gir medforskarar uttrykk for å trenge meir opplæring. Annan kritikk mot brukarinvolvering i forskning handlar om at brukarane som deltek i forskinga, er subjektive, at dei er overinvolverte, eller at dei ikkje er i stand til å ha tilstrekkeleg openheit overfor fenomena dei studerer (Rose, 2009). Andre sentrale utfordringar ved samarbeidsbasert forskning er rammevilkår som økonomi og tid ved at det kan koste meir og ta lenger tid. Andre har også gitt uttrykk for at forskinga ikkje blir objektiv nok (Telford & Faulkner, 2009).

Ulik maktbalanse er også blitt framheva som ei utfordring for samarbeidsbasert forskning (Moltu, Stefansen, Svisdahl, & Veseth, 2012; Rose, 2018; Wallcraft, Schrank, & Amering, 2009). Happell, Gordon, Bocking, Ellis, Roper, Liggins, Scholz, et al. (2018) har gjennomført ein kvalitativ studie der dei undersøkte korleis forskarar som samarbeidde med brukarar, såg på dette samarbeidet. Dei såg spesielt på maktforholdet mellom forskarar og brukarar ved å gjere semistrukturerte intervju med 11 forskarar. I denne studien fann dei at ein i samarbeidsforskning må ta ulik maktbalanse på alvor, blant anna ved å snakke om det. Uttrykk som «Vi er alle like» kan legge lokk på viktige diskusjonar, noko som kan føre til at medforskarane kjenner seg meir makteslause. Maktbalansen kan blant anna justerast ved å auke talet på brukarar i høve til forskarar. I ein nyleg utgitt litteraturgjennomgang konkluderte forfatarane med at ein i tillegg til å sjå på brukaranes bidrag, opplæring og læring også må ha fokus på den akademiske forskarens posisjon og bidrag i samarbeidsbasert forskning (Sangill, Buus, Hybholt, & Berring, 2019).

I Noreg har brukarinvolvering i forskning ei kortare historie, men dei siste åra har vi fått meir erfaring med denne måten å forske på. Fleire studiar er blitt gjennomførte og har rapportert om sine erfaringar (Biringer, Davidson, Sundfor, Ruud, & Borg, 2016; Borg & Kristiansen, 2009a; Halting et al., 2016; Mjosund et al., 2017; Moltu et al., 2012; Moltu, Stefansen, Svisdahl, & Veseth, 2013; Veseth, Binder, Borg, & Davidson, 2012b, 2017). Tangvald-Pedersen og Bongaardt (2017) har gjennomført ein studie der ein akademisk forskar og ein medforskar hadde same datamateriale som dei analyserte kvar for seg. Dei samla seg etterpå for å diskutere funna sine. Funna fekk på denne måten ulike stemmer og uttrykksmåtar, og presentasjonen av funna kunne dermed nå fram til fleire målgrupper. Veseth, Binder, Borg, et al. (2017) argumenterer for at det nære som brukarane tek med inn i forskinga, kan vere ein ressurs og styrke dersom ein er klar over andres og eigen posisjon. På denne måten kan refleksivitet og samarbeid vere nyttig ved at vi både kan kjenne att og bli overraska over ting i deltakarane sine skildringar. Dei som har vore med i slike forskingsprosjekt, seier gjennomgåande at det gjer forskinga betre, ved at ein får stilt andre typar og meir målretta spørsmål (Moltu et al., 2013). Vi ser også at sentrale område som kjem opp til diskusjon, spesielt innanfor forskning på psykiske lidingar, handlar om menneskesyn som krev at samfunnet må leggast til rette, og ikkje at den einskilde må endre seg eller endrast på (Borg & Kristiansen, 2009a). I ein norsk kvalitativ studie blei det gjort

fokusgruppeintervju med menneske som hadde vore med som medforskarar i eit forskingsprosjekt. Medforskarane blei spurde om korleis det var å vere medforskar i eit slikt prosjekt. I denne studien fann dei blant anna at utdanning av medforskarane var eit viktig tiltak for å styrke medforskarane. Det var vesentleg at ting var føreseielege, og økonomisk usikkerheit førte til usikkerheit hos medlemmene i gruppa. Det å vere medforskar var krevjande, men samtidig kunne det gi energi og betre sjølvtilitt (Moltu et al., 2012).

Studiar som peikar på både fordelar og utfordringar ved samarbeidsforskning, var relevante for meg å lese, lære av og gjere meg nytte av då eg skulle gå i gang med eige prosjekt. På same tid var det viktig å kunne utvikle vårt eige prosjekt utan å vere for bundne av det andre hadde gjort og erfart før oss.

## 2.4 Recovery

Recovery er eit kunnskaps- og forskingsområde som er tufta på verdiar som samarbeid, likeverd, anerkjening, fellesskap og sosial tilhøyrse. Vi kan såleis sjå på recovery meir som grunnlagstenking enn som ein teori. På norsk bruker ein ofte ordet *betring*, og ordet har blitt skildra på ulike måtar i ulike samanhengar. Det kan bety alt frå å bli frisk frå noko til å leve eit best mogleg liv med noko. I forskingslitteraturen blir recovery ofte omtalt som ein *personleg prosess*, ein *sosial prosess*, eit *resultat* og så *kalla for klinisk recovery* (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013; Slade, Williams, Bird, Leamy, & Le Boutillier, 2012). Eg vil no utdjupe litt nærmare kva desse skildringane står for.

*Klinisk recovery*, har fire sentrale trekk:

1. Recovery er eit resultat, eller ein tilstand.
2. Recovery er noko ein kan observere.
3. Recovery er vurdert av ein fagperson.
4. Recovery er ein tilstand som ikkje varierer mellom individ. (Slade, 2009)

Ved klinisk recovery er ein symptomfri, medan ein ved personleg recovery framleis kan ha symptom eller plager. I sistnemnde tilfelle klarer ein å leve eit godt og verdig liv med symptoma (Veseth & Skjølberg, 2016). Det recovery-perspektivet som eg bruker i denne avhandlinga, tek utgangspunkt i denne forståinga. Sentralt står kunnskap om korleis det er å leve med lidinga, men også om korleis det er å kjenne seg stigmatisert, og korleis det kjennest å ikkje høyre til. Personlege historier om korleis det er å leve med psykiske lidingar,

har også gitt kunnskap om korleis problema verkar inn i den einskilde sin kvardag. Personleg recovery handlar dermed om subjektive erfaringar, unike konkrete opplevingar og levde liv (Karlsson & Borg, 2013). Denne kjende definisjonen frå (Anthony, 1993) skildrar recovery som ein personleg prosess:

A deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by the illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. (Anthony, 1993, s. 17)

Dersom ein ser på recovery som ein *personleg prosess*, er det ikkje krav om at personen skal vere heilt fri frå symptom. Det handlar om å ta kontrollen tilbake, finne meining og leve det kvardagslivet den enkelte ønsker. Det handlar dessutan om å ha rett til å kunne ta eigne val og rett til å ha eit reelt samarbeid med fagpersonar (Davidson, 2003; Slade, 2009). Dei seinare åra har ein også fokusert meir på korleis betring ikkje berre er ein personleg prosess, men også djupast sett ein sosial prosess. Slik understrekar ein at omgivnadene har innverknad på menneske si betring (Tew et al., 2012; Topor, Borg, Di Girolamo, & Davidson, 2011a; Veseth, Binder, & Stige, 2017). Når vi snakkar om det sosiale, meiner vi her menneskelege relasjonelle omgivnader, materielle forhold og lokalmiljøet generelt. Det handlar om å høyre til i eit lokalmiljø og i arbeidslivet, og om å ha ein identitet utanom lidinga (Karlsson & Borg, 2013; Price-Robertson, Obradovic, & Morgan, 2017).

#### 2.4.1. Sentrale aspekt ved recovery

Det som er spesielt med recovery som omgrep og forskingsområde, er at kunnskapen er utvikla gjennom personars levde erfaringar med psykiske lidingar og betring (Slade et al., 2012), og at fokuset har vore på kva personane sjølv meiner skal til for å komme seg. Omgrepet recovery slik det er brukt her, kjem frå USA på 1970-talet, der dei var opptekne av innbyggjaranes rettar og plikter som samfunnsborgarar (Davidson, Rakfeldt, & Strauss, 2010). På same måte som andre grupper som tradisjonelt har stått i fare for å bli utstøytte og marginaliserte, har menneske med psykiske lidingar behov for å bli anerkjende som vanlege innbyggjarar. Dei er borgarar som har behov for å leve sjølvstendige, verdige og meningsfulle liv i sitt lokalmiljø (Davidson, Rakfeldt, et al., 2010).

Recovery er ulikt i innhald og forståing alt etter kven ein spør. Likevel finn vi nokre sentrale likskapar: Det er fokus på den det gjeld, og på håp. Sentralt står aksept for lidinga og at ein kan finne ein ny identitet utanfor problema (Davidson, O'Connell, Tondora, Styron, & Kangas, 2006). Davidson (2006) hevdar at ingen skal få merkelappen «så kronisk sjuk» at han eller ho ikkje kan leve eit sjølvstendig, verdig og meningsfullt liv. For å finne ut kva recovery er, har ein utvikla nye modellar. Leamy, Bird, Boutillier, Williams og Slade (2011) har gått gjennom studiar som har undersøkt og summert opp den kunnskapen som er blitt utvikla om betringsprosessar ved alvorlege psykiske lidingar. Funna i denne litteraturgjennomgangen har resultert i eit rammeverk som har fått namnet CHIME-modellen. CHIME er eit akronym for fem samtidige betringsprosessar: Connectedness, Hope and optimism about the future, Identity, Meaning in life, Empowerment (Leamy et al., 2011).

*Å stå i kontakt* handlar om at vi som menneske er orienterte mot andre. *Håp og framtidstru* handlar om å tru på at det finst ei framtid der eit godt liv med meningsfulle kvardagar kan vekse fram. *Identitet* handlar om å godta seg sjølv og sine psykiske problem og om å bygge ein identitet der ein er meir enn ein pasient. *Oppliving av mening* handlar om å gi dei psykiske helseplagene mening. Sjølv om dette er utfordrande, er det ein føresetnad for betring. *Meistring og myndiggjering* handlar om at det for mange er vesentleg å ta kontroll og oppnå ei kjensle av ansvar for å kunne komme ut av rolla som psykisk sjuk (Veseth & Skjølberg, 2016). Stuart, Tansey og Quayle (2017) seier at det å utvide CHIME-modellen kan vere ei anerkjenning av at det finst utfordringar og vanskar. Den anerkjenninga kan vere eit steg i retning av å utfordre sosiale ulikskapar.

#### 2.4.2 Recovery i Noreg

Dei siste 15–20 åra har recovery-tankegangen også nådd Noreg. Vi finn blant anna at helsemyndigheitene har teke i bruk omgrepet som eit grunnsyn som bør implementerast innanfor psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2014; Sosial- og helsedirektoratet, 2006b). Karlsson og Borg har tilpassa og utvikla ein definisjon som høver i norsk kontekst:

Recovery er det arbeidet personen gjør alene eller sammen med andre for å oppleve og skape mening i eget liv. Et liv der han eller hun erfarer å bli elsket av noen og elsker andre. Et liv der han eller hun opplever å høre til og være til nytte. Et liv med muligheter til gleder og moro. (Karlsson & Borg, 2017, s. 11)

Denne definisjonen syner at recovery er noko ein gjer både åleine og saman med andre ved å høyre til og kjenne at ein er nyttig i samfunnet. Definisjonen går eitt steg vidare ved å seie at recovery også handlar om å ha glede og moro i livet. Sentralt i denne forståinga er at ingen personar kan endrast utan at dei sjølv ønsker det. Vidare seier Karlsson og Borg (2017) at recovery er ein del av ein humanistisk og ein sosial tradisjon. Eit humanistisk syn på mennesket vil seie at alle menneske blir skapte, haldne fast og utvikla i sosiale relasjonar mellom menneske, lokalmiljø og samfunnsstrukturar. Dette synet erkjenner at sosiale faktorar som klasse, etnisitet, kjønn, seksuell legning, utdanning, religion og familiebakgrunn skaper skilnader mellom enkeltmenneske og grupper av menneske og i sosiale levekår.

Karlsson og Borg (2017) argumenterer for at mennesket er ein handlande aktør som er eit autonomt, rasjonelt, sosialt og åndeleg vesen. Å ha autonomi betyr at personen har moglegheiter til å ta vare på seg sjølv og kan stå fram med både sjølvrespekt og verdigheit. I denne humanistiske forståinga av recovery prøver ein å etablere samvær, samhandling og samarbeidande praksisar. Ifølge Karlsson og Borg (2017) kan ikkje recovery implementerast i dei eksisterande tenestene for psykisk helse og rus. Recovery må heller utviklast gjennom samarbeid og samhandling. Ein må sjå på menneske som likeverdige med fagkunnskap, og fagpersonar må få opplæring i korleis dei kan ta denne kunnskapen i bruk saman med dei som søker hjelp, og saman med erfaringsmedarbeidarar. Dette er endringar som må skje på systemnivå, på organisasjonsnivå og på fagpersonsnivå.

Målet med recovery-orienterte praksisar er å tilby menneske med psykiske lidingar effektive og kulturtilpassa tenestetilbod. Tanken er at den enkelte skal kunne velje dei tenestene og den støtta som bidreg til å fremme betring hos seg. Det vil seie at fokus blir flytta frå å diagnostisere og redusere symptom og manglar til å identifisere og bygge opp under kvar enkelt sine ressursar. Ved å fokusere på dei friske sidene og den einskildes kompetansar vil ein kunne støtte personen i å meistre sin eigen situasjon, samtidig som ein hjelper vedkommande med å bli integrert i lokalsamfunnet (Davidson, Tondora, Lawless, O'Connell, & Rowe, 2009).

#### 2.4.3 Utfordringar ved recovery som omgrep og praksis

Ingen omgrep er utan kritikk. Slik er det også med recovery. Innvendingane omfattar mellom anna at pasientar blir skrivne for tidleg ut av sjukehus fordi det ikkje er eit krav om at dei skal vere friske, og at tenester seier dei er recovery-orienterte, utan at det er forankra i



organisasjonen (Bird et al., 2014). Noko av denne kritikken kan sjå ut til å vere rettkomen. Waldemar, Esbensen, Korsbek, Petersen, og Arnfred (2019) har gjennomført ein observasjonsstudie på ein sengepost i psykisk helsevern. Målet med studien var å undersøke samspelet mellom pasientar og helsepersonell. I denne studien fann dei at pasientane blei inviterte til å gi uttrykk for sine meiningar og tankar, men at det framleis var helsearbeidarane som tok avgjerslene. Det var lite refleksjon over recovery-orientering i samspelet mellom pasientar og helsearbeidarar, og det såg ut til at recovery blei eit supplement til dei eksisterande praksisane framfor å vere eit fundament i behandlinga. Kritikken som går på at recovery blir implementert utan at det er forankra i organisasjonen, kan føre til at ein gjer noko anna enn det ein seier, noko som kan føre til svekt tillit. Rose (2014) hevdar at det var brukarane som fann opp recovery som omgrep, og at det seinare blei teke i bruk av fagfolk. Ifølge Rose (2014) starta recovery som ein frigjerande diskurs, som så er blitt instrumentalisert og utvatna.

Davidson et al. (2006) har utarbeidd ei «topp ti-liste» over kjende innvendingar fagfolk har mot recovery. Denne lista er laga på grunnlag av presentasjonar, diskusjonar og opplæring om recovery, og kritikken omhandlar blant anna følgande tema: Recovery er gammalt nytt. Recovery-orientering kjem i tillegg til andre ting som helsearbeidarar i psykisk helsevern må gjere i ein allereie pressa kvardag. Recovery betyr at personen er frisk. Betring skjer for veldig få menneske med alvorlege psykiske lidningar. Recovery er uansvarleg. Betring skjer berre etter, og som eit resultat av, aktiv behandling og innsikt. Recovery kan berre implementerast gjennom å opprette nye tenester. Recovery-orienterte tenester er verken kostnadseffektive eller evidensbaserte, og recovery-orienterte tenester devaluerer fagfolkas rolle (Davidson et al., 2006).

Brukarane er også kritiske til recovery-omgrepet slik det har utvikla seg. Ei brukargruppe har teke til motmæle mot eit omgrep som dei meiner er blitt brukt for å disiplinere og kontrollere dei som prøver å finne sin plass i verda, som vil leve slik dei ønsker, og som prøver å handtere sine psykiske lidningar kvar dag (Recovery in the Bin, u.å.). Dei meiner at mange aldri vil kunne bli betre så lenge dei lever under dårlege bustadforhold, ulik maktbalanse, stigma, rasisme, sexism og urimelege forventningar i arbeidslivet samt møter mange, mange andre hindringar. Vidare hevdar dei at recovery-ideologien er med på å maskere tvangsbruk. Dei reagerer også på at dei føler seg tvungne til å fortelje sine historier

for å bli høyrde, anten som likemenn, som aktivistar eller som akademikarar. Dei meiner at det framleis er eit hierarki som er undertrykkande, og at betring er umogleg å oppnå så lenge samfunnet er så undertrykkande som det er (Recovery in the Bin, u.å.). Morgan (2018) hevdar at så lenge det finst tvang, vil det punktere ideologien om det å ha håp og kunne ta egne val. Vidare påstår han at vi treng ein debatt om kvifor tvang oppstår, fordi betring er umogleg så lenge det eksisterer tvang.

Oppsummert er recovery ei grunnlagstenking der mennesket er i fokus og personen sjølv har innverknad på eigen betringsprosess. Helsearbeidarane si rolle er meir å støtte pasienten, slik at han eller ho med hjelp kan få ein best mogleg kvardag i sitt lokalsamfunn. Dette omfattar hjelp til å halde kontakt med venner, familie, samfunn og arbeid. Denne måten å arbeide og tenke på er implementert nokre stader, og norske styresmakter framsnakk ei slik utvikling. Likevel har recovery fått kritikk frå ekspertar for å ikkje klare å ta omsyn til dei sjukaste, og for at det kan komme i konflikt med den tradisjonelle medisinske tankegangen og det tradisjonelle synet på sjukdom. Nokre brukarorganisasjonar seier på si side at recovery-tenkinga ikkje har ført til at menneske med psykiske lidingar har blitt betre. Alle desse perspektiva er sentrale for min studie og for avhandlinga i sin heilskap, i den forstand at kunnskap om desse ulike perspektiva støttar refleksivitet i prosjektet, fremmar eit mest mogleg ope empirisk blick og hjelper ein vekk frå ei forforståing om at eitt perspektiv er avgjort godt og andre er ikkje det.

## 3 Metode

Forskningsdesignet i denne studien er kvalitativt. Kvalitativ metode blir ofte brukt når vi vil vite meir om menneskelege erfaringar, opplevingar, tankar, forventingar, motiv og haldningar (Brinkmann & Tanggaard, 2015; Krumsvik, 2014; Malterud, 2017). Kvalitativ forskning er spesielt oppteken av det situerte (det som skjer der og då), det kontekstuelle og det praksisnære. Det blir også sett på som eit handverk som må lærast (Krumsvik, 2014).

Vi har henta inspirasjon frå hermeneutisk-fenemeneologisk tilnærming (Binder, Holgersen, & Moltu, 2012; Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Til å handtere eit komplekst datamateriale fann vi at tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006; Braun, Clarke, Hayfield, & Terry, 2019) og Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith et al., 2009; Smith, 2004) var spesielt eigna for og ofte brukte i forskingsprosjekt innanfor psykisk helse. Difor har vi brukt desse som inspirasjon i analysane av datamaterialet. I den praktiske gjennomføringa av studien har vi nytta oss av både kunnskap i form av eigenerfaringa til menneske som har vore innlagde i psykisk helsevern, og kunnskap om forskning som er erverva gjennom utdanning og forskingserfaring. Målet er å få ny praksisnær kunnskap som kan brukast til å utvikle og forbetre helsetenestene innanfor psykisk helsevern.

### 3.1 Design

Vi har gjort djupneintervju med 14 ulike menneske. Djupneintervju er individuelle intervju der målet er å legge til rette for ein interaksjon som gjer det mogleg for deltakarane å fortelje si historie med eigne ord (Malterud, 2017; Smith et al., 2009). Datainnsamlinga starta i mars 2016, og i mars 2017 hadde vi gjort førstegongsintervju med 14 deltakarar. Parallelt med dette gjennomførte vi også andregongsintervju. Denne delen av datainnsamlinga starta i september 2016, og 11 av deltakarane sa ja til og var med på begge intervju. Datainnsamlinga i andre intervjurunde blei avslutta i september 2017.

Dette er eit prosjekt tufta på ein idé om samarbeid og dialog mellom forskarar og brukarar av tenester i psykisk helsevern. Målet med og utforminga av forskingsprosjektet er utvikla innanfor eit rammeverk av brukarinvolvert forskning, der menneske med eigenerfaring har vore med som medforskarar (Borg & Kristiansen, 2009a; Davidson, Shaw, et al., 2010; Hansen, Hummerfelt, Kjellevoll, Norheim, & Sommerseth, 2010; Humerfelt, 2005; Johannessen, Natland, & Støkken, 2011; Veseth, Binder, Borg, et al., 2017). Vi etablerte ein

samarbeidande prosess der brukaranes innsikt og perspektiv var med på å utforme studiedesignet. Dersom vi får stilt dei rette spørsmåla, kan det bidra til at vi får ei djupare forståing av levde erfaringar (Davidson, 2003). Vi ville utforske erfaringar med å vere innlagd i psykisk helsevern. Det blei difor naturleg å samarbeide med menneske som hadde eigenerfaring med innlegging i psykisk helsevern.

### 3.2 Etablering av og struktur på gruppa

Prosjektet starta med at det blei utlyst ei stipendiatstilling. Forskarar, ein medforskar og ein brukarrepresentant hadde samarbeidd om å skrive utlysingsteksten. Eg søkte på og fekk denne stipendiatstillinga, og prosjektet var heilt frå starten planlagt som eit medforskarprosjekt. Då eg tok til i stipendiatstillinga, etablerte vi ei arbeidsgruppe med meg som stipendiat og prosjektleiar. Vi brukte våren 2015 til å planlegge og rekruttere til ei medforskargruppe (vedlegg 1). Medforskarar med forskarerfaring (MFF) var Christian Moltu (CM), Marius Veseth (MV) og Eli Natvik (EN). Medforskarkoordinator var Åse Skjølberg (ÅS), og brukarrepresentant i Helse Førde var Gerd Bjørkedal (GB). I denne arbeidsgruppa la vi ein plan for korleis vi skulle etablere medforskargruppa og utvikle gode måtar å samarbeide på. Å etablere tydelege strukturar er spesielt viktig i samarbeidsbasert forskning, jf. Moltu et al. (2012). På same tid er det slik at denne typen prosjekt vil ha mykje usikkerheit knytt til seg (Beresford, 2019; Moltu et al., 2012; Morrow, Ross, Grocott, & Bennett, 2010; Telford & Faulkner, 2009). Ved reell involvering kan ikkje alt vere planlagt på førehand, og den usikkerheita må ein kanskje tole om ein vil unngå tokenisme.

Fleire av medlemmene i gruppa hadde erfaring med samarbeidsbasert forskning frå før (Veseth, Binder, Borg, & Davidson, 2013; Veseth, Binder, Borg, & Davidson, 2016; Veseth, Binder, Borg, & Davidson, 2012a). Desse erfaringane var viktige og nyttige då vi planla korleis vi skulle arbeide saman. I samarbeidsforskning er ulik maktbalanse blitt framheva av fleire (Happell, Gordon, Bocking, Ellis, Roper, Liggins, Scholz, et al., 2018; Rose, 2018). Forsøk på å utjamne maktbalansen blei difor tidleg eit kjernemoment. Å ha fleire MFE-ar enn MFF-ar var ei avgjersle som blei teken fordi det kan bidra til å hindre maktubalanse (Happell, Gordon, Bocking, Ellis, Roper, Liggins, Scholz, et al., 2018; Moltu et al., 2012). I arbeidsgruppa blei det bestemt at vi skulle ha samlingar tre til fire gonger i året. Vi planla at vi skulle variere litt kor samlingane skulle vere, at dei skulle vere på hotell, og at vi skulle møtast over to dagar, med ei overnatting imellom. Erfaringar hadde vist at nettopp det å møtast over tid, på ein nøytral

stad og med sosialt samvær for å bli godt kjende var viktige moment i samarbeidsbasert forskning. Spesielt har desse momenta synt seg å vere effektive for å utjamne maktbalansen (Moltu et al., 2012; Moltu et al., 2013). På bakgrunn av desse avgjerslene sende vi ut informasjonsskriv om prosjektet til moglege MFE-ar, der vi bad om tilbakemelding på om dei ville vere med i dette forskingsprosjektet.

Vi hadde vår første samling i september 2015. På denne samlinga hadde vi to sentrale mål: 1) å bli kjende som gruppe, og 2) å presentere prosjektet og legge rammene for korleis vi ville jobbe. Det var ein god, men famlande start. Medforskning som metode inneber også at metode og rammer ikkje er fastlagde på førehand (Jennings et al., 2018; Veseth, Binder, Borg, et al., 2017). Det bidreg til å skape usikkerheit og til at det kan bli mange inntrykk i starten av prosjektet.

For å styrke ei refleksiv haldning og for å lære metodisk av medforskningsprosessen slik han utvikla seg, blei drøftingane på dei ulike samlingane tekne opp på lydband. Dette har vore eit viktig hjelpemiddel for å forstå den konstruktive dynamikken som ei medforskningsgruppe kan skape, og for å utforske det som kan vere utfordrande. Alle deltakarane gav eksplisitt samtykke til dette metodiske valet. Eg som prosjektleiar har brukt desse lydbanda til å arbeide vidare med det vi snakka om på samlingane, for dermed å vidareutvikle og sikre framdrift på prosjektet mellom samlingane. Ved gjennomgang av lydband frå første samling kom det tydeleg fram at vi hadde opne diskusjonar om kva prosjektet skulle ende opp som, og at det kjendest viktig for dei som var med denne dagen. MFF: «Når vi jobbar no, så ikkje berre ser eg at dette er viktig, men eg KJENNER at det er viktig.»

På første samling delte vi oss inn i mindre grupper for å diskutere kva forskinga skulle handle om. Spørsmålet om korleis ei innlegging kunne vere til hjelp, blei tidleg sentralt. I utlysinga av midlane som låg til grunn for prosjektet, var det tenkt at prosjektet også skulle studere korleis bruken av eit tilbakemeldingssystem for brukarar, NORSE (Moltu et al., 2018), blei opplevd på ein sengepost i psykisk helsevern. Prosjektet endra retning på bakgrunn av gruppediskusjonane og undersøkte ikkje dette.

Eit mål var at alle skulle vere involverte, og det var opp til oss som gruppe å finne ut i kva grad den einskilde skulle vere involvert. At ein i kvart enkelt tilfelle avklarar rammene, er

framheva som spesielt viktig også frå andre prosjekt (Borg & Kristiansen, 2009a; Moltu et al., 2012). I og med at nokre av medlemmene i gruppa hadde erfaring frå slikt arbeid, og andre ikkje, blei det viktig å avklare forventingar og prøve å danne eit grunnlag for felles mål. I vårt prosjekt valde vi å ha vår eigen «forskarskule» for å gi opplæring og informasjon etter kvart som det var aktuelt i prosessen. På den første samlinga hadde vi introduksjon til kvalitativ metode, samarbeidsbasert forskning, forskingsspørsmål og intervju spørsmål. Vi hadde også opplæring om kvalitative intervju i forkant av intervju. Lenger ut i prosessen hadde vi eit eige skrivekurs for medforskarane. Avgjersler blei tekne på samlingane, men nokre av avgjerslene var av ein slik art at dei tok tid å avklare – og då var det eg som prosjektleiar som hadde ansvaret for å ta avgjersler basert på det som vi diskuterte i gruppa. Då vi skulle bestemme studiedesign, hadde eg som prosjektleiar ansvaret for at vi brukte riktig metode til riktig spørsmål, og for at det forskingsetisk og metodisk kunne late seg gjennomføre innanfor gjeldande rammer. Eit anna døme er utvikling av forskingsspørsmål og intervjuguide: På samlingane hadde vi idémyldring og diskusjon. Sidan blei det mi oppgåve å samle og konkretisere spørsmåla.

Samarbeidsforskning er ofte krevjande for alle som er med (Borg & Kristiansen, 2009a; Moltu et al., 2012; Staddon, 2013; Wallcraft et al., 2009). På lydband frå første samling avslutta eg samlinga med desse orda: «Eg kjenner at det har vore to fine dagar, og eg kjenner at no er det fullt av inntrykk, hos meg i alle fall.» Dette var gjennomgåande for heile gruppa, alle gav uttrykk for at arbeidsforma og tematikken var givande, men krevjande. Slik uttrykte ein av MFE-ane sine tankar om den første samlinga:

Det har vore veldig interessant, men samtidig litt skremmande. Det dukkar opp ting i deg sjølv, men så har vi lov å, om vi ikkje får med oss alt som skjer, så får vi lov til å dette inn i bobla vår ei lita stund. Så eg synest det har vore veldig interessant, men krevjande, eg har til dels opplevd litt vanskelege ting sånn kjenslemessig som har dukka opp. Men no var det litt mykje i dag også, for det var informasjon og sånne ting som vi skulle ha med.

Dette dømet viser at det kan vere kjenslemessig tøft å delta i slik forskning. Denne erfaringa har også andre hatt. Det viser seg at medforskning kan vere terapeutisk og frigjerande, men også krevjande og tungt for dei som tek del (Johnston, 2019).

### 3.3 Utval og rekruttering

Når ein skal gjere utval, vil ein velje personar som kan bidra til å svare på forskingsspørsmålet (Hill, 2012). Vi ville utforske korleis det var å vere innlagd i psykisk helsevern, og valde difor å gjere intervju med menneske som var innlagde i psykisk helsevern. Vi utvikla kriterium for deltaking for å sikre at deltakarane hadde rike erfaringar som kunne belyse forskingsspørsmåla. Desse var: frivillig innlagd i psykisk helsevern, i minimum tre veker. For å kunne seie noko meningsfullt om korleis ei innlegging verkar inn på folks kvardagsliv, og korleis det som skjer på avdelinga, også skal peike fram mot livet der heime, valde vi å gjere intervju med deltakarane på to ulike tidspunkt. Dette gir rom for å undersøke både kontinuitet og endring i deltakarane si erfaring (Hill, 2012). Det gir også auka moglegheiter for å skape eit sterkare band mellom forskar og deltakar, noko som kan føre til at deltakarane kjenner seg tryggare når dei skal skildre emosjonelle erfaringar (Hill, 2012).

I kvalitativ forskning legg ein vekt på utvalets eigenart og kva det betyr for moglegheitene til å overføre kunnskapen. Utvalet skal gi eit tilstrekkeleg rikt og variert materiale (Hill, 2012; Malterud, 2017). Om utvalet er for homogent, kan det vere vanskeleg å få fram data og nyansar som gir ny kunnskap eller som opnar opp for nye spørsmål (Malterud, 2017). Vi ville ha fram varierte stemmer og erfaringar med å vere innlagd. Vi valde difor å rekruttere både personar som hadde mange innleggingar, og personar som hadde få innleggingar. Vi ville ha deltakarar av begge kjønn, i alle aldrar (frå 18 år og oppover) og med ulik livs- og arbeidssituasjon. På DPS er det samla menneske med ulike livserfaringar og ulike diagnoser. Kva diagnose deltakarane hadde, blei mindre relevant. Det var nemleg erfaringa med å vere innlagd vi ville fange, samt at vi også ville ha variasjon i utvalet. Vi planla å gjere to intervju med 14 deltakarar, noko som ifølgje erfaringar i forskarteamet og kvalitativ metodeteori skal vere nok til å fange variasjonen og seie noko meningsfullt om fenomenet vi studerer (Hill, 2012; Malterud, Siersma, & Guassora, 2016; Smith et al., 2009).

Å rekruttere deltakarar til kvalitative studiar kan vere vanskeleg. Det er tidkrevjande og energikrevjande (Hill, 2012). Vi rekrutterte ved å lage ein plakat som vi hengde opp ved tre ulike DPS i Sogn og Fjordane. Vi la også ut informasjonsfoldarar (vedlegg 2) på avdelingane, slik at interesserte deltakarar kunne ta kontakt med prosjektleiar dersom dei ønskte å delta i studien. I tillegg var prosjektleiar og MFK gjestar på morgonmøte saman med

pasientar og personale for å informere om studien. Det var ingen som tok kontakt basert på folder og plakat på avdelinga. Dei deltakarane som ønskte å vere med i studien, tok direkte kontakt med meg etter at vi hadde gjesta morgonmøte på avdelinga. Eg var på fleire slike morgonmøte før deltakarane tok kontakt. Vi opplevde at dei gongene MFK var med, tok deltakarane lettare kontakt. Tabellen under syner ei oversikt over deltakarane i studien. Her er alder og innleggingar presenterte i intervall for å sikre anonymisering av deltakarane.

Deltakar	Kjøn	Alder	Sivilstatus	Arbeidssituasjon	Innleggingar
1	Kvinne	20-åra	Bur med mann og barn	I arbeid	Mindre enn 5
2	Mann	30-åra	Bur åleine	Ufør	Meir enn 5
3	Kvinne	40-åra	Bur med mann og barn	I arbeid	Mindre enn 5
4*	Mann	40-åra	Bur åleine	Ufør	Meir enn 5
5	Mann	70-åra	Bur med kone og barn	Pensjonist	Mindre enn 5
6	Mann	50-åra	Bur åleine	Ufør	Meir enn 5
7	Mann	40-åra	Bur med kone og barn	I arbeid	Mindre enn 5
8	Kvinne	20-åra	Bur åleine	Ufør	Meir enn 5
9	Kvinne	40-åra	Bur åleine	Arbeidsledig	Mindre enn 5
10 *	Mann	30-åra	Bur åleine	Arbeidsledig	Mindre enn 5
11	Kvinne	60-åra	Bur åleine	I arbeid	Mindre enn 5
12	Kvinne	50-åra	Bur med barn	I arbeid	Meir enn 5
13	Kvinne	50-åra	Bur åleine	Ufør	Meir enn 5
14 *	Mann	50-åra	Bur åleine	I arbeid	Meir enn 5

\* Var med på det første intervjuet.

### 3.4 Intervju

Det er vanleg å gjere individuelle intervju når vi ønsker å gi deltakarane tid og rom til å hente fram erfaringar, og når temaet eller situasjonen krev tryggleik og ettertanke. Målet er å la personen fortelje med eigne ord, og ein ønsker å forstå personens daglegliv frå personens eige perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2017; Packer, 2011; Smith et al., 2009). I eit forskingsintervju blir kunnskap skapt i samspel mellom menneske. Den som utfører intervjuet, og den som blir intervjuet, påverkar kvarandre (Binder et al., 2016). Kunnskapen og erfaringa som kjem fram, finst delvis i deltakarane frå før. Samtidig oppstår det i sjølve sampelet mellom intervjuar og den som blir intervjuet. Det vil seie at det kan bli eit anna samspel og ein annan kunnskap dersom ein annan person gjennomfører intervjuet (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). Eit forskingsintervju er ei spesifikk



profesjonell samtale som har eit klart asymmetrisk maktforhold mellom deltakar og forskar (Kvale et al., 2015; Packer, 2011). For å prøve å utjamne den asymmetriske maktrelasjonen, valde vi å ha med ein MFE som intervjuar.

Spørsmåla i eit intervju bør vere korte og enkle (Kvale et al., 2015). Målet med eit intervju er å få svar på forskingsspørsmåla, men forskingsspørsmål er ofte så abstrakte at det ikkje fungerer å stille dei direkte til deltakarane (Smith et al., 2009). Å lage ein intervjuguide med spørsmål som kan vere til hjelp for å svare på forskingsspørsmåla, er også med på å førebu den som skal utføre intervjuet. Spørsmåla bør vere opne, og det kan vere lurt å ha tenkt gjennom ulike oppfølgingsspørsmål dersom ein ønsker å få deltakarane til å gå meir i djupna i sine svar (Hill, 2012; Kvale & Brinkmann, 2009). Døme på slike spørsmål kan vere «Kan du fortelje litt meir om det?», og det kan også vere eit nikk eller ei stadfesting på at du lyttar. Tausheit, direkte og indirekte spørsmål samt fortolkande spørsmål som «Du meiner altså at ...» gjer at intervjuaren kan nytte seg sjølv og sin kunnskap som reiskap i ei intervjusamtale (Kvale & Brinkmann, 2009; Smith et al., 2009).

Forskingsspørsmål og intervju spørsmål blei utvikla saman med medforskarane. Eg laga eit forslag til intervjuguide basert på gruppesamtalene. Den førebelse intervjuguiden blei sendt ut på høyring til gruppa, og eg oppmoda dei til å komme med skriftleg respons. Intervju spørsmål var eige tema på ei samling der vi tok utgangspunkt i mitt forslag. På ei av gruppesamlingane samarbeidde vi om å gjere endringar i intervjuguiden. Etter at vi hadde gjort justeringar, prøvde vi ut intervjuguiden i rollespel. Intervjuguiden (sjå vedlegg 3) blei endra enda ein gong etter innspela som kom fram etter rollespelet. Det å prøve ut spørsmåla – både korleis det var å stille dei, og korleis det var å svare på dei – var ei nyttig øving i denne prosessen. Det var også nyttig å prøve ut og øve på ulike former for introduksjonsspørsmål, oppfølgingsspørsmål, inngåande spørsmål, meir spesifikke spørsmål samt direkte og indirekte spørsmål (Kvale et al., 2015). I tillegg deltok dei av MFE-ane som ønskte å bidra som intervjuarar i prosjektet, på ein temadag om å gjere intervju. På denne dagen øvde vi oss på sitte stille i lag, på å lytte og på å stille oppfølgingsspørsmål. Denne temadagen var nødvendig for å styrke og førebu oss tre som skulle vere med på å gjere intervju.

Å gjennomføre eit prøveintervju, eller ein pilot, er nyttig for å sjå om ein faktisk får svar på det ein ønsker å få svar på, om intervjuobjekta forstår spørsmåla, og om rekkefølga er logisk (Hill, 2012). For å prøve ut intervjuguiden valde eg å gjennomføre eit prøveintervju

med ein frivillig person som hadde erfaring med å ha vore innlagd, og som ikkje hadde delteke i arbeidet med intervjuguiden. I etterkant av prøveintervjuet hadde vi ein evalueringssamtale om intervjuguiden. Deretter gjorde vi nokre små justeringar. Vi gjennomførte også eit nytt prøveintervju med same person. Då brukte vi intervjuguiden som var utarbeidd til andregongsintervjuet. Prøveintervjua er ikkje inkluderte i datamaterialet.

I ein intervjusituasjon er det viktig å skape eit trygt klima prega av fortrulegheit og tryggleik, og ramma rundt intervjuet er difor vesentleg (Hill, 2012; Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2017; Smith et al., 2009). Det første intervjuet blei utført anten på eit møterom på avdelinga eller ein stad utanfor avdelinga, blant anna i lokala til Høgskulen på Vestlandet. Det var deltakaren som bestemte tid og stad. Viss vi gjennomførte intervjuet på avdelinga, blei dette avklart med personalet ved avdelinga, som hjelpte oss med å finne eit passende rom, slik at vi ikkje blei forstyrra. Deltakarane blei informerte om at ein medforskar kunne vere med på intervjuet saman med forskaren, dersom dei ønskte dette. Dei fleste (10) av deltakarane valde å ha med ein medforskar.

I kvalitative intervju er det mest vanleg at ein forskar gjer intervju med ein deltakar (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2017; Smith et al., 2009). Intervju med éin intervjuar og to deltakarar er ein metode som også er utprøvd (Eisikovits & Koren, 2010; Harris, 2015; Morgan, Ataie, Carder, & Hoffman, 2013; Polak & Green, 2016). Dette valet blei gjort for å prøve å redusere skiljet mellom forskar og deltakar (Kvale et al., 2015). Å vere tre i ei intervjusamtale der to har noko spesifikt til felles, kan ha visse fordelar ved at dei kan støtte og forstå kvarandre, og ved at intervjuet kan få meir preg av ei «vi»-samtale der det oppstår eit fellesskap (Eisikovits & Koren, 2010; Polak & Green, 2016). Det gir rom for at tema og episodar som kjem fram, blir kjende att og hugsa, og det gir moglegheit til å få rikare data frå kvar deltakar (Morgan et al., 2013).

I dei fleste intervjua var det ein naturleg flyt i samtale. Som prosjektleiar hadde eg hovudansvar for å halde flyt i samtala, og eg leia samtala. Det å vere tre gjorde at ein av oss kunne ha eit spesielt ansvar for å passe på at vi kom innom alle temaa i intervjuguiden. Deltakarane i studien delte villig sine erfaringar, og dei fleste intervjua blei rike samtaler – der deltakarane sjølv naturleg kom inn på dei fleste temaa i intervjuguiden. Etter kvart som vi fekk meir erfaring med å gjere intervju, klarte vi å lausrive oss meir og meir frå intervjuguiden, slik at intervjua bar meir og meir preg av ei samtale.

Harris (2015), som sjølv har gjennomført ein studie der ho hadde eigenerfaring, og var open om det, erfarte at fleire av deltakarane sa ja til å vere med i studien fordi ho hadde eigenerfaring. Det at ein med eigenerfaring med innlegging var med i intervjusituasjonen, tilførte ein annan kunnskap og ei anna erfaring enn det eg hadde. Sidan dei sjølv hadde erfaring med å vere innlagde, hadde dei andre oppfølgingsspørsmål enn meg. Dette medførte at medforskarane kunne stille viktige oppfølgingsspørsmål som eg ikkje kom på. Spørsmåla som var eit resultat av eigenerfaring, førte til at vi fekk ei djupare forståing av viktige tema. Dette utdraget er eit eksempel på eit slikt samspel mellom MFE og deltakar:

**Deltakar:** Ja, det kan godt vere ... Det er sikkert, det er ikkje sikkert det er sånn eingong. Det kjem sikkert heilt an på ... men ... det er kanskje det som er med ekstravaktene, at dei torer å ta ein sjanse, at dei ... dei veit kanskje ikkje så mykje om på ein måte, historia mi på ein måte ... Dei tilsette har kanskje lese og lese, sant, medan dei på ein måte, sant: «Å ja, er du liksom», jo, dei er kanskje ... Dei tek sjansen, at dei vil liksom høyre meir, ja ... dei ... møter meg på ein måte på nytt, kanskje ... I starten, at dei vil gjerne danne seg eit bilde på ein kvardagsleg måte ... mmm ...

**MFE:** Eg synest det høyrst veldig interessant ut det du seier, eg kjenner meg sjølv igjen i det ... at eg kunne ofte kjenne at ekstravaktene var liksom enklare å få litt sånn, ikkje nærmare tilknytning til kanskje, men litt lettare ... ehh. At dei snakka litt meir om alt det andre, meir om seg sjølv, medan dei som var tilsette, kanskje var meir oppatt av, som du seier, nettopp det.... «No må vi ikkje trakke feil, og ... sånn ...»

**Deltakar:** Mmm. Og så trur eg også det at dei ekstravaktene, dei har litt meir tid, dei kan sitte der med ein kaffikopp, og sånn. Og så synest ofte eg at ... ofte så har eg liksom ... hatt episodar eller sånn med dei som er tilsette ... eller dei ... eller meir dei sjukepleiarane etter kvart. Lat oss seie at det har vore ei ekstravakt inne, da, altså som på ein måte har vore der, og så har eg på ein måte fått eit eller anna som har skjedd, og så tilkallar dei ein sjukepleier for å vurdere, eller sånn. Det er kanskje litt òg at eg føler meg kanskje litt mindre saman med enkelte, med utdanning, fordi dei kan, dei har plassert meg inn i eit system ... men dei. På ein måte ekstravaktene er på ein måte litt sånn ... litt sånn som ho på treningsavdelinga, at dei er litt utanfor ... at dei er ein litt annan. Eg føler meg mykje rolegare, meir som meg sjølv, meir som

menneske, med dei av og til. At eg tenker at eg vil lære dei litt om ... sånn .... diverse ... dele ... erfaringar, litt sånn som eg gjer no, seie at liksom seie at ... «det her er veldig bra, det og det, var jo heilt tåpeleg» og altså, det blir ein ... eg veit ... (ler litt) ... Ja, noko sånt ...

Som eksempelet over viser, hende det at deltakar og MFE delte ei erfaring som eg ikkje kunne ta del i, og eg blei nysgjerrig på kva dette var. Dei opparbeidde eit «vi» som eg ikkje tok del i. Det å gjere intervju saman med ein med eigenerfaring førte til rike diskusjonar, der MFE-en sine spørsmål førte ei utdjuping av og avgrensing som gjorde at vi kom nærmare deltakaren si erfaring. I etterkant av det andre intervjuet reflekterte vi kring dette samspelet mellom medforskar og deltakar, der dei begge opplevde at dei forstod kvarandre, og at eg på ein måte blei ein tilskodar. Her er eit lite utdrag av ein slik refleksjon mellom ein deltakar og meg:

**K:** Eg har tenkt veldig på det som skjedde førre gong, då det var noko dokker to ... Kva var det dokker to forstod ... Ja, det var dette med å skrive i journal. For det hadde eg nesten ikkje høyrte om før [...], for då hadde dokker ei sånn felles oppleving, og eg skjønnte ikkje kva dokker snakka om ...

**Deltakar:** Vi gjekk inn i ei sånn boble, følte eg av og til i det førre intervjuet [viser til seg sjølv og medforskaren som var med på intervjuet].

**K:** Ja, at dokke?

**Deltakar:** Ja, at det var ei positiv greie. At vi liksom kunne prate så jamt om det, eller sånn. Så følte eg liksom at du var ein sånn tilskodar, eller sånn. Eller, eg blir ofte sånn at. Det var liksom ei boble. Eg syntest det var positivt, for å lære litt sånn sett, faktisk.

**K:** Ja, det passa jo litt godt òg, då. For då skjønnte eg ingenting, og eg såg at dokker to var heilt einige, eller dokker skjønnte kvarandre, då ... mmm. Så det var ei god oppleving, syntest eg også, sjølv om eg var på utsida. Veldig spennande.

Dette er eit døme på at deltakar og medforskar delte ei erfaring som eg ikkje forstod, dei utvikla eit «vi». Det at dei hadde noko til felles som eg ikkje tok del i, førte til ei kjensle av samhøyr mellom dei to. Og at dei kunne forklare meg kva det handla om, førte til ei enda

sterkare kjensle av samhøyr dei imellom, noko som igjen førte til at deltakaren torde å opne seg og vere ærleg i intervjusituasjonen.

Av praktiske årsaker måtte eg gjennomføre nokre intervju utan medforskar. Også dette var gode samtaler, så sjølv om det å få med eigenerfaring i intervjusamtala tilførte noko ekstra, var det ikkje avgjerande for å få gode samtaler med deltakarane. Mi erfaring er at det å få snakke om sin eigen situasjon, og korleis dei erfarte innlegginga, var noko deltakarane syntest var godt uansett kven som var i rommet. Det kan kanskje bety at personlege eigenskapar hos intervjuar også er eit viktig moment. Vi spurde deltakarane i etterkant korleis dei opplevde det at vi var to som utførte intervjuet, og fleire sa at det å ha med ein med eigenerfaring førte til at dei slappa meir av, og at situasjonen blei mindre skremmande. For nokre av deltakarane var det at ein medforskar var med på intervjuet, avgjerande for at dei ville delta. For andre var dette underordna. Det var like viktig at dei kjende at dei hadde kommunikasjon, eller følte seg trygge på dei menneska som var i rommet, uavhengig av deira status. Ein av deltakarane sa dette om at vi var tre i intervjusituasjonen:

**K:** Det at vi har vore to som intervjuar, korleis har det vore?

**Deltakar:** Kanskje det, kanskje det er lettare at det er to. For då, då blir vi ein liten gjeng her [ler litt].

**K:** Og det er ein god ting å vere ein gjeng?

**Deltakar:** Ja.

**K:** Kva var det som gjorde at du hadde lyst å vere med igjen, då? Du kunne jo sagt nei til å vere med på andregongsintervjuet.

**Deltakar:** Eg trur det var det at eg likte den følelsen av å vere, at vi var ein liten gjeng. Likte den at vi sat og snakka i lag på ein måte. Mmmmm.

Då det første intervjuet var ferdig, blei deltakarane spurde om dei framleis ønskte å delta i eit intervju til. Noko alle 14 samtykte i. Det blei også avtalt korleis vi skulle ta kontakt når tida for neste intervju nærma seg. 11 av deltakarane svarte då vi tok kontakt, og ville stille opp på eit nytt intervju. Tre av deltakarane svarte ikkje då vi tok kontakt. Eg prøvde å ta kontakt ved tre ulike høve, og viss dei enno ikkje hadde svart, tok eg ikkje kontakt fleire

gonger. Grunnen til at desse tre ikkje deltok på andre intervju, er ukjend for oss. Den andre intervjusamtala blei utført anten heime hos deltakaren eller på eit møterom i lokala til Høgskulen på Vestlandet, alt etter deltakaren sine ønske. Den medforskarer som var med på det første intervjuet, var også med på det andre intervjuet. Eg som prosjektleiar var med på alle intervju.

### 3.5 Analyse

I denne studien har vi gjort ei langsgåande analyse som er inspirert av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith et al., 2009). IPA prøver å manifestere idear frå fenomenologi og hermeneutikk. Målet er å utforske i detalj korleis ei erfaring er for ein person. Vidare vil forskarane prøve å forstå kva som skjer med denne personen, gjennom tolking. Metoden bygger på eit premiss om at menneske alltid vil prøve å gi mening til det som skjer med dei. Vidare erkjenner metoden at tilgangen til denne erfaringa alltid er avhengig av det som deltakaren fortel oss om denne erfaringa, og at forskaren må tolke det ut frå deltakaren sin ståstad for å forstå erfaringa. Forskaren prøver å finne mening i og forstå deltakaren når deltakaren prøver å finne mening i si eiga erfaring. Dette blir sett på som dobbelt hermeneutisk (Smith et al., 2009). Metoden vil prøve å finne ut i detalj korleis erfaringa er for nettopp denne deltakaren, og kva mening han eller ho legg i denne erfaringa. Dersom ein skal jobbe med større utval, er det mogleg, men ein må først gå i djupna på ein og ein deltakar (Smith et al., 2009). For å strukturere materialet leitar ein etter ulike tema i teksten. Dette gjer ein ved å abstrahere mønster i teksten og sette nye namn på dei ulike gruppene eller temaa. Her vil ein utvikle hovudtema og undertema som ein nyttar i det vidare arbeidet (Smith et al., 2009).

Å transkribere betyr å gjere tale om til tekst. Vi gjer tale om til tekst når vi skriv ned intervju som er tekne opp på band, ord for ord. Transkripsjon er ifølge Smith et al. (2009) ein del av tolkinga av materialet. Målet i IPA-analysar er å tolke meninga av innhaldet i deltakarane sin historie. Det er ikkje påkravd å ha ein heilt detaljert transkripsjon med lengde på pausar, og non-verbale uttrykk, men transkripsjonen skal vise ord for ord kva som blir sagt av alle som er til stades i rommet. Ein må også vere klar over at ein del av dei sosiale interaksjonane forsvinn når materialet blir omgjort til tekst (Smith et al., 2009). Alle intervju blei transkriberte ord for ord av meg. Dette var ein tidkrevjande og slitsam prosess, men arbeidet førte også til god kjennskap til materialet. Det at eg transkriberte sjølv, samt at eg

var med på alle intervju, gjorde at eg kom nær materialet og fekk god innsikt i kvar einiskild deltakar. Då eg seinare las gjennom analysen, hadde eg stemmene til deltakarane med meg, og eg hugsar og kunne kjenne att den einiskilde deltakaren, noko som letta det vidare analysearbeidet.

I reine IPA-analysar nyttar ein gjerne eit lite utval (5–6 deltakarar), men metoden gir også rom og moglegheit for å studere større grupper ved at ein nyttar ein temabasert, stegvis analysemodell. Stega i metoden gjer det enkelt for ein nybegynnar innanfor analyse å følge framgangsmåten. På same tid gir metoden også rom for å vere meir kreativ og moglegheit for å lausrive seg frå metoden (Smith et al., 2009).

Då eg starta å analysere, var det fint å ha ei «oppskrift» for å komme i gang og få oversikt, og samtidig vite at eg ikkje trengte å følge metoden slavisk. Eg starta med å analysere kvar einiskild deltakar sitt transkript, det vil seie steg 1–4, før eg gjorde analysane på tvers, altså steg 5 og 6 (sjå tabellen under). Det at metoden var fleksibel, var viktig, sidan også medforskarane skulle vere med i denne prosessen. På denne måten har analysen gått fram og tilbake, og prosessen har blitt gjenteken fleire gonger. Tabellen under viser stega i analysearbeidet.

Analyse av intervju		Grad av medverknad
Steg 1	Grunding lesing av kvart enkelt intervju	Prosjektlear + to medforskarar, ein med eigenerfaring og ein med forskarerfaring
Steg 2	Utvikling av førebelse tema, og utfyllande kommentarar	I første fase prosjektlear, deretter heile gruppa
Steg 3	Utvikling av tema for kvar deltakar	I første fase prosjektlear, deretter heile gruppa
Steg 4	Leiting etter forbindelsar mellom temaa for kvar deltakar	Prosjektlear
Steg 5	Gjentaking av steg 1–4 med neste deltakar	Prosjektlear
Steg 6	Leiting etter mønster på tvers av deltakarane	I første fase prosjektlear, deretter heile gruppa

Samarbeidande diskusjonar eller hermeneutiske samtaler om tema og tematiske skildringar av fenomen kan også gjennomførast i ei forskargruppe eller i seminar. Slike metodar er nyttige for å få djupare innsikt i og forståing av materialet (Binder et al., 2012; Van Manen, 1990; Veseth, Binder, Borg, et al., 2017). Det er eksempel på at brukarinvolvering i intervju og analyse kan føre til meir kreativitet, ha meir form av ein samtale og vere ein mindre prosessdriven metode som bryt ut av dei vanlege forskarnormene. Slike bidrag kan gi eit verdifullt tilskot til prosessen og sikre at brukarane sine prioriteringar blir tekne omsyn til i analysane (Locock et al., 2019).

Som prosjektleiar hadde eg det overordna ansvaret for analysen. Då eg leita etter tema som gjekk igjen i datamaterialet, såg eg etter spenningar, blant anna i form av motsetningar. Deretter valde eg ut utsegn i materialet som eg fann interessante, anten fordi dei inneheldt spenningar, fordi temaet var gjennomgåande, eller fordi eg ikkje heilt forstod innhaldet i temaet. Dei fleste medforskarane ville ikkje lese gjennom heile datamaterialet på grunn av arbeidsmengda. To av medlemmene i gruppa ville, og dei fekk lese heile det anonymiserte datamaterialet. Resten ville heller lese kortare utdrag som eg på førehand hadde valt ut. På samlingane fekk alle medforskarane utlevert dei same utdraga, og alle las det same. Vi sette av god tid, slik at kvar og ein fekk lese gjennom utdraga i fred og ro, og kommentere desse for seg sjølv. Då vi samla oss i gruppa att, gjekk vi gjennom dei ulike utdraga. Desse felles diskusjonane blei tekne opp på band og brukte vidare i analysen.

Som prosjektleiar merka eg meg spesielt dei utdraga som det blei spenningar eller ulike meiningar og tolkingar rundt. Fleire gonger blei det diskusjonar blant medforskarane om relevans, ettersom dei hadde ulike erfaringar og opplevingar med det å vere innlagd. MFF-ar og MFE-ar diskuterte tema og undra seg saman over det dei hadde lese. Diskusjonane der ulike perspektiv kom fram, gjorde at eg som forskar utvikla ei større forståing for kompleksiteten i det å vere innlagd. Under kjem eit døme på ei slik gruppesamtale. Gruppa hadde då lese eit lengre utdrag frå eit av intervju, der ei kvinne fortalde om manglande miljøterapi, og om korleis ho sjølv tok initiativ til og gjorde ting som for ho var vesentlege for betringprosessen. Dette var eit langt utdrag, men hovudessensen er at deltakaren fortalde om viktigeita av miljøtiltak som å bruke tid ute samt å gjere ting saman med personalet og medpasientar. Deltakaren delte ei erfaring om at personalet hadde lite tid til slike viktige miljøtiltak.



Gruppa las eit lengre utdrag frå denne samtala og undra seg saman over kva miljøterapi eigentleg er:

**MFF 1:** Det synest som at det skaper relasjonar. Kva tenker dei at er miljøterapi? Eg kunne tenke meg å gå meir i retning av at: Kva er stadens betyding for dei relasjonane som blir skapte, og med relasjonar meiner eg ikkje berre dei personane som er der, men eg meiner også reglane som er der, møblane som er der, stemninga som er der, og så vidare. For det er noko veldig paradoksalt med ... Eg vil jo tru at ... for eg synest ikkje det verkar som det verken er miljø eller terapi her ... Så eg lurar på kva er det som skjer ... Er det det at dei ikkje har tid til miljøterapi? Eller kva er dette for noko? Er det miljøterapi når vi går tur, men ikkje når vi berre er der... eller?

**MFE 1:** Eg hugsar at då eg var innlagd no sist, så hugsar eg at eg tenkte ... her driv dei miljøterapi ... Det som var så stor forskjell frå tidlegare innleggingar, var at du vart ikkje alltid fortalt at «Nei, det må vi vente med til legen kjem på torsdag». Men at dei faktisk snakka med deg. At veldig mange av dei tilsette kunne snakke, og drive litt samtaleterapi. Eg vart litt slått ut av bana fordi eg slapp å gå å vente til den eine dagen i veka. Fleire torer, utan å sjekke at det er greitt med legen, liksom ...

**MFF 1:** Då er vi tilbake til dette med arbeidskultur ...

**MFE 1:** Ja, men det var så tydeleg. For så ofte før er eg blitt møtt med «Ikkje no ... eg veit ikkje om eg kan ... det er ikkje mitt område ... snakk med legen om dette». Men det er avgrensa kva du kan snakke med den legen om i 20 minutt ...

**MFE 2:** Men ... fordi det er ein behandlingsstad, men det er også ein arbeidsplass, og då ... då blir dei mellommenneskelege relasjonane mellom kollegaer noko som kan komme i vegen for ... eller at dei ulike maktbalansane på avdelinga kan vere eit hinder for betring, fordi at for dei tilsette er det arbeidsplassen deira, men for pasientane er det livet deira.

**MFF 1:** Ja, så då er det kven sin stad er det eigentleg?

Ved å sjølv delta i desse samtalene, og lytte til lydband i etterkant, fekk eg ei djupare forståing av temaa i forskingsdeltakarane sine erfaringar, som vi saman prøvde å forstå og utvikle. For meg som prosjektleiar var det nyttig å høyre kva både MFE-ane og MFF-ane

tenkte om dei utdraga dei hadde fått utdelt. Der MFE-ane hadde sine eigenerfaringar som dei knytte analysen opp mot, hadde MFF-ane ei meir analytisk tilnærming. For meg som hadde ansvaret for analysane, var det god hjelp i å jobbe på denne måten, ettersom desse to perspektiva utfylte kvarandre. Eg la også merke til at når medlemmene i gruppa blei betre kjende og hadde jobba i lag fleire gonger, så nærma MFF-ane og MFE-ane seg kvarandre i språket. MFF-ane torde å vere litt friare i sine tolkingar, og MFE-ane sine tolkingar blei meir utforskande mot andre perspektiv enn det dei var i starten.

### 3.6 Etikk

Det å drive forskning stiller strenge krav til at prosjektet er planlagt og gjennomført etter gjeldande etiske normer (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017). I kvalitative studiar føreset dialogen mellom deltakar og forskar gjensidig tillit og respekt, og deltakaren skal føle seg trygg utan å føle seg pressa eller invadert. I slike intervju kan deltakarane hugse på ting som kan vere vanskelege for dei, og det er intervjuaren sitt ansvar å passe på at deltakaren kjenner seg vareteken. Vidare kan ei slik datainnsamling representere ein potensiell intervensjon som i seg sjølv kan opne opp for prosessar og psykisk uro (Malterud, 2017). Menneske som er innlagde med psykiske lidingar, er i utgangspunktet ei gruppe menneske som blir rekna som sårbare i forskingssamanheng, og ein kan komme inn på tema som kan vere vanskelege. Det kan vere at ein treng å arbeide vidare med ting i etterkant, men det kan også hende at ei slik intervjusamtale kan gjere godt. At det gir rom for å snakke om ting som ein elles ikkje får snakka om. Slik skildra ein av deltakarane det å vere med i eit slikt intervju:

**Å:** Er det noko meir du til tilføye?

**Deltakar:** Nei, eg føler at eg har fått reinska brystkassen min ganske bra, eg.

**K:** Kva du meiner med det?

**Deltakar:** Det er jo nesten betre med denne timen her enn 14 dagar på [namn på institusjon].

**K:** Kvifor det?

**Deltakar:** Fordi eg har fått reinska ut på min måte. Ja.

Det å vere tre i intervjusamtala kan vere med på å utjamne den asymmetrien som elles kan komme til uttrykk i ei intervjusamtale. For det første kan det vere enklare å ha med

ein likemann for å utjamne den tidlegare nemnde maktbalansen mellom forskar og deltakar. For det andre kan det å vere tre i ei samtale vere mindre intimt, noko som kan gjere det lettare å delta.

Leiinga ved avdelingane var informerte om og hadde gitt sitt samtykke til studien (vedlegg 4). Dersom deltakarane skulle reagere i etterkant, var dei på ein stad der dei kjende seg trygge, og dei kunne ta kontakt med personalet dersom dei hadde behov for det. I rekrutteringa av deltakarar var eg som prosjektleiar til stades på morgonmøte for å informere om studien. Føremålet mitt var å få deltakarar til studien, men på same tid var det viktig at det skulle vere frivillig å delta. Å både ville ha nok deltakarar og ikkje presse dei for mykje på morgonmøta var ei etisk utfordring, og eg måtte ved fleire høve ta stilling til om eg ved å informere om studien på avdelinga la for mykje press på deltakarane.

Då vi skulle ta kontakt med deltakarane før det andre intervjuet, var det tre som ikkje svarte. Eg prøvde å ta kontakt ved tre ulike høve, og viss dei enno ikkje hadde svart, tok eg ikkje kontakt fleire gonger. Alle desse tre gav etter det første intervjuet uttrykk for å ha lyst til å stille opp til eit nytt intervju. Avtalen var at eg først skulle sende ei tekstmelding på telefon og deretter ringe til deltakarane. Då dei ikkje svarte, verken på telefon eller melding, tolka eg det som at dei ikkje ville stille opp til andregongsintervju. I etterkant ser eg at vi burde ha laga tydelegare avtalar med deltakarane om korleis vi skulle ta kontakt med dei før det andre intervjuet.

Å vere samtykkekompetent var eit kriterium for å kunne delta i studien. Dessutan var deltakinga frivillig. Deltakarane fekk både skriftleg (sjå vedlegg 5) og munnleg informasjon om at dei kor tid som helst, og utan at det ville ha konsekvensar for dei eller behandlinga deira, kunne trekke seg frå studien. Ingen av dei som gjennomførte intervju, hadde tilknytning til avdelingane der rekrutteringa av deltakarane gjekk føre seg. Alle samtaler blei tekne opp på band med deltakarane sitt samtykke. Lister med telefonnummer og informasjon om deltakarane blei lagra for seg sjølv på ein sikker server, og det var berre prosjektleiar som hadde tilgang til desse opplysningane. Lydband vil bli sletta etter at prosjektet er avslutta. Alle intervju er transkriberte av prosjektleiar, og pseudoanonymiserte. På denne måten fekk gruppa berre tilgang til intervjutekst. Dei fekk ikkje vite kven deltakaren var. Identifiserande opplysningar som deltakarar nemnde i intervju, blei anonymiserte. Studien er godkjend av REK Vest med saksnummer 2016/30 REKvest (vedlegg 6).

Alle som var med i gruppa, samtykte til og forventet at det skulle vere teieplikt om det som skjedde i gruppa. Teieplikta omfatta både det som kom fram i samtalen i gruppa, og informasjon dei fekk om deltakarane i studien, sjølv om denne var anonym. I tillegg skreiv alle deltakarane i gruppa under på ei erklæring om teieplikt som blei laga spesielt til dette prosjektet (vedlegg 7). Etter kvart intervju hadde eg og den MFE-en som var med på intervjuet, planlagt å ha ei samtale for å gjennomgå intervjuet. Nokre gonger klarte vi å gjennomføre denne samtala. Dette var ekstra viktig dei gongene det var spesielt ømtolige tema som kom fram i intervjusituasjonen, og som gjorde at MFE-en hadde behov for ei samtale. Men vi fekk ikkje alltid like god tid til ein slik gjennomgang, og vi burde ha lagt inn meir tid til refleksjon i etterkant av kvar samtale.

Alle medforskarane har gitt samtykke til at utdrag frå samlingane blir brukte i avhandlinga.

### 3.7 Refleksivitet – personleg – i relasjon og i samarbeid

Refleksivitet er eit berande prinsipp for gjennomføring av kvalitativ forskning, og gjennom dei siste 20 åra har ein utvikla omgrep og kunnskap om korleis dette skal gjerast synleg. Refleksivitet er ei ferdigheit som vi utviklar, ei evne til å legge merke til korleis vi ser på verda rundt oss, andre menneske og handlingar. For å vere refleksive må vi vere merksame på eigne verdiar og velje korleis vi skal bruke desse (Etherington, 2004). Refleksivitet utfordrar tradisjonelle idear om vitskap som favoriserer profesjonell avstand og objektivitet framfor engasjement og subjektivitet (Finlay & Gough, 2003). Dette er ein reiskap som blir brukt for å demonstrere truverdigheit i funn. Ved bruke refleksivitet kan subjektivitet i forskinga snuast frå eit problem til ei moglegheit (Finlay & Gough, 2003). Å utøve refleksivitet fordrar at ein kritisk reflekterer over korleis eigen sosial bakgrunn, eigne føresetnader, eigen posisjon og eiga åtferd påverkar forskinga. Det krev ei anerkjenning av korleis forskarar konstruerer funn. Finlay og Gough (2003) hevdar at vår eigen posisjon vil påverke dei spørsmåla vi stiller, men også dei spørsmåla vi ikkje stiller. Dette vil også gjelde for utvikling av problemstillingar, analyse og måten vi skriv og formidlar funna våre på.

#### 3.7.1 Om mi eiga rolle

Eg er utdanna sjukepleiar og har jobba fleire år ved kirurgisk avdeling. I tillegg har eg lang erfaring som sjukepleiar på ei barneavdeling. I 2011 tok eg til på HVL som lærar på sjukepleiarutdanninga. Sjølv om eg hadde ein solid praksis med meg, hadde eg lite erfaring

med psykiske lidingar. Som privatperson og sjukepleiar har eg nok alltid vore oppteken av, og sett viktigheita av, gode mellommenneskelege møte. Likevel har psykisk helsevern vore eit felt eg har vore litt redd for å jobbe med. Det har vore eit område som eg ikkje heilt har forstått, og eg har nok vore litt redd for å snakke med pasientane når dei hadde problem. I løpet av livet har eg som alle andre møtt motgang, død og sorg, men eg har aldri sjølv erfart å vere behandlingstrengande for psykiske vanskar. Dei einaste gongane eg har vore innlagd som pasient, var for å føde barna mine.

I starten var eg som stipendiat og ny forskar usikker på mi eiga rolle. Eg var redd for reaksjonar hos medforskarane: Kva ville dei reagere på, og kvifor? Og kva skulle eg gjere då? Eg var redd for å såre og støyte – noko som i starten nok førte til at mi eiga stemme kom i bakgrunnen, fordi eg ville ha fram stemmene til dei andre i rommet. I etterkant har eg tenkt at eg kanskje var for demokratisk i starten, men på den andre sida kan det at dei andre stemmene fekk komme så tydeleg fram, ha vore med på å auke deira kjensle av eigarskap til prosjektet. Som stipendiat kjende eg meg tidvis, i alle fall i starten, veldig åleine. Eg kjende eit indre press på at eg måtte overtyde både MFE-ar og MFF-ar om at eg kunne klare dette. Dessutan kjende eg eit stort ansvar for å skape framdrift og for å få alle til å føle seg velkomne og anerkjende i gruppa. Desse tinga kom seg etter kvart som medlemmene i gruppa blei betre kjende, og vi alle framstod meir og meir som dei menneska vi var. Etter dei første samlingane var eg overvelda av alle nye inntrykk, og eg var fysisk og mentalt sliten. Etter kvart som vi blei betre kjende, gav desse samlingane like mykje energi som dei tok.

Etter å ha jobba med samarbeidsbasert forskning i fire år har eg gjort meg nokre tankar om kva som krevst for å få til eit reelt samarbeid i praksis. Eg har mellom anna gjort meg tankar om kven som kan vere med på denne typen forskning. Frå helsemyndigheitene er det eit krav om brukarinvolvering i forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Det er kanskje rimeleg å stille spørsmål om det lèt seg gjere i alle typar prosjekt, og i kva grad ein skal ha brukarinvolvering. I vårt prosjekt har det vore høg grad av involvering i dei fleste fasane, og det er ikkje sikkert at det er mogleg, eller ønskeleg, å ha like stor grad av involvering i alle prosjekt.

### 3.7.2 Om medforskarane si rolle

I starten på første samling var eg som tidlegare nemnt redd for kven MFE-ane var, og eg var nok meir oppteken av korleis eg kunne/skulle/burde opptre for å unngå å krenke, for å få til

eit samarbeid og for å unngå at dei som var med som medforskarar, blei sjuke. Korleis skulle eg til dømes handtere det dersom ein av dei fekk eit angstanfall? Etter kvart i prosessen lærte vi at vi alle saman først og fremst var menneske som jobba saman om eit felles mål. Men på same tid har eg nok heile vegen kjent på eit ekstra ansvar, spesielt for at MFE-ane skulle ha det bra.

Ein medforskar med eigenerfaring er per definisjon ein person som er der i kraft av sine erfaringar. Mange kan tenke at eigenerfaring må vere den enklaste kompetansen av alle, men dei erfaringane eg har gjort meg desse fire åra, har overtydd meg om at det ikkje nødvendigvis er slik. Mange av medforskarane har uttrykt tvil om erfaringa deira er nok, og i tillegg har mange med seg negative erfaringar som bakgrunn for at dei har valt å vere med å påverke. Det kan sjåast på som eit paradoks at vi har skrive så mykje om å bli sett som eit heilt menneske, og om kor viktig det er å bli sett når ein er innlagd (Eldal, Natvik, Veseth, Davidson, Skjolberg, et al., 2019) når vi på same tid ber om kompetanse på akkurat dette. Korleis er det å vere innlagd (pasient) i psykisk helsevern? Faren kan vere at ein MFE blir redusert til den eigenerfaringa, og at det er denne som blir sett og brukt. Motsett er det også ein fare for at ein MFF berre blir sett på som ein profesjonell fagekspert, og at ein ikkje ser personen bak. I vår gruppe har vi prøvd å løfte fram også andre eigenskapar, dei menneskelege eigenskapane som har gjort at vi har blitt kjende også i kraft av dei personane vi er. Når vi blei betre kjende som personar, kom også fleire av dei eigenskapane som var spesielle for den enkelte, tydelegare fram. Fleire av medforskarane er flinke til å produsere gode tekstar og formidle frå ei scene. Vi har også mange i gruppa som driv med musikk, bakst, kunst og handverk, noko resten av gruppa har nytt godt av. Desse eigenskapane var ikkje tydelege i starten av prosjektet, men etter kvart som vi blei betre kjende som menneske, blei det tydelegare og tydelegare kven den enkelte var som person, og kva ressursar denne personen hadde. Dette er eigenskapar som er med på å forme oss som menneske, og som har påverka gruppa og det samarbeidet vi har hatt.

### 3.7.3. Om likeverd og makt

Før eg tok til i denne stipendiatstillinga, reflekterte eg lite over makt. Eg var ikkje så oppteken av det, og eg forstod nok heller ikkje kva maktposisjon eg som sjukepleiar hadde. Då eg tok til å lese om psykisk helsevern og samarbeidsforskning, oppdaga eg fort at ulik maktbalanse var eit tema som gjekk igjen i både litteratur og forskning (Borg & Kristiansen,

2009a; Moltu et al., 2012; Rose, 2018; Sangill et al., 2019; Wallcraft et al., 2009). Det blir framheva at kunnskap gir makt, og at brukarar med eigenerfaring kan kjenne seg mindre verd enn forskarar med fleire års utdanning.

I forskingslitteratur som omtalar samarbeidsbasert forskning, finn vi ofte utsegn som: «Vi er alle like, alle er like mykje verd.» Happell, Gordon, Bocking, Ellis, Roper, Liggins, Scholz, et al. (2018) argumenterer for å ta ulik maktbalanse på alvor. Ved å seie at «alle er like» kan ein nemleg legge lokk på viktige diskusjonar. Medforskarar kan kjenne seg makteslause når nokon med meir makt hevdar at «vi er like mykje verd». Dette blei veldig tydeleg i vår gruppe når vi skulle på ein felles konferanse om medforskning. På denne konferansen var det samla både medforskarar med eigenerfaring og medforskarar med forskarerfaring/utdanning. På førehand var det bestemt at Åse Skjølberg og eg saman skulle legge fram erfaringar frå samarbeidet vårt på denne konferansen. Vi planla korleis vi skulle dele oppgåvene mellom oss, resten av gruppa var ikkje med på dette møtet. Eg hugsar at Åse sa: «Eg synest det er heilt naturleg at du ber hovudtyngda av dette innlegget, det er berre rart om vi skal seie annakvart ord.» Då vi gjekk på scena, tok eg hovudansvaret for og hovudtyngda i innlegget, og etterpå var vi begge nøgde med arbeidsfordelinga. Eg blei kontakta av forskarkollegaer som sa: «Kari, dette er ditt prosjekt, du kan ta enda meir plass.» Medforskarane i vår eiga gruppe hadde også sine reaksjonar. Dei meinte at Åse kom i bakgrunnen og måtte kjempe for å få ordet. Gjennom heile konferansen hadde det ved fleire høve blitt påpeika at alle er like mykje verd, og at eigenerfaringskunnskap er like viktig som forskarutdanning. Men i praksis kjende medforskarane at deira kompetanse var mindre verd, fordi det i hovudsak var forskarar som stod på scena. Medforskarar var med på scena, men då meir for å «vise fram» samarbeidet. Då Åse og eg stod på scena, blei det ei forsterking av dette inntrykket. Medforskarane følte seg ikkje anerkjende. Dei følte at dei berre var med fordi det var eit krav om brukarinvolvering, men at forskarane eigentleg ikkje ville ha dei der. Dette resulterte i at medforskarane blei frustrerte og skuffa, og reiste frå konferansen med negative kjensler.

Om vi ikkje hadde hatt ein medforskarkoordinator som fanga opp uroa som utvikla seg, hadde eg nok aldri fått vite kva som skjedde i etterkant av innlegget vårt. Åse og eg har arbeidd saman som kollegaer gjennom alle desse fire åra. Vi har hatt faste samtaler kvar måndag, noko vi også har gjennomført i rolegare periodar. Dette innførte vi fordi Åse

opplevde at det var krevjande å vere koordinator i ein liten stillingsprosent, og for å halde prosjektet varmt. Det at vi hadde så tett kontakt og open dialog, førte til at Åse kunne ta dette opp med meg. Noko som igjen førte til at vi saman kunne ha «episoden på konferansen» som eit tema på neste samling. Rett før denne samlinga var eg på eit ph.d.-kurs der vi blant anna lærte om open dialog. Det er ein arbeidsmetode som blir brukt for å få fram stemmene til dei som vanlegvis ikkje blir høyrde, og som framsnakk fleirstemtheit (Seikkula, 2011; Seikkula & Olson, 2003). Eg bestemte meg difor for at vi i gruppa måtte snakke om det som hadde skjedd, og at alle – inkludert meg sjølv – skulle få fortelje om si oppleving av hendinga. Dette blei ei viktig samling, og vi klarte å snakke om desse vanskelege tinga: om makt, om likeverd, om å føle seg anerkjend. Vi har også seinare diskutert same tema, og det er heilt nødvendig. Vi har utvikla oss som gruppe, og nokre ting blir betre, og andre ting kjem til. Det ser ut til at vi aldri kjem heilt i mål, og det skal vi kanskje heller ikkje gjere. Vi må kanskje tole å stå i den usikkerheita som ulik maktbalanse fører med seg. I vårt prosjekt har vi erfart at det å tole å ta opp slike vanskelege tema kan føre oss tettare saman, slik at vi torer å utfordre kvarandre og på den måten redusere kjensla av ulik maktbalanse. Noko som igjen kan føre til at vi kjem eit steg nærmare å kunne forstå kvarandre.



## 4 Presentasjon av artiklane

Målet med studien var å belyse erfaringane til menneske som får behandling ved DPS-sengepost. Funna frå prosjektet blir presenterte i tre ulike artiklar som kvar tek for seg ulike resultat frå dataanalysane.

### 4.1 Artikkell 1

Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 1-9. doi:10.1080/01612840.2018.1524532

Målet med artikkelen var å belyse kva som ifølgje erfaringane til innlagde pasientar fremmar betring. Artikkelen baserer seg på intervju med 14 deltakarar medan dei var innlagde på sengepost. Hovudfunnet i artikkelen er korleis deltakarane erfarte eigen betringssprosess når dei var innlagde. Deltakarane har behov å bli anerkjende som heile menneske. For å gå i djupna på kva det vil seie å bli sett som eit heilt menneske, presenterer vi to tema frå analysane: (1) anerkjenning av og støtte for eigen identitet, og (2) ambivalensen mellom det å trenge nærleik og distanse. Eit sentralt funn var også at tidlegare erfaringar og tidlegare krenkingar hos pasientane påverka korleis dei tolka og tok imot hjelp når dei var innlagde.

Funna blir diskuterte opp mot gjeldande forskning både innanfor recovery-orientert praksis og behandling på sengepost. Artikkelen peikar på korleis pasienthistorier gir sjukepleiarar unike moglegheiter til å diskutere og reflektere over eigen praksis i møte med sårbar menneske. Det å styrke brukarmedverknad, styrke pasientanes egne ressursar og normalisere kan sjå ut til å hjelpe i møte med sårbar menneske.

## 4.2 Artikkel 2

Eldal, K., Veseth, M., Natvik, E., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Contradictory experiences of safety and shame in inpatient mental health practice – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. DOI:10.1111/scs.12674

Artikkelen er basert på 14 intervju med deltakarane medan dei var innlagde på sengepost, samt intervju med 11 av dei same deltakarane om lag tre månader etter utskriving. Målet med artikkelen var å utforske korleis pasientar erfarer noverande behandling på sengepost. Artikkelen presenterer to hovudtema: (1) ein stad der det er trygt å vere sårbar, og (2) byrda av stigma og dehumanisering. Eit gjennomgåande funn var at dersom deltakarane hadde positive erfaringar med innlegging medan dei var innlagde, var dette også erfaringa etter tre månader. Og motsett: Dersom dei hadde negative erfaringar medan dei var innlagde, var det den same erfaringa som gjaldt etter tre månader.

Funna blir diskuterte opp mot tidlegare forskning som blant anna syner at det å bli snakka til på ein nedsettande måte, og det å ikkje få lov til å snakke om sin eigen situasjon, kan føre til ei auka kjensle av skam. Recovery-orienterte praksisar og opne dialogar kan bidra til å utvikle arbeidsmetodar tufta på samarbeid og refleksivitet.

### 4.3 Artikkel 3

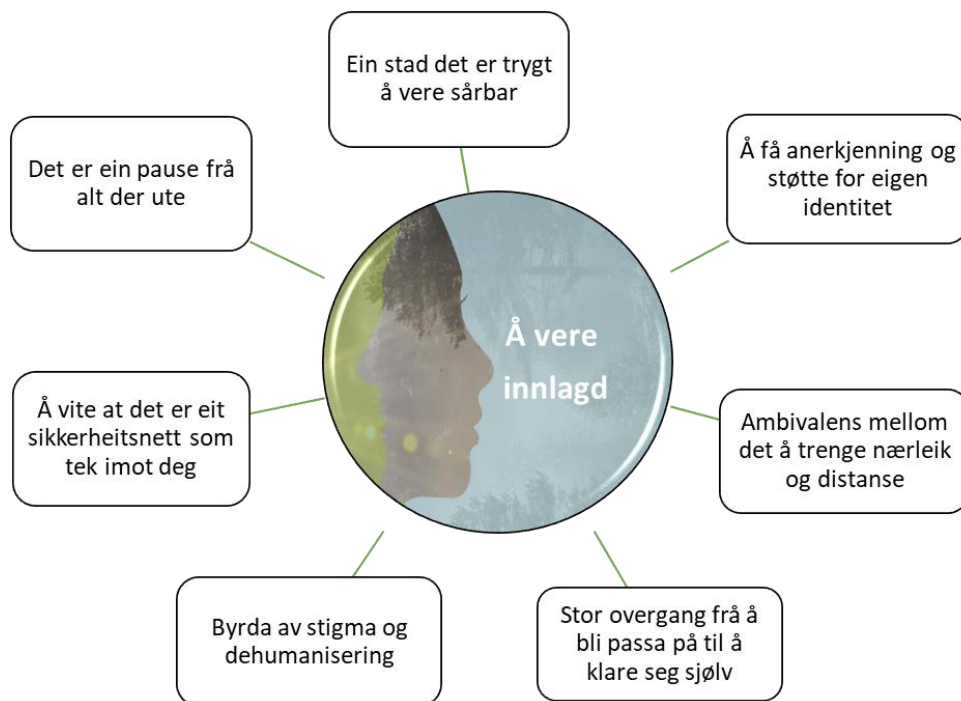
Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., & Moltu, C. (2019). From the (dis)comfort of one's own home: patients' experiences of hospitalization after discharge. Accepted: In *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*

Funna i den tredje artikkelen baserer seg på intervju med 11 deltakarar om lag tre månader etter utskrivning frå sengepost. Føremålet var å sjå på korleis deltakarane erfarte innlegginga då dei såg tilbake på ho etter tre månader. Tre hovudtema har peika seg ut som essensielle i denne artikkelen: 1) ein pause frå alt der ute, 2) eit sikkerheitsnett som tek imot meg om eg fell, og 3) frå å bli passa på til å klare seg sjølv. Alle deltakarane hadde positive erfaringar med innleggingane, og alle deltakarane framheva at det å møte andre, snakke med andre, få på plass rutinar samt ha eit aktivitetstilbod var viktig for eiga betring. Overgangen frå å vere innlagd og trygg til å komme heim – og ha alt ansvar sjølv – var for mange stor, og vegen tilbake til gamle mønster var kort.

Funna blir diskuterte opp mot tidlegare forskning på området og konkluderer med at nokre menneske av og til treng ei innlegging. Det å støtte opp under pasientens egne ressursar under innlegginga og støtte pasientane i kvardagen heime blir då av stor betydning. Einsemd var for desse deltakarane ein vesentleg del av det heile, og det å få hjelp til å komme seg ut av einsemd kan vere eit av dei viktigaste enkelttiltaka.

## 5 Diskusjon

I denne diskusjonen vil eg sjå på kva som er bra med ei innlegging. Eg vil også drøfte kva som kan vere utfordrande med ei innlegging. Funna våre syner at det å vere innlagd kunne gi deltakarane motstridande kjensler. Det var godt og vondt på same tid (figur 1). Diskusjonen vil ta for seg desse temaa: 1. Kva inneber det å bli sett som eit heilt menneske? 2. Miljøet på ei avdeling. 3. Motsetningsfylte forventingar. 4. Kva prosessar på sengepost kan hindre betring? 5. Betring – ein sosial prosess? 6. Utskriven, kva no? 7. Implikasjonar for praksis. 8. Styrkar og svakheiter ved studien.



Figur 1. Ei oversikt over hovudtemaa i artikkane.

### 5.1 Kva inneber det å bli sett som eit heilt menneske?

Mange snakkar om å bli sett, men få gir grundige forklaringar av kva dette betyr. For meg var det litt overraskande at det å bli sett var det første deltakarane oppgav som viktig for deira betring. Overraskande fordi eg oppfatta det å bli sett som grunnleggande. Eg tok det for gitt og tenkte det var sjølv sagt at pasientar opplevde det. At pasientar ønsker at ein ser, høyrer og respekterer dei som menneske, blir også framheva i fleire studiar (Bacha, Hanley, & Winter, 2019; Brekke, Lien, & Biong, 2018; Gjengedal et al., 2019; Rise, Westerlund, Bjorgen, & Steinsbekk, 2014; Shevellar & Barringham, 2016).

I den første artikkelen går vi djupare inn i kva det vil seie å bli sett (Eldal, Natvik, Veseth, Davidson, Skjolberg, et al., 2019). Å bli sett som eit heilt menneske handlar for deltakarane våre om noko meir enn å bli sett som ein fysisk person som møter opp til morgonmøte på avdelinga. I staden handlar det om å bli sett på som ein person med egne tankar og interesser. Det handlar om å bli møtt med anerkjenning som den personen ein er når ein er på avdelinga, men også med anerkjenning av at ein har eit liv utanom det å ha ei psykisk lidning. Nokre av deltakarane i studien vår uttalte at dei forstod at det kunne vere vanskeleg for personalet å sjå ressursane deira når dei hadde tydelege symptom. Dei framheva at det var nettopp når dei var dårlege, at dei hadde ekstra behov for å bli sett som den dei var, og for at personalet såg forbi symptom og diagnosar. Deltakarane hadde behov for å føre vanlege samtaler som handla om andre ting enn berre det praktiske på avdelinga. At personalet viste interesse for dei og klarte å syne deltakarane at dei var ekte, normale menneske som det var interessant å snakke med, bidrog til at også deltakarane sjølv kjende seg som heile menneske. Det å bli møtt med interesse, ekte innleving, varme og eit godt blikk – og det at personalet strekte seg litt ekstra for å gjere ting som fekk dei til å føle at dei var verd noko – var av stor betydning for deltakarane.

I ein studie der Larsen og Terkelsen (2014) gjorde kvalitative intervju med både tilsette og pasientar, fann dei at tilsette som lytta til og brydde seg om pasientane som normale menneske, såg ut til å vere meir empatiske i møte med pasientane. At personalet gjer noko meir enn det som er forventa av dei, fører til at relasjonane blir meir som «normale møte» framfor eit typisk sjukepleiar–pasient-møte. Dette ser ut til å bidra til betring (Borg & Kristiansen, 2009b). Liknande funn gjorde vi i vår studie. Deltakarane delte historier om når dei tilsette gjorde noko som var spesielt for akkurat dei. Det trengte ikkje å

vere ein stor ting, men ein liten gest som synleggjorde at helsepersonellet såg på dei som viktige. Slike gestar kunne vere at personalet kom inn på rommet for å prate litt, eller at dei hadde lagt merke til at deltakaren hadde trekt seg tilbake. At personalet kom med ei lita ekstra oppmuntring i form av tid, ein kaffikopp eller eit blikk, var spesielt viktig. Desse episodane blei hugsa, og deltakarane gjentok dei same historiene i begge intervju. Slike episodar blei fortalde som gode minner, og noko som hjelpte dei til å bli betre. Historia i den første artikkelen om sjukepleiaren som kom inn med eit lite kakestykke, er eit slikt døme (Eldal, Natvik, Veseth, Davidson, Skjolberg, et al., 2019). Ein annan deltakar la vekt på at det var godt å kjenne seg velkommen på avdelinga. At personalet sa dei syntest det var kjekt at han var der. Det at slike små gestar, eller mikrostadfestingar, er viktige for menneske med psykiske lidingar, er også omtalt i andre studiar. Desse små stadfestingane er ofte spontane i møte mellom menneske, og dei oppstår gjerne mellom menneske som likar kvarandre. Dei gir menneske betre sjølvkjensle og håp om betring (Davidson & Johnson, 2013; Topor, Boe, & Larsen, 2018; Topor, von Greiff, & Skogens, 2019). Slike handlingar ser ut til å vere ei understreking av at «eg ser deg, eg ser kva som er viktig for deg, og du er viktig», og er dermed ei stadfesting på at du er verd noko, og at andre har lyst å vere i lag med deg.

At personalet gjer noko som ein elles ikkje tenker høyrer til ekspertrolla, ser ut til å ha spesiell betyding for pasientane si betring (Topor et al., 2018; Topor et al., 2019). Hopkins, Loeb, og Fick (2009) har gjort ein litteraturgjennomgang der dei undersøkte pasienterfaringar, pasientsyn og pasientanes forventingar til inneliggande behandling. Forfattarane fann at pasientane treng personale som har evne til å sjå bak pasienten si lidning, som riv ned fysiske barrierar ved å opne opp vindauge og dører, og som bruker tida si saman med pasientane. I denne litteraturgjennomgangen fann dei at det hjelpte å bli aktivisert med normale gjeremål og å diskutere det som skjedde på nyheitene og elles i verda. Dette fann vi også i vår studie. Ei ung kvinne la vekt på at ho trengte å kjenne seg vanleg. Personalet med lang utdanning fekk ho til å kjenne seg mindre verd enn dei utan helsefagleg utdanning. Denne kvinna knytte ekstra kontakt med dei av personalet som hadde mindre utdanning, og som jobba med andre ting enn «pleiepersonalet», til dømes dei som jobba på treningsavdelinga. Med dei kunne ho snakke om vanlege tema, og ho følte også at ho kunne lære dei noko. Saman gjorde dei normale aktivitetar som kunne minne ho på at ho var eit likeverdige og normalt menneske sjølv om ho var innlagd i psykisk helsevern.

Mangel på slike vanlege aktivitetar og omgangsformer kunne derimot forsterke kjensla av å vere unormal. Det kunne føre til at ho kjende seg meir som ein ting, meir som ein diagnose enn som ein ekte person med ekte interesser. Det kan kjennast dehumaniserande å bli forstått som ein diagnose, som eit objekt for behandling, og ikkje som eit ekte menneske.

Fleire studiar framhevar at forholdet mellom helsepersonell og pasient er spesielt viktig i betringssprossar (Delaney, Shattell, & Johnson, 2017; Denhov & Topor, 2012; Molin, Graneheim, & Lindgren, 2016; Wiechula et al., 2016; Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton, 2015). Men sjølv om vi har mykje kunnskap om betydninga av gode relasjonar, er det interessant at det første alle deltakarane tok opp, var nettopp viktigheita av å bli sett. Det er rimeleg å tenke at menneske med psykiske lidningar har eit ekstra behov for gode møte med hjelpearar. Hos menneske med psykoseerfaring kan ein til dømes sjå at noko av det mest skremmande er å ikkje lenger kjenne seg som ein ekte person (Lauveng, 2013; Møller, 2018). Det å bli oversett og oppleve at berre symptoma, ikkje heile personen, blir tekne på alvor, kan såleis forsterke kjensla av å vere ein ikkje-person eller av å ikkje vere verd noko.

I førebuingssfasane til prosjektet framheva medforskarane sterkt at dei ikkje ville bli sett på som ein diagnose. Dei ville bli sett på som seg sjølv. Det er forståeleg, men eg hadde vanskar med å forstå kvifor dette behovet var så sterkt hos dei, og at dette var eit tema dei var så opptekne av. Det var Åse Skjølberg som hjelpte meg med å forstå kva dei meinte. Åse og eg reiste på ein internasjonal konferanse der vi saman skulle halde innlegg. I forkant var eg nervøs, noko dei som var rundt meg, fekk merke. Då seier Åse: «Når Kari er nervøs og spent, blir det sett på som ein naturleg reaksjon, men om eg hadde vore like nervøs, hadde det blitt sett på som eit symptom på sjukdommen min.» Eg kjende at viss nokon hadde tolka nervøsiteten min som eit symptom på ei lidning, ville eg følt meg misforstått og dermed makteslaus. Dette er eit døme på at det å bli forklart ting ikkje alltid er nok. I dette tilfellet måtte eg prøve å sette meg inn i korleis det ville vore viss mi eiga åtferd i ein gitt situasjon hadde blitt tolka som eit symptom, og at normale reaksjonar dermed kunne blitt tolka som unormale. Det vil seie at to ulike personar – ein med diagnose og ein utan – kan utføre same handlinga, men at omgivingane tolkar handlinga ulikt fordi den eine personen har ei psykisk lidning, og den andre ikkje. I lys av dette kan ein forstå tendensen til å skjule psykisk lidning for omgivingane.

Det å bli sett handlar om noko meir enn at nokon ser deg reint fysisk. Det handlar om at nokon syner interesse for deg som person og engasjerer seg i deg. Eit tiltak som hjelper, er å møte personale som deler litt av seg sjølv. At nokon gjennom små gestar tek seg tid til å gjere noko spesielt for deg. Det handlar om stadfesting og anerkjenning av den du er. Å bli sett betyr at andre ser forbi symptom og diagnoser, at dei får eit glimt av den personen som er «der inne», og at dei ikkje tolkar normale reaksjonar som unormale.

## 5.2 Miljøet på ei avdeling

I ein studie utforska Molin et al. (2016) kvardagen innanfor psykisk helsevern ved å spørje om pasienterfaringar. Dei fann at kvaliteten på samspelet mellom pasient og helsepersonell påverka kvardagen på avdelinga. Det å ha tillitsfulle interaksjonar gjorde opp for eit elles dårleg miljø og forvirrande omsorgsinnhald. Dersom samspelet var fråverande, var dette med på å forsterke eit stigmatiserande miljø. For ein pasient kunne utilfredsstillande samspel med personalet føre til sinne, noko som svekte humøret og kunne medføre sjølvskading. Eit hyggeleg miljø kunne fremme kjensla av å vere trygg, noko som bidrog til raskare betring. Dårlig struktur og mangel på aktivitetar på avdelinga førte til mykje venting for pasientane. Gode rutinar og aktivitetar saman med personalet var viktige for betring. Også i vår studie framheva deltakarane samspelet saman med personalet. Spesielt det at personalet tok seg tid til å vere saman med dei, førte til at deltakarane kjende seg sett og verdifulle (Eldal, Natvik, Veseth, Davidson, Skjølberg, et al., 2019). Ein mannleg deltakar delte sine tankar om dette med å vere saman med personalet. Han sakna at personalet tok seg tid til å prate litt, sjå på tv eller spele spel saman med han og dei andre pasientane. Dette kan bety at det som var viktigast for deltakarane, var at personalet brukte tida si med dei. Det kunne føre til at dei kjende seg trygge, noko som i sin tur kunne føre til raskare betring.

Mancini, Hardiman og Lawson (2005) framhevar at det er viktig at helsepersonell støttar menneske med eigenerfaring i å ta kontroll over si eiga betring. Det krev at helsepersonellet trer tilbake frå det hierarkiske profesjonelle forholdet og lèt pasienten som person få sleppe til. Det å stille spørsmål som «Kva er viktig for deg?» og «Kva treng du?» viser engasjement og interesse for pasienten. På alle avdelingar var det fellesaktivitetar for tilsette og pasientar. Døme på slike aktivitetar var turgåing, spel og treningstilbod. Dei fleste deltakarane fann desse aktivitetane nyttige og meinte det var noko alle burde vere med på.



Men det var også døme på det motsette: Ei kvinne som hadde vore innlagd ved fleire høve, påpeika at det var unaturleg å gjere ting som ho eigentleg ikkje var interessert i til vanleg. Denne kvinna hadde i vaksen alder vore innlagd fleire gonger på ulike stader, og ho hadde etter kvart funne ut kva som hjalp og ikkje hjalp ho i betringsprosessen. Og det å ta del i «påtvinga» fellesaktivitet var til hinder for betring hennar. Andre erfarte at personalet var med dei som støtte når dei øvde på kvardagslege gjeremål med mål om at dei skulle meistre kvardagen heime.

Aktivitetar er eit strukturelt viktig miljøtiltak (Olkowska & Landmark, 2016). Reglane på avdelingane er eit anna miljøtiltak som er laga for å skape føreseielegheit og struktur. I vår studie var det store skilnader på korleis deltakarane såg på reglane på avdelinga. For nokre av deltakarane var reglane gode å ha. Dei skapte føreseielegheit, og nokre syntest reglane var fornuftige. For andre bar reglane preg av kontroll og manglande medverknad. Nokre oppfatta reglane som mas. Dei følte det låg ei forventning om at dei burde møte opp, fordi dei ved å vere innlagde hadde «meldt seg på» eit opplegg dei måtte følge sjølv om dei ikkje følte at det var det dei trengte.

Det å få snakke om problema sine blir framheva som noko som fremmar betring (Brown & Windt-Val, 2016; Nurser, Rushworth, Shakespeare, & Williams, 2018; Seikkula, 2011). Dette fann vi også hos våre deltakarar. Fleire framheva at det å vere saman med andre og delta i samtale med andre ein viktig del av det å vere innlagd. Spesielt samtalene hjalp dei til å forstå seg sjølv betre og til å meistre kvardagen heime. Det å forstå eigen situasjon og eige reaksjonsmønster – og få luften tankane sine med nokon utanfor familien – var ein viktig del av betringsprosessen. Fleire av deltakarane ville verne eigen familie, og dei la vekt på at det var godt å snakke med personale eller medpasientar som dei stolte på.

Ulike miljøretta tiltak kan vere til hjelp for menneske som er innlagde, men slike aktivitetar kan for andre vere til hinder for betring. Det å få snakke om problema sine ser ut til å hjelpe. Kven ein snakkar med, ser ut til å bety mindre så lenge relasjonen er god. Det ser også ut til at støttande forhold som håp, meningsfulle aktivitetar, tilgang på alternativ og standard behandling fremma betring for enkelte, medan andre trengte ei meir individuelt tilpassa tilnærming.

### 5.3 Motsetningsfylte forventingar

På ein sengepost kan motsetningsfylte forventingar komme i konflikt med kvarandre. Pasientane skal observerast, dei skal medverke, det skal vere trygt på avdelinga, og på same tid har pasientane rett til eit privatliv. Når ein snakkar om tryggleik innanfor helsetenesta, handlar det ofte om pasienttryggleik, kvalitetssikring og kvalitetsforbetring (Hall, Moore, & Barnsteiner, 2008). Tryggleik i sjukepleie inneber å beskytte pasientar frå skade som skuldast uønskete hendingar som medisinske feil, dårleg kommunikasjon, utilstrekkeleg personale eller for dårleg opplæring (Sherwood, 2015). Pasienttryggleik blir også sett på som ei fysisk og psykososial plikt, og det er eit nøkkelområde når det gjeld inneliggande behandling i psykisk helsevern (Delaney & Johnson, 2008). Å skape psykososial tryggleik kan motverke at pasientar kjenner seg dehumaniserte, makteslause og umyndiggjorde (Lilja & Hellzen, 2008; Shattell, Andes, & Thomas, 2008).

Barnicot et al. (2017) gjorde kvalitative intervju med pasientar og tilsette på sengepost i psykisk helsevern. Målet var å utforske korleis tilsette og pasientar opplevde det å måtte balansere privatliv og tryggleik når pasientane skulle både medverke og observerast på same tid. Eit stabilt og støttande personale blei framheva som viktig for å legge til rette for medverknad. I den andre artikkelen i avhandlinga kjem behovet for å kjenne seg trygg i ei innlegging tydeleg fram (Eldal, Veseth, et al., 2019). Det var gjennomgåande at deltakarane kjende seg trygge når dei var innlagde, og fleire sa også at dei var tryggare på avdelinga enn dei var heime. Å kjenne seg trygg kan sjåast i samanheng med eit av dei miljøterapeutiske tiltaka, som er å beskytte pasienten (Gundersen, 1978). I studien vår fann vi at alle hadde ulike behov. Nokre trengte distanse til andre pasientar, andre søkte fellesskap, og atter andre trengte pause frå eit hektisk liv utanfor avdelinga. Når menneske med så ulike behov er innlagde på same avdeling, vil det også krevje ulik tilnærming til den enkelte. Dette kan skape utfordringar. Det var til dømes ikkje lov til å ha private samtaler på fellesrommet. For nokre av deltakarane var denne regelen viktig og førte til at det var trygt å vere på fellesområdet. Den same regelen fekk andre deltakarar til å kjenne seg mindreverdige ved at personalet kunne bestemme kva dei fekk lov til å snakke om. For nokre førte denne regelen til at dei følte at personalet såg ned på dei, og at personalet meinte dei ikkje var i stand til sjølv å vurdere kva som var rett å dele eller ikkje. Andre deltakarar «heva seg over» denne

regelen og sa at pasientane brukte å bryte regelen når dei til dømes var på røykerommet. Dei uttrykte at det var god hjelp i samtaler med medpasientar.

I diskusjonen over ser vi at dei tiltaka som er med på å trygge pasientane på avdelinga, også kan vere med på å skape avstand mellom personale og pasientar. Allie, Emily og Vicky (2017) har analysert diskursen rundt omgrepet tryggleik og funne at innanfor psykisk helsevern blir tryggleik sett på som ein overordna verdi, og at risikostyring er hjørnesteinen i sjukepleia. For sjukepleiarar som arbeider innanfor psykisk helsevern, rammar tryggleiksdiskursen omsorgstilbodet. Diskursen påverka korleis helsearbeidarar identifiserte risikoen som pasientane stod i, og dermed også omsorga og tiltaka som blei nytta for å handtere risikoen. Sjølv om tryggleik tilsynelatande er ein gunstig verdi, viste han seg å vere forankra i frykt, stigmatisering og ei historie med institusjonalisering. For å skape eit miljø som blir oppfatta som trygt for pasientane, er det viktig med fleksible tilsette som engasjerer seg i den enkelte (Slemon et al., 2017).

Det er ikkje berre pasientane som har behov for å kjenne seg trygge på avdelinga. Fleire studiar peikar på at personalet også kan kjenne seg utrygge, og frykt hos personalet kan hemme personalets evne til å skape gode relasjonar til pasientane (Barnicot et al., 2017; Blacker, Kurtz, & Goodwin, 2017; Gilbert, Rose, & Slade, 2008; Looi Rpn, Gabrielsson, Savenstedt, & Zingmark, 2014; Slemon et al., 2017). Dei av deltakarane i vår studie som reagerte på tryggleikstiltaka, følte at dersom dei tok til motmæle mot personalet, blei tiltaka berre strengare og strengare (Eldal, Veseth, et al., 2019). I slike situasjonar reagerte enkelte med å trekke seg tilbake eller med å bli sinte og frustrerte. Andre reagerte med å kjenne seg audmjuka og makteslause. Det at eit miljø som er konstruert for tryggleik, kan gi menneske med psykiske lidingar ubehag og ei kjensle av å bli møtt på ein stigmatiserande måte, finn vi også i andre studiar (Molin et al., 2016). Dei fleste deltakarane syntest likevel at reglane og tiltaka på avdelinga var rimelege, og fann seg godt til rette ved institusjonen.

Dei tiltaka som skal trygge pasientane, kan også vere med på å umyndiggjere dei. Tiltak som blir sette i verk for at pasientar skal kjenne seg trygge, kan komme i konflikt med retten til privatliv og til medverknad, og kan blant anna føre til at pasientane blir irriterte og frustrerte.

## 5.4 Kva prosessar på sengepost kan hindre betring?

Vi har no sett på kva det vil seie å vere eit heilt menneske, miljøet på avdelinga og motsetningsfylte forventingar. I den vidare diskusjonen vil eg gå nærmare inn på prosessar på sengepost som kan hindre betring.

### 5.4.1 Manglande medverknad

Recovery handlar om å få høve til å ta eigne val – av og til kloke, andre gonger ukloke. Deegan (2005) framhevar at recovery handlar om å forstå at personar som har ei psykisk lidning, er menneske som kan snakke for seg sjølv, og at dei har ei stemme som dei kan lære å bruke. Dei har rett til å bli høyrte og lytta til, og til å medverke. I staden for å vere passive tilskodarar eller mottakarar kan dei bli ekspertar på sitt eige liv og si eiga betring. Alle må få sjansen til å finne ut kva som verkar for dei, og dei må få lov til å gjere feil, fleire gonger. Helsearbeidarane si rolle blir å tole sjå på at personen risikerer å gjere feil, og vere der som ei støtte (Deegan, 2005). Ved å anerkjenne eit anna menneske som eit heilt menneske må ein også anerkjenne at vedkommande kan ta val som eksperten er ueinig i. Det å fokusere på medverknad handlar om å myndiggjere personar med psykiske lidningar, slik at dei kan finne og øve opp si eiga stemme både i si eiga behandling og i sitt eige liv (Tanaka & Davidson, 2017). Menneske som kjenner seg makteslause, kan føle at det dei seier, ikkje betyr noko. Helsearbeidarar kan dele makt ved å gi informasjon. Sjukepleiarar har posisjon og makt til å kontrollere kva informasjon pasientane får, medan pasientane er avhengige av å få informasjon og støtte/hjelp frå andre (Gabrielsson, Looi, Zingmark, & Savenstedt, 2014). At pasientar med psykiske lidningar får god informasjon om lidinga og aktuell behandling, kan vere viktig for sjølvkjensla deira og bidra til / styrke meistring (Deegan, 2005).

Mancini et al. (2005) har funne at tvang, biverknader av medisinar samt eit paternalistisk, likegyldig eller dømmande personale kunne vere til hinder for recovery. Waldemar et al. (2016) har gjort ein litteraturgjennomgang om recovery-orienterte praksisar på sengepost og blant anna funne skildringar av dårleg kommunikasjon samt mangel på samarbeid og pasientinvolvering mellom pasientar og tilsette. Dette er interessante funn. I vår studie såg vi òg manglande brukarmedverknad, men det tankevekkande er at det kunne sjå ut til at deltakarane ikkje var klar over at dei kunne medverke. Dei var ikkje klar over at deira stemme var viktig og verd å lytte til. Om det betyr at deltakarane ikkje visste kva medverknad var, eller at dei ikkje fekk moglegheit til å medverke, kan vi ut frå vår studie

ikkje seie noko om. I Waldemar et al. (2016) sin litteraturgjennomgang var eit av helsearbeidarane sine argument for å ikkje involvere brukarar at dei ikkje ville overvelde pasientane med for mykje snakk om omsorgsplanar. Helsearbeidarane bestemte kva informasjon pasientane skulle få, og dermed tok dei vekk brukaranes moglegheit til å medverke. For å kunne ta avgjersler om seg sjølv og si eiga helse må ein ha kunnskap og informasjon. Utan informasjon er det vanskeleg for pasientane å medverke. Pasienten kan då opplevast som lite engasjert og/eller ute av stand til å medverke i eiga behandling (Deegan, 2005). I ein litteraturgjennomgang undersøkte ein om det at personane sjølv hadde hatt medverknad når det gjaldt å bestemme over eige tenestetilbod, hadde noko å seie for om dei nytta seg av tilbodet (Davidson, Roe, et al., 2012). Eit av hovudfunna var at når pasientar fekk ulike val om eige omsorgstilbod, var det større sannsyn for at dei engasjerte seg i behandlinga. Dei fann at pasientane då var meir villige til å prøve ut ulike tiltak, og at dei hadde større sjanse til å lukkast.

I ein observasjonsstudie som såg på avdelingskulturar innanfor psykisk helsevern, fann ein at helsearbeidarane viste usikkerheit når det gjaldt ansvarsfordeling, rollefordeling og medverknadsprosessar (Blacker et al., 2017). Jacob, Munro, Taylor og Griffiths (2017) har gjort ein litteraturgjennomgang om recovery innan psykisk helsevern og funne at det var ulike haldningar til recovery blant brukarar og helsepersonell. Helsepersonell hadde i liten grad kunnskap om kva recovery var. For å få til ei handlings-/kulturendring der helsepersonell samarbeider med brukarar, treng helsepersonellet å auke kunnskapen om recovery. Ein må difor satse på utdanning av helsepersonell. Behovet for ei kulturendring, samt for å auke kunnskapen om brukarmedverknad og recovery hos helsepersonell, blir framheva av fleire (Gabrielsson, Savenstedt, & Zingmark, 2015; Joergensen & Praestegaard, 2018; Kortteisto T & Laitila M; Looi Rpn et al., 2014; McKenna et al., 2014; Pals & Hempler, 2018; Storm & Edwards, 2013).

Viss ein fokuserer på å auke kunnskapen om medverknadsprosessar, skjer det endringar. (Bennetts, Cross, & Bloomer, 2011; Byrne, Stratford, & Davidson, 2018). Brukarmedverknad kan vere vanskeleg å få til, fordi det utfordrar maktbalansen mellom brukarar og profesjonelle, men kjennskap til brukarmedverknad og lang arbeidserfaring ser ut til å redusere motstanden mot brukarmedverknad (Rise et al., 2013). Davidson et al. (2016) hevdar at ein nøkkel til recovery er at helsearbeidarane støttar pasientens eigne

forsøk på betring, og at dei anerkjenner at pasientautonomi er eit kjerneelement. Eit anna verkemiddel kan vere å rekruttere menneske med eigenerfaring til leiande stillingar (Byrne et al., 2018). Sjølv om fleire studiar peikar på at det er utfordringar ved recovery-orientering og brukarmedverknad, ser ein også at ein ved å auke kunnskapen og fokusere på brukarmedverknad vil oppnå høgare grad av brukarinvolvering. I ein tidlegare omtalt studie av Rise og Steinsbekk (2016), der dei implementerte ein utviklingsplan for å auke brukarane si deltaking innanfor psykisk helsevern, fann dei at brukarmedverknad kan aukast, men at det tek tid.

Den biomedisinske diskursen har vore dominerande innanfor psykisk helsevern, men vi ser no ei dreining mot ei meir humanistisk tilnærming. Bennetts et al. (2011) hevdar at paternalistiske haldingar er til hinder for brukarmedverknad og er meir dominante på sengepost enn dei er i kommunehelsetenesta. Dette synet får støtte frå Joergensen og Praestegaard (2018), som har gjort ein diskursanalyse av brukarmedverknad innanfor psykisk helsevern i Danmark. Dei fann at det blei lagt meir vekt på den biomedisinske og paternalistiske diskursen enn på den etiske. Sjukepleiarane sjonglerer mellom ein standardisert struktur, biomedisinske termar og krevjande pasientmøte og årsaksforklaringar når dei noterer observasjonar og vurderingar. I studien fann Joergensen og Praestegaard (2018) at sjukepleiarar jobbar for å møte den enkelte pasient på individnivå, men prøver å skjule dette. Dette kan tyde på usikkerheit på framgangsmåten, og på om brukarmedverknad er det rette innanfor psykisk helsevern. Pilgrim (2018) stiller spørsmål om det er mogleg å skape ei helseteneste som er både vennleg og effektiv, innanfor psykisk helsevern. I seinare år ser vi at det har komme ulike alternativ til den biomedisinske tankegangen, og vi ser auka grad av brukarinvolvering i utvikling av nye tenester og rammeverk. Eit døme er studien til Bacha, Hanley og Winter (2019), som hevdar at innanfor psykisk helsevern må ein endre fokus, slik at det blir meir omsorg og mindre kontroll. Personalet bør regelmessig reflektere over makt, tryggleik og identitet med mål om å auke kvaliteten på helsetenesta, og dermed skape ei meir humanistisk tilnærming til behandling i psykisk helsevern. Eit anna døme er Johnstone et al. (2018), som hevdar at i staden for å fokusere på kva som er gale med ein person, kan ein sette søkelyset på kva vedkommande har opplevd i livet. Forfattarane har utvikla eit rammeverk (The Power Treat Meaning Framework) med verktøy for å identifisere mønster i kjenslemessig stress, uvanlege

erfaringar og uroleg oppførsel. Dette er eit forsøk på å finne alternativ til diagnosemodellen innanfor psykisk helsevern.

Medverknad blir presentert som noko alle vil ha – ikkje som ei moglegheit, men som ein rett og ei plikt. Ifølgje Joergensen og Praestegaard (2018) er det lite refleksjon rundt erfaringane med at menneske med psykiske lidningar kan vere for sjuke til å medverke. Har dei kapasitet til noko anna enn å halde ut lidningane, kjempe mot symptom og halde seg i live? I vår studie fann vi at det av og til er godt å bli verna og passa på når ein er i ein sårbar fase. Spørsmålet blir om behovet for tryggleik og hjelp frå andre kan foreinast med retten til og kravet om medverknad. I alle artiklane i vår studie (Eldal, Natvik, Veseth, Davidson, & Moltu, 2019; Eldal, Natvik, Veseth, Davidson, Skjolberg, et al., 2019; Eldal, Veseth, et al., 2019) kjem det tydeleg fram at måten ein blir møtt på, er ein avgjerande faktor for korleis ein kjenner seg som person, og dermed kva som fremmar betring ved inneliggande behandling. Sjølv om ein person kan vere for sjuk til å delta aktivt, er det viktig at helsearbeidarar likevel inviterer pasienten til brukarmedverknad ved å spørje pasienten i staden for å anta at dei veit svaret. Deltakarar sakna at personalet spurde dei og var nysgjerrige på korleis dei ville ha det. Det ser ut til at det ofte blir teke for gitt at ein veit kva pasienten treng, og kva som er pasientens beste. Av og til kan det kanskje vere godt for pasientane at andre tek ansvar, spesielt når dei er på sitt mest sårbare, men det er viktig at pasientane heile tida får moglegheit til å bli involverte når dei er klare for det. Dette krev at relasjonen er prega av tillit, og at helsearbeidarane spør pasientane kva dei treng, og evnar å støtte pasientane på ein slik måte at dei klarer å medverke når dei er klare for det.

Davidson (2012) argumenterer for at recovery-orienterte praksisar ikkje står i motsetning til at helsepersonell må ta over styringa for pasienten i akutte situasjonar. Ifølgje Davidson (2012) må helsepersonell av og til nytte tvang i akutte situasjonar anten for pasientens tryggleik, for samfunnets tryggleik eller begge delar. Vidare hevdar han at sjølv om slike intervensjonar av og til er nødvendige, kan dei gjennomførast på ein respektfull måte, slik at pasienten beheld verdigheita si. I vår studie har vi ikkje sett på tvang, og diskusjonen skal ikkje omhandle tvang, men prinsippet om respekt for og anerkjenning av den andre vil gjelde i alle situasjonar, og spesielt innanfor eit fagfelt der det er glidande overgangar mellom bruk og fråvær av tvang.

Som tidlegare nemnt tek helsearbeidarar avgjersler og bestemmer kva informasjon som er overveldande for pasienten (Waldemar et al., 2016). Mange vil nok påstå at det å ta slike avgjersler høyrer til det å vere fagekspert (Davidson et al., 2006). Dersom vi snur litt på dette, kan ein også tenke at i staden for å beskytte pasienten kan dette tvert imot bidra til å svekke pasientens autonomi og rett til å medverke. I eit recovery-perspektiv ville pasienten sjølv bestemt om informasjonen er for overveldande. Det kan godt tenkast at pasienten ville syntest det blei for mykje, men då ville i alle fall pasienten fått medverke ved å seie at dette må de ta stilling til, dette er for mykje for meg no. Det å overbeskytte pasientane på ein slik velmeinande måte kan difor vere med på å oppretthalde både skam og stigma hos denne pasientgruppa (Davidson, 2006). Betring handlar om levde liv, om å finne måtar å handtere plagene sine på. Dermed vil ikkje helsepersonell kunne bestemme kva som er rett for den enkelte (Veseth, 2014).

Manglande medverknad, manglande relasjonar, ulik maktbalanse, tvang eller trussel om tvang kan saman med ei for dominant biomedisinsk tilnærming vere til hinder for betring ved ei innlegging.

#### 5.4.2 Skam

Skamma kan vere sunn så lenge ho vernar oss og andre mot krenkingar, men ho blir usunn når vernet blir så sterkt at vi vender oss vekk frå fellesskapet. Skambasert tilbaketrekking frå menneskelege fellesskap kan ha alvorlege konsekvensar og er for mange knytt til aukande bruk av medisinar og rusmiddel, og dermed til ein vond spiral (Farstad, 2016).

Sårbarheitsskam handlar om at vi er sårbare og avhengige menneske, at vi er avhengige av kjærleik, fellesskap, stadfesting og tilhøyrse. Denne forma for skam kan til ein viss grad knytast til erfaringane med å vere eit subjekt. Det kan også handle om å ikkje leve opp til ideala, eller om å skape rettkomen eller urettkomen skuffelse hos seg sjølv eller andre, noko som kan påverke sjølvbildet og sosiale relasjonar (Farstad, 2016). Denne forma for skam synest å vere spesielt knytt til funna i denne avhandlinga. Fleire av deltakarane delte ei erfaring og ei historie om at skam hadde hindra dei i å danne relasjonar med andre. I ei innlegging kan måtane ein blir møtt på, gjere skamkjensla mindre eller bidra til å forsterke eller auke ho. Brown og Windt-Val (2016) hevdar at det å forstå skam og å akseptere si eiga sårbarheit er nøkkelen til å leve heilhjarta. Vidare hevdar dei at nokre menneske kan utvikle



motstandsdyktigheit mot skam, og at det gjeld å kjenne att skamma og forstå kva som utløyer ho. Det handlar om å eige si historie, dele si historie, erfare å bli møtt med empati og til sist snakke om skamma. Ifølge Brown og Windt-Val (2016) er vi i dagens kultur alle utsette for å kjenne på skam. Det kan føre til at vi internaliserer ei stemme som vi trur på. Vi blir aldri nok – aldri bra nok, aldri pene nok, aldri flinke nok og så bortetter. Dei personane som treng ei innlegging i psykisk helsevern, lever også eit liv utanfor institusjonen. Der er dei ein del av samfunnet, og dei forventingane som vi alle møter, angår også dei.

Skam er tett samanvove med stigma og stigmatisering. Den skamma som veks fram som svar på andre menneske si stigmatisering, er ei sterk skamkjensle. Stigma blir brukt om eit ikkje-ønskt kjenneteikn som skaper utestenging frå fellesskapet. Stigma kan knytast til feil, manglar, funksjonshemming, utsjånad, sjukdom, hudfarge, kjønn, sosial klasse eller seksuell legning (Corrigan, Druss, & Perlick, 2014; Corrigan, Powell, & Rusch, 2012; Farstad, 2016). Stigmatisering er dehumaniserande, og sjølv om det er fleire og gode førebilde som står fram og fortel om psykiske utfordringar og sjukdom, er det knytt meir skam til å ha ei psykisk lidning enn til å ha ein fysisk sjukdom (Farstad, 2016). Stigma er også ei direkte årsak til at menneske med psykiske lidningar ikkje tek kontakt med helsetenestene (Corrigan et al., 2014).

Våre deltakarar opplevde ulike former for skam, og fleire kjende seg stigmatiserte. Fleire av deltakarane gav uttrykk for å vere skamfulle over å vere innlagde på avdelinga og ville ikkje bli sett saman med medpasientar, noko som hindra dei i å vere med på fellesaktivitetar utanfor avdelinga. Slike fellesaktivitetar er meinte å vere terapeutiske tiltak (Olkowska & Landmark, 2016; Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Aktivitetar som å gå tur kan vere med på å normalisere kvardagen på avdelinga, som elles er ein unaturleg situasjon. Fleire av våre deltakarar sa derimot at slike fellesaktivitetar kunne få dei til å føle seg enda meir stigmatiserte og enda meir unormale. For andre deltakarar var fellesaktivitetane til stor hjelp. Aktivitetane fekk tida til å gå og hjelpte dei med å samle tankane om andre ting enn eigen sjukdom.

At menneske med psykiske lidningar blir stigmatiserte av andre, er kjent (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rusch, 2012). Det er også kjent at dei stigmatiserer seg sjølv (Corrigan & Rao, 2012). Å kjenne seg stigmatisert kan også føre til at ein skammar seg (Jones & Crossley, 2008). Slike mekanismar kan forklare kvifor fleire av deltakarane trekte seg

tilbake. Dette blir støtta av studiar som viser at stigmatisering også kan føre til at ein underrapporterer at ein har ei psykisk lidning (Bharadwaj, Pai, & Suziedelyte, 2017; Corrigan et al., 2014; Vuokila-Oikkonen, Janhonen, & Nikkonen, 2002). Andre forskarar hevdar at byrda med å kjenne seg stigmatisert kan vere verre enn det å ha ei psykisk lidning i seg sjølv (Abiri, Oakley, Hitchcock, & Hall, 2016; Thornicroft et al., 2016), og at det for mange fører til isolasjon og dårleg sjølvkjensle (Abiri et al., 2016). Det er forska mykje på skam og psykisk lidning, og det er kjent at mange med psykiske lidningar lir under både skam og stigmatisering.

Larkings, Brown og Scholz (2017) fann at menneske med psykiske lidningar hadde ein tendens til å tru at folk omkring dei trudde at dei psykiske helseutfordringane deira kom av at dei var svake, eller at dei hadde gjort dårlege val. Å leve med psykiske lidningar og sjølvstigma kan føre til sjølvhat, låg sjølvkjensle og mangel på sjølvtilitt. Desse kjenslene kjem i tillegg til andre sitt syn på dei (Leeming & Boyle, 2013). Slike kjensler kan vere øydeleggande for eit terapeutisk behandlingstilgjeld (Billingsley & Corey, 2018). Det å vere skamfull over å ha ei psykisk lidning ser ut til å vere ei vond og vanleg kjensle – ei tilleggsbyrde. Å få snakke om erfaringar som skam og stigma kan hjelpe (Brown & Windt-Val, 2016). Ein studie som er basert på videoopptak av samtaler i samarbeidsmøte på ein sengepost, fann at når pasientane snakka om ei erfaring med skam, reagerte helsepersonellet anten med å ikkje svare eller med å skifte diskusjonstema og stille spørsmål om dagleglivet til pasienten (Vuokila-Oikkonen et al., 2002). Helsepersonell er på si side i ei ekspertstilling som kanskje ikkje er optimal med tanke på dialog med pasientane (Hansen et al., 2019). Brown og Windt-Val (2016) er samde i at det å snakke om skam er krevjande, men meiner at det er farleg å vere taus om skam. Dette synet får støtte frå Farstad (2016), som seier at det er vanskeleg å snakke om skam, men at om ein er taus, kan det forsterke skamma og dermed også forsterke isolasjon og einsemd. Dess mindre vi snakkar om skam, dess meir opplever vi ho. Skamma blir mindre om vi snakkar om ho (Thornicroft et al., 2016).

Som vi ser, er ulike kjensler av skam og stigmatisering av psykisk lidning til hinder for å kunne ta del i ulike miljøtiltak som kan fremme betring. Det å snakke om skam og ta desse kjenslene på alvor ser ut til å vere ein veg å gå i nokre tilfelle. Dette stiller krav til at både helsepersonell og pasientar er sensitive for sin eigen situasjon, og torer å ta opp ting. Dette er krevjande for både helsepersonell og pasientar.

## 5.5 Betring – ein sosial prosess?

Vi kan ha våre beste stunder når vi er åleine. Å vere åleine er ikkje det same som å vere einsam. Svendsen (2015) hevdar at einsemd fortel noko viktig om oss sjølv og vår plass i verda, og at det å vere einsam er eit allmennmenneskeleg fenomen. Likevel viser det seg at for mange er einsemd eit helseproblem som gir auka risiko for psykiske og fysiske lidingar (Beutel et al., 2017; Mushtaq, Shoib, Shah, & Mushtaq, 2014). For dei som blir ramma, kan einsemd vere eit alvorleg problem som kan få konsekvensar for livskvaliteten, og såleis også for den fysiske og mentale helsa. Å snakke om einsemd kan vere vanskeleg, fordi det er skambelagt (Svendsen, 2015). Det viser seg også at dei som er einsame, har eit høgare forbruk av helsetenester (Geller, Janson, McGovern, & Valadini, 1999), og at einsemd er ei direkte årsak til død (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015). I vår studie kom det tydeleg fram at fleire av deltakarane var einsame, noko som blir løfta fram i den tredje artikkelen (Eldal, Natvik, Veseth, Davidson, & Moltu, 2019). Fleire av deltakarane gav tydeleg uttrykk for at dei kjende seg åleine, og at dei lengta etter eit meir sosialt liv og etter noko å fylla dagane med. Behovet for sosial kontakt blei for fleire av deltakarane dekt når dei var innlagde. Nokre framheva at dei fann det vanskeleg å vere i fellesarealet på avdelinga saman med menneske som dei ikkje kjende noko fellesskap med, og at det å bli tvungen til å vere i eit fellesskap som ein ikkje ville ta del i, auka kjensla av å vere einsam og utanfor.

Nilsson (2007) har gjort serielle intervju med åtte menneske med alvorlege psykiske lidingar over eit år. Ho gjorde fem intervju med kvar deltakar, i deira eigen heim. Fellestrekk var at alle hadde kjent på djupneeinsemda vi alle har i oss, og at dei hadde gjort det tidleg. Deltakarane var spesielt sensitive og hadde eit stort hjelpeapparat rundt seg. Nilson fann at hjelpeapparatet var dårleg koordinert. Deltakarane erfarte at hjelparane berre kom innom, ingen av hjelparane hadde snakka med deltakarane om einsemd, og deltakarane gav uttrykk for at dei hadde behov for nokon som lytta. Det er mange likskapar mellom funna i denne studien, og det som vi fann hos våre deltakarar. Hjelpeapparatet er til stades, men likevel klarer dei ikkje å hjelpe deltakarane med det som dei treng hjelp til. Ein deltakar i vår studie hadde spurt hjelpetenesta i kommunen om ho kunne å få ein støttekontakt, ein som kunne vere der som ei støtte, slik at ho kom seg litt ut av huset. Dette blei avfeia, og argumentet var at ho kunne vore støttekontakt sjølv. Mi tolking er at denne kvinna fortalde om sitt behov, men ikkje blei lytta til. Kanskje ville den som jobba i kommunen, gi ho ei oppmuntring

ved å seie at ho/han såg at kvinna var ressurssterk. For kvinna var svaret ei tydeleg avvising som førte til at ho bestemte seg for å ikkje be om hjelp fleire gonger.

Granerud og Severinsson (2006) har gjort fokusgruppeintervju med menneske med psykiske lidningar for å finne ut korleis dei erfarte si tilknytning til samfunnet. I denne studien fann dei at deltakarane kjende på skam, var einsame og følte at dagane gjekk seint, og dei var redde for å bli ekskluderte. Deltakarane i vår studie kjempa for likeverd, og nokre hadde problem med å finne arbeid. Utanforskaping, ulikskap og mangel på arbeid førte til at dei følte seg oversette. Fleire av deltakarane gav uttrykk for at dei var åleine fleire timar kvar dag. Sjølv om deltakarane hadde kontakt med familie og venner, førte isolasjon til einsemd. Å leve eit sosialt liv med støttespelarar rundt seg (Hasson-Ohayon, Lerer, Tuval-Mashiach, Shamir, & Roe, 2016; Topor et al., 2006; Veseth, Binder, & Stige, 2017) samt å vere ein del av samfunnet blir framheva som spesielt viktig, og noko som fremmar betring (Ponce & Rowe, 2018; Tanaka & Davidson, 2017; Townley, 2015). Davidson, Stayner, et al. (2001) legg vekt på at samfunnet må inkludere menneske med psykiske lidningar sjølv om dei ikkje er blitt heilt friske att. Dette vil, i tillegg til vanlege behandlingstilbod som innlegging og rehabilitering, også krevje eit samfunnsutviklingsarbeid som toler at ikkje alle er like. I staden for å streve etter at andre skal bli «normale», hevdar Davidson (2016) at det er viktig å støtte menneske med psykiske lidningar til å leve eit liv som er best mogleg for dei. Det kan hende at personen må leve med ein viss grad av symptom/uførheit i mange år, eller at han må leve med problema sine resten av livet.

Å vere i arbeid, eller vere til nytte for andre, var også viktig for deltakarane i vår studie. Nokre prøvde å få seg arbeid etter utskrivning, men erfarte at det å ha ei psykisk lidning var til hinder for å bli vurdert som ein attraktiv arbeidstakar, noko som auka skamkjensla knytt til lidinga. Deltakarane var redde for å bli sjuke igjen og kunne bekymre seg over økonomien. Det var vanskeleg å snakke med venner og familie om dette, fordi dei kjende skam på grunn av situasjonen dei var i. Deltakarane kunne føle seg stigmatiserte av menneske i nærmiljøet og vere redde for at andre skulle snakke om dei og om innlegginga deira. Fleire av deltakarane i vår studie la spesielt vekt på at dei trekte seg tilbake heime hos seg sjølv (Eldal, Natvik, Veseth, Davidson, & Moltu, 2019). Det å ha nokon å dele gleder og sorger med og å føle seg inkludert, nyttig og anerkjend er viktig for alle, og kanskje spesielt i situasjonar der ein kan falle utanfor i samfunn og nærmiljø.

Fleire studiar har vist at menneske med psykiske lidingar kan ta kontrollen over eige liv ved å bruke ressursar både frå innlegging og frå livet på utsida, og leve liv som er gode for dei (Borg & Davidson, 2008; Topor et al., 2014; Topor & Di Girolamo, 2010). Å leve sitt liv ute i samfunnet kan bli sett på som ein måte å behandle og støtte menneske på i deira eige sosiale miljø basert på eigne vurderingar av behov og i ein normal kontekst (Topor, Andersson, Bulow, Stefansson, & Denhov, 2016). Funna våre viste at for deltakarane var det viktig å halde fast ved dagleglivet også når dei var innlagde. Eit døme var ei kvinne som valde å besøke arbeidsplassen sin ein gong i veka for å ete lunsj saman med kollegaene sine. Målet var å halde kontakten med arbeidsplassen og gjere det lettare å komme tilbake i arbeid etter utskrivning. Recovery skjer i ein sosial relasjon til andre og i daglegdagse omgivnader (Davidson, Stayner, et al., 2001; Topor, Borg, Di Girolamo, & Davidson, 2011b). Dess lenger ein person har hatt psykiske utfordringar, dess større er sjansen for at det sosiale nettverket er endra. Venner og familie kan ha blitt erstatta med profesjonelle som er til stades fordi dei skal hjelpe pasienten med hans eller hennar problem. Desse fagpersonane veit lite om personens livshistorie og kompetansar. Personens tidlegare identitet, som var basert på ein relasjon mellom ulike menneske som såg på denne personen som unik, kan ha blitt erstatta med ein relasjon med profesjonelle i psykisk helsevern (Topor et al., 2011b). Dette samsvarer med funn i vår studie. Det å ha familie og/eller nære venner var det som hadde hjulpet mest etter at deltakarane blei utskrivne. At det å ha nære relasjonar til andre fremmar betring, finn vi også i andre studiar. I ein studie gjekk Veseth et al. (2019) nærmare inn på kva relasjonar har å seie for betring, og gjorde individuelle intervju med menneske som hadde erfart å bli betre frå rusavhengigheit. Deltakarane delte erfaringar om at nære relasjonar kan fremme betring, men at nære relasjonar også kan vere eit hinder for betring dersom relasjonen er prega av konflikhtar. Dette tyder på at folk kan fremme betring, men at folk også kan hemme betring, sidan dei kan bidra til både stabilisering og destabilisering.

#### 5.6 Utskriven, kva no?

Det er godt å kjenne seg trygg, og eit av fleire mål med ei innlegging er nettopp det at pasientane skal føle seg trygge (Delaney & Johnson, 2008). I den tredje artikkelen i vår studie (Eldal, Natvik, Veseth, Davidson, & Moltu, 2019) sa fleire av deltakarane at det var ein stor overgang frå å vere på den trygge avdelinga til å bli skriven ut og skulle klare seg sjølv. Det var blanda kjensler knytte til å reise heim. Det var noko dei såg fram til, men også noko dei kvidde seg til. Mange av deltakarane var ved utskrivning leie av å vere innlagde. Fleire av

deltakarane sa dei kjende at dei hadde hatt godt av innlegginga, og at dei hadde fått betre sjølvkjensle. Det var gjennomgåande at dei kom heim med mykje motivasjon, og at dei i starten brukte mykje tid på å halde på rutinane som dei hadde fått innarbeidd medan dei var innlagde, men etter ei tid sklei desse rutinane ut, og dei gjekk tilbake til gamle mønster. Fleire av deltakarane sa at det var vanskeleg å halde på rutinar heime. Livet «der ute» kunne by på utfordringar. Det kunne skuldast at livet var svært hektisk, men også at dei ikkje lenger klarte å utføre kvardagslege gjeremål. I kvalitative studiar kan ein ikkje generalisere, og det kan ha vore tilfeldig at akkurat desse personane valde å snakke med oss. Likevel finn vi teikn på at mange innleggingar kunne ha vore unngått med eit betre tilbod ute i samfunnet (OECD/EU, 2018). Ei av utfordringane i psykisk helsevern er at tenestene er lite koordinerte. Det er manglande samhandling på tvers av tenester og for lite kontinuitet i oppfølging (Andersen, 2018; Regjeringa, 2009b).

Vi veit frå vår studie at mange menneske ønsker eit liv med meir innhald (Eldal, Natvik, Veseth, Davidson, & Moltu, 2019). Likemannsarbeid har av fleire blitt framheva som eit positivt tilskot til den etablerte helsetenesta (Bellamy, Schmutte, & Davidson, 2017; Davidson, Bellamy, Guy, & Miller, 2012; Naslund, Aschbrenner, Marsch, & Bartels, 2016; Sjøfjell & Myhra, 2015). Davidson, Stayner, et al. (2001) hevdar at venskap, gjensidigheit og håp er inkluderingsselement som kan vere eit grunnlag i arbeidet med å bli betre. Prosessen frå å vere mottakar til å vere likemann kan starte på eit grunnleggjande nivå, som å ete saman, gå på kino eller handle saman. Det å sleppe å ete åleine, kunne kjøpe eit bursdagskort eller ha moglegheit til å nyte kald drikke på ein varm dag er eksempel på korleis ein kan komme inn att som medborgar gjennom eit støttande sosialiseringsprogram (Davidson, Stayner, et al., 2001). Vi finn støtte i studiar som viser at tiltak som hjelper menneske med å vere sosiale, er å ha ein betalt venn samt å få litt pengar til å kunne gå på kino, kafé og liknande. Det vil seie å ha nokon som hjelper deg med små daglege gjeremål, nokon du kan prate med, og nokon som kan vere med og støtte deg slik at du kjem deg ut i samfunnet (Davidson, Haglund, et al., 2001; Davidson et al., 2004).

Diskusjonen over viser at vi framleis har ein veg å gå før vi har etablert ei helseteneste der pasientane kan ta i bruk det dei lærer gjennom ei innlegging, i livet utanfor institusjonen. Det kan sjå ut til at fleire treng støtte også etter utskrivning. Her kan likemannsarbeid og bufellesskap vere gode tiltak.

## 5.7 Implikasjonar for praksis

Funna i vår studie syner at nokre personar opplever ei innlegging som eit riktig og viktig tiltak, og at ei innlegging kan vere til hjelp i ein betringssprosess. Vi ser også at det er nokre utfordringar ved innleggingar. Sjølv om mange kjenner seg sett, lytta til og møtt, er det å sjå den enkelte og den enkeltes utfordringar eit haldningsarbeid som må fortsette (Eldal, Natvik, Veseth, Davidson, Skjolberg, et al., 2019). Vidare kjenner mange av dei som er innlagde, på både skam og stigma (Eldal, Veseth, et al., 2019). Det kan også sjå ut til at ein ikkje lukkast godt nok med å styrke alle pasientanes eigne ressursar medan dei er innlagde (Eldal, Natvik, Veseth, Davidson, & Moltu, 2019). På bakgrunn av diskusjonen om erfaringar med å vere innlagd er det nokre område som ser ut til å vere spesielt viktige:

For å styrke sjølvkjensla og «det friske i pasienten» har mange framheva viktigeita av å bli sett som eit heilt menneske. Dette kan vere eit tenleg fokus i utdanning og i klinisk praksis. Miljøtiltak som aktivitetar og husreglar kan fremme betring for enkelte, medan dei for andre kan vere til hinder for betring. Dette kan peike på at ein i praksis må legge vekt på individuelle behov. For å få til det kan ein sette søkelyset på dette i utdanningane. På bakgrunn av funna ser vi eit behov for å auke fokus på medverknad, slik at kvar enkelt pasient får medverke i sitt eige behandlingstilbod. Dette føreset at vi jobbar for at helsetenestene skal gi pasientane relevant informasjon, noko som også får støtte frå Davidson et al. (2009).

Det er behov for meir openheit. Sjukepleiarar bør tore å snakke med pasientane om det som opptar pasientane. Openheit og samtaler kan for mange føre til mindre skamkjensle og mindre einsemd (Brown & Windt-Val, 2016; Seikkula, 2011). Dette fokuset kan styrkast gjennom å gi grundigare opplæring i og reflektere over autentisk samtale, slik at sjukepleiarane blir tryggare i møte med pasientane. For å minske einsemd kan ein saman med pasienten ha dette som utforskingstema og legge ein plan for korleis ein kan redusere einsemda heime (Topor et al., 2016). Det kan vi gjere gjennom å kartlegge pasientens psykososiale miljø og eventuelle sagn i dette.

Erfaringane som vi har gjort oss gjennom dette arbeidet, viser, støttar og argumenterer for å auke fokus på likemannsarbeid. Dette kan vi oppnå ved å tilsette erfaringsmedarbeidarar i og utanfor institusjonen. For at overgangen frå å vere innlagd til å

vere utskreven skal bli lettare, kan dei som ønsker det, ha ein person som følger dei heile vegen, til dømes ein likemann (Bellamy et al., 2017; Naslund et al., 2016). Dette arbeidet kan styrke overgangane og i tillegg vere med på å sysselsette menneske som elles fell utanfor i arbeidslivet (Davidson, Haglund, et al., 2001). I tillegg treng vi meir fokus på og kunnskap om makt og ulikskapar, og vi må arbeide for å utjamne helseskilnader. Dette kan vi gjere ved å sette søkelyset på desse tinga i utdanningane.

Kunnskapen som vi har erverva gjennom denne avhandlinga, kan vi bruke til å forbetre helsetenestene. Det ser ut til å vere spesielt viktig å auke kompetansen hos både tilsette og pasientar om kva medverknad og recovery-orienterte tenester inneber (Bennetts et al., 2011; Jacob et al., 2017; Joergensen & Praestegaard, 2018; Rise & Steinsbekk, 2016). Dette kan vi blant anna gjere ved å tilsette menneske med eigenerfaring i alle ledd i helsetenesta. Ved å ha fokus på dette i utdanningane vil vi i framtida møte sjukepleiarar som har det som ein integrert del av sin sjukepleiaridentitet.

## 5.8 Styrkar og svakheiter ved studien

Heilt frå starten var dette forskingsprosjektet tenkt som eit brukarinvolvert forskingsprosjekt. Dersom eg hadde valt ei anna tilnærming, ville vi fått andre svar (Malterud, 2017), og med andre forskarar og medforskarar ville resultatane blitt annleis. Min ståstad har påverka kva forskning eg les, kva forskning eg har valt å diskutere opp mot, og korleis eg vel å skrive og argumentere (Finlay & Gough, 2003). Det at eg har blitt så godt kjend med medforskarane, og at vi har hatt regelmessige møte gjennom fire år, vil også ha noko å seie for korleis eg ser både på samarbeidsforskning og på menneske som har ei psykisk lidning. Dette har påverka meg i analysearbeidet – kva tema eg har valt å gå vidare med, og kva tema som ikkje har fått så stor plass. Eg valde ut tema til analysesmøta, det vil seie at eg på førehand tok eit val om kva dei andre fekk lese, og dermed kva dei fekk moglegheit til å diskutere ut frå. To av medlemmene i gruppa las gjennom dei 14 første intervjuane. Dermed kunne dei komme med innspel til tema dersom det var tema dei meinte eg hadde oversett.

Eg var hovudforfattar på dei tre artiklane i avhandlinga. MFE-ane Åse Skjølberg og Dorte Gytri medverka i større grad enn resten av gruppa, fordi dei både var med på intervju og deltok saman med resten av gruppa i analysearbeidet. I arbeidet med artiklane var det MFF-ane som hadde den største rolla. Skjølberg og Gytri las gjennom og kommenterte



innhaldet i dei to første artiklane. Spesielt i funndelen var dette nyttig, då dei hadde vore med på både intervju og analyse og kunne seie om dei kjende att deltakarane si stemme i artiklane. Når det gjaldt dei andre delane av artikkelarbeidet, blei det vanskelegare for dei å gi innspel på grunn av krav til forskingsartiklar (Happell, Gordon, Bocking, Ellis, Roper, Liggins, Platania-Phung, et al., 2018). Her var det MFF-ane sin kompetanse som var vesentleg for å kunne framstille funna i artikkelform etter akademiske normer og reglar.

Mi manglande erfaring med å jobbe innanfor psykisk helsevern har hatt både positive og negative sider. Eg har kanskje fått auge på ting og undra meg over ting som for andre var opplagde, men manglande kunnskap kan også ha ført til at det var ting eg ikkje heilt forstod eller fekk auge på. I starten var eg blant anna veldig overraska over at alle snakka om historia innanfor psykisk helsevern, og kva ho hadde å seie for dagens behandling. Etter kvart som eg har blitt betre kjend med fagfeltet, ser eg at denne historia er med på å påverke dagens behandlingstilbod. Eg har tidvis følt på at det å ikkje ha eigenerfaring med å jobbe i eller vere pasient i psykisk helsevern førte til at eg ikkje hadde god nok oversikt over fagfeltet. På same tid har det kanskje ført til at fokuset i denne studien er på eigenerfaringa til dei som har opplevd å vere innlagde i psykisk helsevern.

Vi veit ikkje alt om kvifor deltakarane ville delta i studien, men nokre av dei hadde ein tydeleg agenda. Nokre ville vere med for å auke kunnskapen om innlegging og vise at ei innlegging kan hjelpe. Andre var med fordi dei ville ha fokus på det som ikkje fungerte innanfor psykisk helsevern. Atter andre var med fordi deltakinga i studien var eit avbrekk i kvardagen på avdelinga. Vi kan tenke at dei som valde å vere med, gjorde dette fordi dei hadde ei spesiell interesse av å bidra med sine erfaringar. Medforskarane i denne studien blei med fordi dei ønsker å påverke framtidens helseteneste, og fordi dei har opplevd å bli møtt av ei helseteneste som dei meiner har forbettringspotensial.

I dette prosjektet hadde alle tre MFF-ane tru på denne måten å jobbe på, og dei var opne og nysgjerrige på arbeidsforma. To av dei hadde i tillegg erfaring med slike prosjekt frå før. Dette førte til at prosjektet fekk vere opent, og at MFF-ane tolte å stå i usikkerheita om kva prosjektet ville føre til. Dette var til tider krevjande, fordi det utfordra den akademiske tankegangen (Locock et al., 2019; Staley & Barron, 2019; Telford & Faulkner, 2009). I tillegg utfordra det systema for forskning, til dømes REK-søknaden, som i utgangspunktet trengte ein grundig plan for korleis ting skulle gjennomførast. Her måtte vi argumentere for kvifor vi

ikkje kunne ha ein detaljert plan for studiedesign, då vi skulle søke om å få prosjektet godkjent.

Funna har overføringsverdi ut over studien og er relevante for dei som arbeider innanfor liknande kontekstar, men dei vil også kunne bli lesne av dei som nyttar tenestene. Overføringsverdien heng saman med korleis kunnskapen blir teken imot og (eventuelt) omsett / teken i bruk av dei det gjeld, og vil vise seg over tid (Andenæs, 2000). Funna vil kunne bli brukte for å reflektere over og for å skape betre helsetenester innanfor psykisk helsevern i Noreg. Helsetenestene i Noreg er annleis oppbygde enn i mange andre land. Dette gjer at dei av funna som omhandlar system, ikkje nødvendigvis kan overførast til eit anna land og ein annan kontekst. Likevel er dei funna som omhandlar relasjonar mellom menneske, i stor grad relevante på tvers av landegrenser.

## 6 Implikasjonar for forskning

Gjennomføringa av dette forskingsprosjektet opna også opp for nye spørsmål. Eg vil spesielt trekke fram tre ting:

1. Det verka som at deltakarane ikkje visste at dei kunne medverke, og korleis det var forventa at dei kunne medverke. Betyr det at pasientar ikkje har fått sjansen, eller betyr det at dei ikkje vil medverke? Det synest nødvendig å utforske dette nærmare.
2. Eit anna forskingsområde som har utpeika seg, er korleis ein kan legge til rette for og utvikle ei helseteneste som i større grad hjelper pasienten til å vareta og auke viljen og evna til å meistre eigen kvardag der dei bur, med eller utan symptom på sjukdommen.
3. Det at så mange av deltakarane kjende seg einsame, er også eit område som treng å undersøkast meir. Kva er det menneske med psykiske lidingar treng og ønsker når dei er heime hos seg sjølv? Korleis kan vi legge til rette for at dei får ein betre kvardag der dei bur?

Forskinga har også gitt meir kunnskap om det å forske saman med menneske med eigenerfaring på eit metodisk nivå. Denne kunnskapen kan bli brukt i nye forskingsprosjekt. Sjølv om vi no har litt erfaring med denne måten å forske på, er vi framleis i startgropa. Tre erfaringspunkt frå dette prosjektet synest særleg relevante:

1. Vi må fortsette å fokusere på å forske saman med menneske med eigenerfaring. Dette gjer at forkinga har relevans for dei det gjeld. Vi manglar framleis kunnskap, og metodane må vidareutviklast. Vi må blant anna sjå på kva vi kan lære av slike prosjekt.
2. Vi må fokusere på at vi i kvart forskingsprosjekt vurderer om det er tenleg med involvering i forkinga, og kor/når i forskingsprosessen det i så fall er tenleg. Dette gjer vi ved å tore å snakke om desse tinga og avklare forventingar og roller tidleg i prosessen, men også ta det opp att seinare i prosessen.
3. Dersom medforskning berre skjer på papiret, vil det kunne skade denne forkinga i staden for å utvikle ho. Vi manglar kunnskap om og erfaring med korleis vi praktisk kan gjennomføre dette på ein slik måte at alle partar kjenner seg varetekne,

respekterte og forståtte. På same tid må vi ha fokus på at forskinga skal vere av høg kvalitet, relevant og nyttig.

Vi kan ta med oss desse erfaringane inn i nye prosjekt for å vidareutvikle metoden. Sjølv om det er krevjande for alle som vel å involvere seg i slike prosjekt, må vi tore å prøve og feile og på den måten tileigne oss ny kunnskap.

## 7 Litteraturliste

- Abiri, S., Oakley, L. D., Hitchcock, M. E., & Hall, A. (2016). Stigma Related Avoidance in People Living with Severe Mental Illness (SMI): Findings of an Integrative Review. *Community Mental Health Journal, 52*(3), 251-261. doi:10.1007/s10597-015-9957-2
- Abma, T., Banks, S., Cook, T., Dias, S., Madsen, W., Springett, J., & Writght, M. (2019). *Participatory Research for Health and Social Well-Being*. In. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-319-93191-3
- Andenæs, A. (2000). Generalisering. Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkels. In H. Haavind (Ed.), *Kjønn og fortolkende metode: Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Andersen, A. J. W. (2018). *Psykisk helsearbeid : en gang til*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23. doi:10.1037/h0095655
- Bacha, K., Hanley, T., & Winter, L. A. (2019). 'Like a human being, I was an equal, I wasn't just a patient': Service users' perspectives on their experiences of relationships with staff in mental health services. *Psychology and Psychotherapy Theory, Research and Practice, 0*(0). doi:10.1111/papt.12218
- Barnicot, K., Insua-Summerhayes, B., Plummer, E., Hart, A., Barker, C., & Priebe, S. (2017). Staff and patient experiences of decision-making about continuous observation in psychiatric hospitals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*(4), 473-483. doi:10.1007/s00127-017-1338-4
- Bee, P., Brooks, H., Fraser, C., & Lovell, K. (2015). Professional perspectives on service user and carer involvement in mental health care planning: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, 52*(12), 1834-1845. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.07.008
- Bellamy, C., Schmutte, T., & Davidson, L. (2017). An update on the growing evidence base for peer support. *Mental Health and Social Inclusion, 21*(3), 161-167. doi:10.1108/Mhsi-03-2017-0014
- Bennetts, W., Cross, W., & Bloomer, M. (2011). Understanding consumer participation in mental health: Issues of power and change. *International Journal of Mental Health Nursing, 20*(3), 155-164. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00719.x
- Beresford, P. (2019). Public Participation in Health and Social Care: Exploring the Co-production of Knowledge. *Frontiers in Sociology, 3*(41). doi:10.3389/fsoc.2018.00041
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brahler, E., Reiner, I., Junger, C., Michal, M., . . . Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry, 17*(1), 97. doi:10.1186/s12888-017-1262-x
- Beyene, L. S., Severinsson, E., Hansen, B. S., & Rørtveit, K. (2018). Shared Decision-Making—Balancing Between Power and Responsibility as Mental Health-Care Professionals in a Therapeutic Milieu. *SAGE Open Nursing, 4*, 2377960817752159. doi:10.1177/2377960817752159
- Bharadwaj, P., Pai, M. M., & Suziedelyte, A. (2017). Mental health stigma. *Economics Letters, 159*, 57-60. doi:10.1016/j.econlet.2017.06.028
- Billingsley, K. Y., & Corey, D. R. (2018). Deconstructing Racial Stigma in the Therapeutic Relationship. In A. C. Brittany & A. C. Holly (Eds.), *Deconstructing Stigma in Mental Health* (pp. 1-19). Hershey, PA, USA: IGI Global.
- Binder, P. E., Holgersen, H., & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology, 64*(2), 103-117. doi:10.1080/19012276.2012.726815
- Binder, P. E., Schanche, E., Holgersen, H., Nielsen, G. H., Hjeltnes, A., Stige, S. H., Moltu, C. (2016). Why do we need qualitative research on psychological treatments? The case for discovery, reflexivity, critique, receptivity, and evocation. *Scandinavian Psychologist, 3*, e8. Henta 01.06.2019 frå: <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e8>

- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(7), 644-653. doi:10.1177/0004867413520046
- Biringer, E., Davidson, L., Sundfor, B., Ruud, T., & Borg, M. (2016). Experiences of support in working toward personal recovery goals: a collaborative, qualitative study. *BMC Psychiatry, 16*(1), 426. doi:10.1186/s12888-016-1133-x
- Blacker, R., Kurtz, A., & Goodwin, A. (2017). An in-depth observational study of an acute psychiatric ward: combining the psychodynamic observational method with thematic analysis to develop understanding of ward culture. *Psychoanalytic Psychotherapy, 31*(1), 4-20. doi:10.1080/02668734.2016.1275037
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health, 17*(2), 129-140. doi:10.1080/09638230701498382
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser : en systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Henta 02.03.2019 frå: <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2009a). Medforskning : å forske sammen for kunnskap om psykisk helse. Oslo: Universitetsforl.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2009b). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health, 13*(5), 493-505. doi:10.1080/09638230400006809
- Borge, L., & Fagermoen, M. S. (2008). Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. *Journal of Mental Health, 17*(2), 193-205. doi:10.1080/09638230701505996
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019). Thematic Analysis. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 843-860). Singapore: Springer Singapore.
- Brekke, E., Lien, L., & Bieng, S. (2018). Experiences of Professional Helping Relations by Persons with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction, 16*(1), 53-65. doi:10.1007/s11469-017-9780-9
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder : en grundbog* (2. udg. ed.). København: Hans Reitzel.
- Brown, B., & Windt-Val, B. (2016). *Uperfekt : våg å vise hvem du er*. Oslo: Cappelen Damm.
- Byrne, L., Stratford, A., & Davidson, L. (2018). The global need for lived experience leadership. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 41*(1), 76-79. doi:10.1037/prj0000289
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest, 15*(2), 37-70. doi:10.1177/1529100614531398
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rusch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services, 63*(10), 963-973. doi:10.1176/appi.ps.201100529
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Rusch, N. (2012). How does stigma affect work in people with serious mental illnesses? *Psychiatric Rehabilitation Journal, 35*(5), 381-384. doi:10.1037/h0094497
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57*(8), 464-469. doi:10.1177/070674371205700804
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: NYU Press.
- Davidson, L. (2006). What Happened to Civil Rights? *Psychiatric Rehabilitation Journal, 30*(1), 11-14. doi:10.2975/30.2006.11.14

- Davidson, L. (2012). Use of coercion in recovery-oriented care: staying vigilant. *Psychiatric Services*, 63(8), 834; author reply 834-835. doi:10.1176/appi.ps.2012p834
- Davidson, L. (2016). Habits and other Anchors of Everyday Life That People with Psychiatric Disabilities May Not Take for Granted. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27(1\_suppl), 60S-68S. doi:10.1177/15394492070270s108
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123-128. doi:DOI 10.1016/j.wpsyc.2012.05.009
- Davidson, L., Carr, E., Bellamy, C., Tondora, J., Fossey, E., Styron, T., Elsamra, S. (2016). Principles for Recovery-Oriented Inpatient Care. In N. N. Singh, J. W. Barber, & S. Van Sant (Eds.), *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry* (pp. 39-58). Cham: Springer International Publishing.
- Davidson, L., Haglund, K. E., Stayner, D. A., Rakfeldt, J., Chinman, M. J., & Kraemer Tebes, J. (2001). «It was just realizing...that life isn't one big horror»: A qualitative study of supported socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 275-292. doi:10.1037/h0095084
- Davidson, L., & Johnson, A. (2013). It's the Little Things that Count: Rebuilding a Sense of Self in Schizophrenia. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(03), 258-264.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation. *Psychiatric Services*, 57(5), 640-645. doi:10.1176/ps.2006.57.5.640
- Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. (2010). *The Roots of the Recovery Movement in Psychiatry*. (2nd ed. ed.). Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd.
- Davidson, L., Roe, D., Stern, E., Zisman-Ilani, Y., Connell, M., & Corrigan, P. (2012). If I Choose it, Am I More Likely to Use it? *The international journal of person centered medicine*, 2(3), 16. doi:10.5750/ijpcm.v2i3.201
- Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D. A., Chinman, M. J., Rakfeldt, J., & Tebes, J. K. (2004). Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 32(4), 453-477. doi:10.1002/jcop.20013
- Davidson, L., Shaw, J., Welborn, S., Mahon, B., Sirota, M., Gilbo, P., . . . Pelletier, J. F. (2010). «I don't know how to find my way in the world»: contributions of user-led research to transforming mental health practice. *Psychiatry*, 73(2), 101-113. doi:10.1521/psyc.2010.73.2.101
- Davidson, L., Stayner, D. A., Nickou, C., Styron, T. H., Rowe, M., & Chinman, M. L. (2001). «Simply to be let in»: Inclusion as a basis for recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 375-388. doi:DOI 10.1037/h0095067
- Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M. S., O'Connell, M. J. O., & Rowe, M. (2009). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice. Tools for Transforming Mental Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Deegan, P. E. (2005). Recovery as a journey of the heart. In L. Davidson, C. Harding, & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: Research Evidence and Implications* (pp. 57-68). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Delaney, K. R., & Johnson, M. E. (2008). Inpatient psychiatric nursing: why safety must be the key deliverable. *Arch Psychiatr Nurs*, 22(6), 386-388. doi:10.1016/j.apnu.2008.09.003
- Delaney, K. R., Shattell, M., & Johnson, M. E. (2017). Capturing the Interpersonal Process of Psychiatric Nurses: A Model for Engagement. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 634-640. doi:10.1016/j.apnu.2017.08.003
- Denhov, A., & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 417-424. doi:10.1177/0020764011406811
- Eisikovits, Z., & Koren, C. (2010). Approaches to and outcomes of dyadic interview analysis. *Qual Health Res*, 20(12), 1642-1655. doi:10.1177/1049732310376520

- Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., & Moltu, C. (2019). From the (dis)comfort of one's own home: patients' experiences of hospitalization after discharge. Accepted in: *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*.
- Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., Skjølberg, A., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. *Issues Ment Health Nurs*, 40(2), 88-96. doi:10.1080/01612840.2018.1524532
- Eldal, K., Veseth, M., Natvik, E., Davidson, L., Skjølberg, A., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Contradictory experiences of safety and shame in inpatient mental health practice - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 0(0). doi:10.1111/scs.12674
- Etherington, K. (2004). *Becoming a reflexive researcher : using our selves in research*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Farstad, M. (2016). *Skam : eksistens, relasjon, profesjon*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Finlay, L., & Gough, B. (2003). *Reflexivity : a practical guide for researchers in health and social sciences*. (pp. 268). Oxford. Blackwell Publishing Company.
- Folkhelseinstituttet. (2018, 2018). Psykiske lidelser hos voksne. *Folkehelse rapporten*. Henta 06.02.2019 frå: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Gabrielsson, S., Looi, G. M., Zingmark, K., & Savenstedt, S. (2014). Knowledge of the patient as decision-making power: staff members' perceptions of interprofessional collaboration in challenging situations in psychiatric inpatient care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 784-792. doi:10.1111/scs.12111
- Gabrielsson, S., Savenstedt, S., & Zingmark, K. (2015). Person-centred care: clarifying the concept in the context of inpatient psychiatry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 555-562. doi:10.1111/scs.12189
- Geller, J., Janson, P., McGovern, E., & Valdin, A. (1999, /10/01). Loneliness as a Predictor of Hospital Emergency Department Use. *Journal of Family Practice*, 48, 801.
- Gilbert, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8, 92. doi:10.1186/1472-6963-8-92
- Gjengedal, E., Sviland, R., Moi, A. L., Ellingsen, S., Flinterud, S. I., Sekse, R. J. T., Raheim, M. (2019). Patients' quest for recognition and continuity in health care: time for a new research agenda? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 0(0). doi:10.1111/scs.12696
- Granerud, A., & Severinsson, E. (2006). The struggle for social integration in the community--the experiences of people with mental health problems. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(3), 288-293. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00950.x
- Halding, A.-G., Fossøy, A. B., Moltu, C., & Grov, E. K. (2016). «Eit givande, men krevjande lagspel for å betre tenestene». Brukarerfaringar frå samarbeidsforskning. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 12(1). doi:10.7557/14.3773
- Hall, L. W., Moore, S. M., & Barnsteiner, J. H. (2008). Quality and nursing: moving from a concept to a core competency. *Urol Nurs*, 28(6), 417-425.
- Hansen, H., Hummerfelt, K., Kjellevoll, A., Norheim, A., & Sommerseth, R. (2010). *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. Bergen: Fagboklaget.
- Hansen, H., Stige, S. H., Moltu, C., Johannessen, J. O., Joa, I., Dybvig, S., & Veseth, M. (2019). «We all have a responsibility»: a narrative discourse analysis of an information campaign targeting help-seeking in first episode psychosis. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 32. doi:10.1186/s13033-019-0289-4
- Happell, B., Gordon, S., Bocking, J., Ellis, P., Roper, C., Liggins, J., . . . Scholz, B. (2018). Mental Health Researchers' Views About Service User Research: A Literature Review. *Issues Ment Health Nurs*, 39(12), 1010-1016. doi:10.1080/01612840.2018.1475524
- Happell, B., Gordon, S., Bocking, J., Ellis, P., Roper, C., Liggins, J., . . . Platania-Phung, C. (2018). Turning the Tables: Power Relations Between Consumer Researchers and Other Mental Health Researchers. *Issues Ment Health Nurs*, 39(8), 633-640. doi:10.1080/01612840.2018.1445328



- Harris, M. (2015). «Three in the Room»: Embodiment, Disclosure, and Vulnerability in Qualitative Research. *Qual Health Res*, 25(12), 1689-1699. doi:10.1177/1049732314566324
- Hasson-Ohayon, I., Lerer, G., Tuval-Mashiach, R., Shamir, E., & Roe, D. (2016). Having someone waiting for you outside: Transitions from psychiatric hospitalization to the community. *Psychosis-Psychological Social and Integrative Approaches*, 8(3), 250-259. doi:10.1080/17522439.2016.1145731
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse*. (ISBN forlagsnr: 978-82-990024). Regjeringa. Henta 06.02.2019 frå: [https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21\\_strategi\\_web.pdf?id=2266705](https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Meld. St. 26 (2014–2015). Melding til Stortinget. Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Regjeringa. Henta 06.02.2019 frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veilder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetenesten*. (IS - 2076). Henta 05.02.2019 frå: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Hill, C. E. (2012). *Consensual Qualitative Research - A Practical Resource for Investigating Social Science Phenomena* (First Edition ed.). Washington DC 20002: American Psychological Association.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*, 10(2), 227-237. doi:10.1177/1745691614568352
- Hopkins, J. E., Loeb, S. J., & Fick, D. M. (2009). Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16(10), 927-937. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01501.x
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå IA E. Willumsen (Red.), *Brukerenes medvirkning*. (pp. 191). Oslo: Universitetsforlaget.
- Institute for Health Metric and Evaluation. (2017). Global Burden of Disease (GBD) Compare. Retrieved from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Jacob, S., Munro, I., Taylor, B. J., & Griffiths, D. (2017). Mental health recovery: A review of the peer-reviewed published literature. *Collegian*, 24(1), 53-61. doi:10.1016/j.colegn.2015.08.001
- Jennings, H., Slade, M., Bates, P., Munday, E., & Toney, R. (2018). Best practice framework for Patient and Public Involvement (PPI) in collaborative data analysis of qualitative mental health research: methodology development and refinement. *BMC Psychiatry*, 18(1), 213. doi:10.1186/s12888-018-1794-8
- Joergensen, K., & Praestegaard, J. (2018). Patient participation as discursive practice-A critical discourse analysis of Danish mental healthcare. *Nursing Inquiry*, 25(2), e12218. doi:10.1111/nin.12218
- Johannessen, A., Natland, s., & Støkken, A. M. (2011). *Samarbeidsforskning i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johnston, M. S. (2019). When Madness Meets Madness: Insider Reflections on Doing Mental Health Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 18. doi:160940691983535610.1177/1609406919835356
- Johnstone, L. B., M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., . . . Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns inemotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society.
- Jones, A., & Crossley, D. (2008). In the mind of another shame and acute psychiatric inpatient care: an exploratory study. A report on phase one: service users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(9), 749-757. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01316.x

- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid : humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery : tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjøllesdal, J., Iversen, H., Danielsen, K., Haugum, M., & Holmboe, O. (2017). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016 (PasOpp-rapport)* (2017:317). Oslo. Henta 08.02.2019 frå: <https://www.fhi.no/publ/2017/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern-2016/>
- Klausen, R. K. (2016). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. En oppsummering av kunnskap. Oppsummering nr. 4. Senter for omsorgsforskning, nord.
- Kortteisto T, & Laitila M. Dosent A. Attitudes of mental health professionals towards service user involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi:10.1111/scs.12495 ]
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode : ei innføring*. Bergen: Fagbokforl.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. London: Sage.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larkings, J. S., Brown, P. M., & Scholz, B. (2017). «Why am I like this?» Consumers discuss their causal beliefs and stigma. *International Journal of Mental Health*, 46(3), 206-226. doi:10.1080/00207411.2017.1304076
- Larsen, I. B., & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nurs Ethics*, 21(4), 426-436. doi:10.1177/0969733013503601
- Lauveng, A. (2013). When you have lost yourself, there's really not very much left. In J. Geekie, P. Randal, D. Lampshire, & J. Read (Eds.), *Experiencing Psychosis: Personal and Professional Perspectives* (pp. 79-86): Taylor & Francis.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*, 199(6), 445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Leeming, D., & Boyle, M. (2013). *Shame and using mental health services: Connection and validation or alienation and objectification*. Paper presented at the 8th biennial conference of International Society of Critical Health Psychology, Bradford, UK. <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/18593/>
- Lilja, L., & Hellzen, O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: a qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(4), 279-286. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00544.x
- Locock, L., Kirkpatrick, S., Brading, L., Sturme, G., Cornwell, J., Churchill, N., & Robert, G. (2019). Involving service users in the qualitative analysis of patient narratives to support healthcare quality improvement. *Research Involvement and Engagement*, 5(1), 1. doi:10.1186/s40900-018-0133-z
- Looi Rpn, G. M., Gabrielsson, S., Savenstedt, S., & Zingmark, K. (2014). Solving the staff's problem or meeting the patients' needs: staff members' reasoning about choice of action in challenging situations in psychiatric inpatient care. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(6), 470-479. doi:10.3109/01612840.2013.879629
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative Forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*, 26(13), 1753-1760. doi:10.1177/1049732315617444
- Mancini, M. A., Hardiman, E. R., & Lawson, H. A. (2005). Making sense of it all: Consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 48-55. doi:10.2975/29.2005.48.55

- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Ennis, G., Houghton, J., Lupson, C., & Toomey, N. (2014). Recovery-oriented care in acute inpatient mental health settings: an exploratory study. *Issues in Mental Health Nursing, 35*(7), 526-532. doi:10.3109/01612840.2014.890684
- Mjosund, N. H., Eriksson, M., Espnes, G. A., Haaland-Overby, M., Jensen, S. L., Norheim, I., . . . Vinje, H. F. (2017). Service user involvement enhanced the research quality in a study using interpretative phenomenological analysis - the power of multiple perspectives. *Journal of Advanced Nursing, 73*(1), 265-278. doi:10.1111/jan.13093
- Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B. M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care--patients' perspectives. *Int J Qual Stud Health Well-being, 11*(1), 29897. doi:10.3402/qhw.v11.29897
- Moltu, C., Stefansen, J., Svisdahl, M., & Veseth, M. (2012). Negotiating the coresearcher mandate - service users' experiences of doing collaborative research on mental health. *Disability and Rehabilitation, 34*(19), 1608-1616. doi:10.3109/09638288.2012.656792
- Moltu, C., Stefansen, J., Svisdahl, M., & Veseth, M. (2013). How to Enhance the Quality of Mental Health Research: Service Users' Experiences of Their Potential Contributions Through Collaborative Methods. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 16*(1), 1-21. doi:10.1080/15487768.2013.762295
- Moltu, C., Veseth, M., Stefansen, J., Notnes, J. C., Skjolberg, A., Binder, P. E., . . . Nordberg, S. S. (2018). This is what I need a clinical feedback system to do for me: A qualitative inquiry into therapists' and patients' perspectives. *Psychotherapy Research, 28*(2), 250-263. doi:10.1080/10503307.2016.1189619
- Morgan, A. (2018). The ideology of recovery temporary mental health care. In P. Bull, J. Gadsby, & S. Williams (Eds.), *Critical mental health nursing. observations from the inside* (pp. 139-151): PCCS Books.
- Morgan, D. L., Ataie, J., Carder, P., & Hoffman, K. (2013). Introducing dyadic interviews as a method for collecting qualitative data. *Qual Health Res, 23*(9), 1276-1284. doi:10.1177/1049732313501889
- Morrow, E., Ross, F., Grocott, P., & Bennett, J. (2010). A model and measure for quality service user involvement in health research. *International Journal of Consumer Studies, 34*(5), 532-539. doi:10.1111/j.1470-6431.2010.00901.x
- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health ? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR, 8*(9), WE01-WE04. doi:10.7860/JCDR/2014/10077.4828
- Møller, P. (2018). *Schizofreni - en forstyrrelse av selvet : forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Oslo: Universitetsforl.
- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Marsch, L. A., & Bartels, S. J. (2016). The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiol Psychiatr Sci, 25*(2), 113-122. doi:10.1017/S2045796015001067
- NAV. (2017). Psykiske lidelser er vanligste årsak til uføretrygd. Henta 10.02.2019 frå: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd++statistikk/Nyheter/psykiske-lidelser-er-vanligste-%C3%A5rsak-til-uf%C3%B8retrygd>
- Nilsson, B. (2007). *Ensomhet : psykisk lidelse og hermeneutisk omsorg : når horisonter møtes*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Nurser, K. P., Rushworth, I., Shakespeare, T., & Williams, D. (2018). Personal storytelling in mental health recovery. *Mental Health Review Journal, 23*(1), 25-36. doi:10.1108/Mhrj-08-2017-0034
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Norway*. (ISBN 979-92-64-17898). Henta 11.02.2019 frå: [https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-norway\\_9789264178984-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-norway_9789264178984-en#page1).

- OECD/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018*. (9789264303348 97892643033597892643068689789264306851). Henta 11.02.2019 frå: [https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/health_glance_eur-2018-en).
- Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A., & Anderssen, N. (2009a). Raising adults as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway. *Issues Ment Health Nurs*, 30(3), 151-158. doi:10.1080/01612840802557246
- Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A., & Anderssen, N. (2009b). User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible? *Nurs Inq*, 16(4), 287-296. doi:10.1111/j.1440-1800.2009.00463.x
- Olkowska, A., & Landmark, B. (2016). *Miljøterapi : prinsipper, perspektiver og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ose, S. O., & Pettersen, I. (2014). *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV) 20. november 2012* (A26086). Henta 12.02.2019 frå: [https://www.sintef.no/contentassets/f98d2810156e4dd6b8b7aa1da8174334/endeligrapport\\_sintef-a26086\\_2.pdf](https://www.sintef.no/contentassets/f98d2810156e4dd6b8b7aa1da8174334/endeligrapport_sintef-a26086_2.pdf)
- Packer, M. J. (2011). *The science of qualitative research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pals, R. A. S., & Hempler, N. F. (2018). How to achieve a collaborative approach in health promotion: preferences and ideas of users of mental health services. *Scand J Caring Sci*, 32(3), 1188-1196. doi:10.1111/scs.12564
- Pasient- og brukarrettslova. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. (LOV-1999-07-02-63). Helse - og omsorgsdepartementet. Henta 25.02.2019 frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Pilgrim, D. (2018). Are kindly and efficacious mental health services possible? *Journal of Mental Health*, 27(4), 295-297. doi:10.1080/09638237.2018.1487544
- Polak, L., & Green, J. (2016). Using Joint Interviews to Add Analytic Value. *Qual Health Res*, 26(12), 1638-1648. doi:10.1177/1049732315580103
- Ponce, A. N., & Rowe, M. (2018). Citizenship and Community Mental Health Care. *American Journal of Community Psychology*, 61(1-2), 22-31. doi:10.1002/ajcp.12218
- Price-Robertson, R., Obradovic, A., & Morgan, B. (2017). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108-120. doi:10.1080/18387357.2016.1243014
- Recovery in the Bin. (u.å.). RITB – Key Principles. Henta 25.03.2019 frå: <https://recoveryinthebin.org/ritbkeyprinciples/>
- Regjeringa. (2009a). Brukermedvirkning. Henta 09.02.2019 frå: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>
- Regjeringa. (2009b). *Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Vol. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Henta 09.02.2019 frå: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Rise, M. B., Solbjør, M., Lara, M. C., Westerlund, H., Grimstad, H., & Steinsbekk, A. (2013). Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. *Health Expect*, 16(3), 266-276. doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00713.x
- Rise, M. B., & Steinsbekk, A. (2016). Long Term Effect on Professionals' Knowledge, Practice and Attitudes towards User Involvement Four Years after Implementing an Organisational Development Plan: A Controlled Study. *PLOS ONE*, 11(3), e0150742. doi:10.1371/journal.pone.0150742
- Rise, M. B., Westerlund, H., Bjørgen, D., & Steinsbekk, A. (2014). Safely cared for or empowered in mental health care? Yes, please. *Int J Soc Psychiatry*, 60(2), 134-138. doi:10.1177/0020764012471278

- Rose, D. (2009). Collaboration: Is Collaborative Research Possible? In *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research* (pp. 169-179). UK: Wiley-Blackwell.
- Rose, D. (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health, 23*(5), 217-218. doi:10.3109/09638237.2014.928406
- Rose, D. (2018). Collaborative research between users and professionals: peaks and pitfalls. *Psychiatric Bulletin, 27*(11), 404-406. doi:10.1192/pb.27.11.404
- Sangill, C., Buus, N., Hybholt, L., & Berring, L. L. (2019). Service user's actual involvement in mental health research practices: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing, 0*(0). doi:10.1111/inm.12594
- Seikkula, J. (2011). Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 32*(3), 179-193. doi:10.1375/anft.32.3.179
- Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family Process, 42*(3), 403-418. doi:doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x
- Shattell, M. M., Andes, M., & Thomas, S. P. (2008). How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nursing Inquiry, 15*(3), 242-250. doi:10.1111/j.1440-1800.2008.00397.x
- Sherwood, G. (2015). Perspectives: Nurses' expanding role in developing safety culture: Quality and Safety Education for Nurses – competencies in action. *Journal of Research in Nursing, 20*(8), 734-740. doi:10.1177/1744987115621142
- Shevellar, L., & Barringham, N. (2016). Working in Complexity: Ethics and Boundaries in Community Work and Mental Health. *Australian Social Work, 69*(2), 181-193. doi:10.1080/0312407x.2015.1071861
- Sjåfjell, T. L., & Myhra, A.-B. (2015). Selvhjelp og likemannsarbeid - mulige verktøy for å oppnå mestring og empowerment? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 12*(02), 140-148.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E., & Maizels, D. (2018). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken : mentalisering som holdning og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slade, M., Bird, V., Chandler, R., Fox, J., Larsen, J., Tew, J., & Leamy, M. (2010). The contribution of advisory committees and public involvement to large studies: case study. *BMC Health Services Research, 10*, 323. doi:10.1186/1472-6963-10-323
- Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M., & Le Boutillier, C. (2012). Recovery grows up. *Journal of Mental Health, 21*(2), 99-103. doi:10.3109/09638237.2012.670888
- Slemon, A., Jenkins, E., & Bungay, V. (2017). Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing Inquiry, 24*(4), e12199. doi:10.1111/nin.12199
- Smith, J., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: Sage.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 1*(1), 39-54. doi:10.1191/1478088704qp004oa
- Snoek, J. E., & Engedal, K. (2017). *Psykiatri : for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006a). *Distrikpsykiatriske sentre - med blikket vent mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner*. (IS-1388). Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006b). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. (IS-1315). Henta 02.02.2019 frå: <file:///C:/Users/kariet/Downloads/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger%20i%20opptrappingsplan%20Helsedir.pdf>.
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2018). Allemnlegetenesten. Antall kontultasjoner hos fastlege fordelt etter diagnosegrupper, absolutte tall og prosent. Henta frå: <https://www.ssb.no/fastlegetj>

- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2019). Psykisk helsevern for voksne. Døgnplasser, utskrivninger, oppholdsdøgn, polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager, etter helseforetak 1990 - 2017. Henta 03.02.2019 frå: <https://www.ssb.no/statbank/table/04511>
- Staddon, P. (2013). *Mental health service users in research : critical sociological perspectives*. Bristol: The Policy Press.
- Staley, K., & Barron, D. (2019). Learning as an outcome of involvement in research: what are the implications for practice, reporting and evaluation? *Research Involvement and Engagement*, 5(1), 14. doi:10.1186/s40900-019-0147-1
- Staley, K., Sandvei, M., & Hørder, M. (2019). «A problem shared...» *The challenges of public involvement for researchers in Denmark and the UK*. Henta 12.03.2019 frå: [http://www.twocanassociates.co.uk/wp-content/uploads/2017/05/A-problem-shared\\_forskningsrapport\\_A4.pdf](http://www.twocanassociates.co.uk/wp-content/uploads/2017/05/A-problem-shared_forskningsrapport_A4.pdf)
- Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S. J., Bhui, K., Larkin, M., . . . Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: systematic review. *Br J Psychiatry*, 1-10. doi:10.1192/bjp.2019.22
- Stomski, N. J., & Morrison, P. (2017). Participation in mental healthcare: a qualitative meta-synthesis. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 67. doi:10.1186/s13033-017-0174-y
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313-327. doi:10.1007/s11126-012-9247-x
- Stuart, S. R., Tansey, L., & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 26(3), 291-304. doi:10.1080/09638237.2016.1222056
- Svendsen, L. F. H. (2015). *Ensomhetens filosofi*. Oslo: Universitetsforl.
- Sverdrup, S. M., Trine M; Kristofersen, Lars B; (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter* (2007:2). Henta 14.03.2019 frå: <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/2007-2.pdf>
- Tanaka, K., & Davidson, L. (2017). The Challenge of Social Inclusion: A Basis for Enclave Community Approaches. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 4(2), 189-204. doi:10.1007/s40737-017-0100-2
- Tangvald-Pedersen, O., & Bongaardt, R. (2017). Towards a tinkering participatory research method in mental health. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(1), 7-17. doi:10.1080/15017419.2016.1222305
- Telford, R., & Faulkner, A. (2009). Learning about service user involvement in mental health research. *Journal of Mental Health*, 13(6), 549-559. doi:10.1080/09638230400017137
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460. doi:10.1093/bjsw/bcr076
- Thomas, S. P., Shattell, M., & Martin, T. (2002). What's therapeutic about the therapeutic milieu? *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(3), 99-107. doi:10.1053/apnu.2002.32945
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., . . . Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*, 387(10023), 1123-1132. doi:10.1016/S0140-6736(15)00298-6
- Topor, A., Andersson, G., Bulow, P., Stefansson, C. G., & Denhov, A. (2016). After the Asylum? The New Institutional Landscape. *Community Mental Health Journal*, 52(6), 731-737. doi:10.1007/s10597-015-9928-7
- Topor, A., Andersson, G., Denhov, A., Holmqvist, M. S., Mattsson, M., Stefansson, C. G., & Bulow, P. (2014). Psychosis and poverty: Coping with poverty and severe mental illness in everyday life. *Psychosis-Psychological Social and Integrative Approaches*, 6(2), 117-127. doi:10.1080/17522439.2013.790070

- Topor, A., Boe, T. D., & Larsen, I. B. (2018). Small Things, Micro-Affirmations and Helpful Professionals Everyday Recovery-Orientated Practices According to Persons with Mental Health Problems. *Community Mental Health Journal*, 54(8), 1212-1220. doi:10.1007/s10597-018-0245-9
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011a). Not just an individual journey: social aspects of recovery. *Int J Soc Psychiatry*, 57(1), 90-99. doi:10.1177/0020764010345062
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011b). Not just an individual journey: social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90-99. doi:10.1177/0020764010345062
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L. (2006). Others: The Role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 17-37. doi:10.1080/15487760500339410
- Topor, A., & Di Girolamo, S. (2010). «You have to be careful who you talk to and what you say» - on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health*, 19(6), 553-561. doi:10.3109/09638237.2010.520366
- Topor, A., von Greiff, N., & Skogens, L. (2019). Micro-affirmations and Recovery for Persons with Mental Health and Alcohol and Drug Problems: User and Professional Experience-Based Practice and Knowledge. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi:10.1007/s11469-019-00063-8
- Townley, G. (2015). «It Helps You Not Feel So Bad—Feel Like You Again»: The Importance of Community for Individuals with Psychiatric Disabilities. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2(2), 113-124. doi:10.1007/s40737-015-0036-3
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience : human science for an action sensitive pedagogy*. Albany, N.Y: State University of New York Press.
- Vatne, S., & Holmes, C. (2006). Limit setting in mental health: historical factors and suggestions as to its rationale. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(5), 588-597. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00987.x
- Veseth, M. (2014). Folk blir bedre ; hva kan vi lære av menneskers egne erfaringer med vekst og positiv utvikling ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(1), 29-35.
- Veseth, M., Binder, P.-E., Borg, M., & Davidson, L. (2013). How I found out I had a bipolar disorder: a reflexive-collaborative exploration of the process of identifying that one is struggling with a severe mental health problem. *Qualitative Studies*, 4, 21-38.
- Veseth, M., Binder, P.-E., Borg, M., & Davidson, L. (2016). Recovery in bipolar disorders: Experienced therapists' view of their patients' struggles and efforts when facing a severe mental illness. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(4), 437-449. doi:10.1037/int0000046
- Veseth, M., Binder, P. E., Borg, M., & Davidson, L. (2012a). Toward caring for oneself in a life of intense ups and downs: a reflexive-collaborative exploration of recovery in bipolar disorder. *Qual Health Res*, 22(1), 119-133. doi:10.1177/1049732311411487
- Veseth, M., Binder, P. E., Borg, M., & Davidson, L. (2012b). Toward caring for oneself in a life of intense ups and downs: a reflexive-collaborative exploration of recovery in bipolar disorder. *Qual Health Res*, 22(1), 119-133. doi:10.1177/1049732311411487
- Veseth, M., Binder, P. E., Borg, M., & Davidson, L. (2017). Collaborating to stay open and aware: Service user involvement in mental health research as an aid in reflexivity. *Nordic Psychology*, 69(4), 256-263. doi:10.1080/19012276.2017.1282324
- Veseth, M., Binder, P. E., & Stige, S. H. (2017). «If there's no stability around them»: experienced therapists' view on the role of patients' social world in recovery in bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 55. doi:10.1186/s13033-017-0166-y
- Veseth, M., Moltu, C., Svendsen, T. S., Nesvåg, S., Slyngstad, T. E., Skaalevik, A. W., & Bjornestad, J. (2019). A Stabilizing and Destabilizing Social World: Close Relationships and Recovery Processes in SUD. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*. doi:10.1007/s40737-019-00137-9



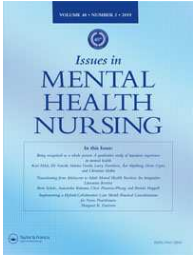
- Veseth, M., & Skjøberg, Å. (2016). Lidelse kan lettes og gode liv leves - bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. In K. Underlid, K. Dyregrov, & F. Thuen (Eds.), *Krevende livserfaringer og psykisk helse* (pp. 213-230). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S., & Nikkonen, M. (2002). Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1), 23-32. doi:doi:10.1046/j.1365-2850.2002.00406.x
- Waldemar, A. K., Arnfred, S. M., Petersen, L., & Korsbek, L. (2016). Recovery-Oriented Practice in Mental Health Inpatient Settings: A Literature Review. *Psychiatric Services*, 67(6), 596-602. doi:10.1176/appi.ps.201400469
- Waldemar, A. K., Esbensen, B. A., Korsbek, L., Petersen, L., & Arnfred, S. (2019). Recovery-oriented practice: Participant observations of the interactions between patients and health professionals in mental health inpatient settings. *Int J Ment Health Nurs*, 28(1), 318-329. doi:10.1111/inm.12537
- Wallcraft, J., & Nettle, M. (2009). History, context and language. In J. wallcraft, B. Schrank, & M. Amering (Eds.), *Handbook of service user involvement in mental health research* (pp. 1-13). West Sussex, UK: John Wiley & son.
- Wallcraft, J., Schrank, B., & Amering, M. (2009). *Handbook of service user involvement in mental health research* (Vol. null). UK: Wiley-Blackwell.
- WHO. (2001). *Mental health : new understanding, new hope*. Henta 06.02.2019 frå: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1)
- WHO. (2014, August 2014). Mental health: a state of well being. Henta 06.02.2019 frå: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
- Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N., & Rasmussen, P. (2016). Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 723-734. doi:10.1111/jan.12862
- Wood, L., & Alsawy, S. (2016). Patient experiences of psychiatric inpatient care: a systematic review of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 12(1), 35-43. doi:10.20299/jpi.2016.001
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181-189. doi:10.1111/inm.12121





# Artikkel I





## Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health

Kari Eldal, Eli Natvik, Marius Veseth, Larry Davidson, Åse Skjølberg, Dorte Gytri & Christian Moltu

To cite this article: Kari Eldal, Eli Natvik, Marius Veseth, Larry Davidson, Åse Skjølberg, Dorte Gytri & Christian Moltu (2019) Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health, *Issues in Mental Health Nursing*, 40:2, 88-96, DOI: [10.1080/01612840.2018.1524532](https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1524532)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1524532>



© 2019 The Author(s). Published with license by Taylor & Francis.



Published online: 08 Mar 2019.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 817



View Crossmark data [↗](#)

## Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health

Kari Eldal, RN, PhD student<sup>a</sup>, Eli Natvik, PhD<sup>a</sup> , Marius Veseth, PhD<sup>b</sup> , Larry Davidson, PhD<sup>c</sup> , Åse Skjøberg, Co-researcher<sup>a,d</sup>, Dorte Gytri, Co-researcher<sup>d</sup>, and Christian Moltu, PhD<sup>a,e</sup>

<sup>a</sup>Department of Health and Care Sciences, Western Norway University of Applied Sciences, Førde, Norway; <sup>b</sup>Department of Clinical Psychology, University of Bergen, Bergen, Norway; <sup>c</sup>Program for Recovery and Community Health, School of Medicine and Institution for Social and Policy Studies, Yale University, New Haven, Connecticut, USA; <sup>d</sup>Center for Health Research in Sogn og Fjordane, District General Hospital of Førde, Førde, Norway; <sup>e</sup>Department of Psychiatry, District General Hospital of Førde, Førde, Norway

### ABSTRACT

Few studies address the many challenges that are faced by staff and patients in the inpatient mental health context. In particular, there is a lack of research that explores first-hand patient experiences in order to establish what treatment practices best assist patient recovery and what are the barriers to these practices. This qualitative study, which utilises a user-involved research framework, collaborates with a co-researcher patient group throughout the study. Fourteen patients, all of whom had been in inpatient treatment for at least three weeks, were recruited to the study. Study participants were interviewed in-depth in the period September 2016 to March 2017. Data underwent a thematic analysis that was inspired by interpretative phenomenological analysis. A core theme of the findings was the importance of being recognised as a whole person, and the patient–professional relationship was regarded as a fundamental factor in fostering recovery, with two underlying themes: (i) a need to have one’s self-identity recognised and supported, and (ii) an experience of ambivalence between needing closeness and distance. This study suggests ways nurses can give priority to interpersonal interactions and relationships with hospitalised patients over task-oriented duties, highlighting the need for nurses to balance patient competing needs for both closeness and distance.

### Introduction

People with mental health disorders (mental health patients) may be offered hospitalisation as a treatment strategy when they are in severe distress. Inpatient treatment may include medication, individual therapy, group therapy and milieu therapy as integral parts of the intervention strategy. There is only a limited empirical understanding of the mechanisms and processes by which inpatient treatment aids recovery of hospitalised mental health patients in distress (Smith & Spitzmueller, 2016; Thomas, Shattell, & Martin, 2002). Existing studies of established principles of inpatient care, such as genuine respect, collaboration, and promoting patient autonomy, tend to be implemented to only a limited extent (Oeye, Bjelland, Skorpen, & Anderssen, 2009; Oute, 2018; Stomski, Morrison, Whitely, & Brennan, 2017; Waldemar, Arnfred, Petersen, & Korsbek, 2016).

### Background

Between different countries, major variations in health care offered to patients with mental disorders prevail. The

present study was carried out in Norway. In Norway, inpatient treatment is one of several treatment strategies offered to patients with mental health disorders, in particular those with high levels of distress. Psychotherapy, which is used in either the individual or group context, often forms part of the inpatient treatment programme of mental health patients. The effectiveness and working mechanisms of psychotherapy have been thoroughly researched for a variety of important disorders (APA, 2013; Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015). There has also been extensive research into the use of medication, another important treatment intervention in the mental health context, albeit with inconsistent results (Cipriani et al., 2018; Leucht et al., 2017).

In the mental health context, therapeutic relationships have been researched in numerous studies since Peplau’s (1952) statement that this interpersonal relationship is at the heart of nursing. For example, Shattell, Starr, and Thomas (2007) reported that people with mental health problems want nurses to really know them and to incorporate time, understanding, and skill in their care. Wiechula

**CONTACT** Kari Eldal  [Kari.Eldal@hvl.no](mailto:Kari.Eldal@hvl.no)  Department of Health and Care Sciences, Western Norway University of Applied Sciences, Førde, Norway.

The fifth and sixth authors were service user co-researchers conducting interviews and advising on the analysis and presentation of results. The fourth author was not part of the core research team. His contribution was scientific advice in designing and conducting the study and manuscript preparation. The second, third and last authors were involved in analysis and manuscript preparation. The first author contributed in all phases of the study.

© 2019 The Author[s]. Published with license by Taylor & Francis.

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 License (<http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>) which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work as published without adaptation or alteration, without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access pages (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

et al. (2016) reported an umbrella review of the nurse–patient relationship, and detail six key areas that seem important for good patient–nurse relationships— values, expectations, knowledge and skills, communication, context and the impact of the relationship. In a review and synthesis of qualitative studies on mental health nurses’ interaction with patients, Cleary, Hunt, Horsfall, and Deacon (2012) emphasised that nurse communication involves interpersonal approaches and modalities that amplify highly developed communication and personal skills. However, this interpersonal relationship does not exist in a vacuum. A study of barriers to the nurse–patient relationship reported that it was influenced by individual and organisational conditions, and that therapeutic relationship was not necessarily prioritised by these contexts (Pazargadi, Fereidooni Moghadam, Fallahi Khoshknab, Alijani Renani, & Molazem, 2015).

Nurse-patient interaction is frequently the main form of therapeutic contact with professionals that is experienced by mental health patients and it is, thus, often regarded informally as the most important feature of inpatient treatment. However, the effectiveness and mechanism of nurse-patient interaction in the treatment of mental health patients is poorly understood. This lack of understanding might be due by the inherent complexities of nurse-patient interactions, as well as the relative lack of control, such that nurse-patient interaction is often overlooked in narrowly focussed research of conventional design. However, a full understanding of the importance of inpatient treatment in the mental health context is critical and, thus, inpatient treatment should receive the same level of scrutiny as the use of psychotherapy and medication.

A number of studies report the social reality of inpatient treatment in mental health. Thomas et al. (2002) reported that hospitalised mental health patients had a continued desire for a deeper connection with healthcare professionals and they called for the implementation of more insight-oriented treatment strategies. Patients felt they were not gaining an understanding of their patterns of behaviour during hospitalisation. An observational study by Oeye et al. (2009) found that hospitalised mental health patients often were understood as harmed children and that they was deprived of formal authority and autonomy (Oeye et al., 2009). A narrative literature review of the perspectives of both nurses and hospitalised mental health patients found that nurses were not readily available or accessible to patients (Moreno-Poyato et al., 2016). Moreover, a literature review of recovery-oriented practice in mental health found that inpatient settings were characterised by a lack of collaboration, communication and engagement between hospitalised patients and staff, diverting from the values and principles of recovery (Waldemar et al., 2016).

To understand if and how inpatient treatment can help improve the health of a specific group of patients, one needs to properly understand what ‘improved health’ means for that patient group. The medical model, for which psychiatric disorders are understood as illnesses in the same sense as somatic disorders, defines outcomes as being related to

symptom alleviation (Wampold & Imel, 2015). Following this, it is helpful to understand what is needed to support symptom reduction. The humanistic tradition, however, understands ‘positive outcomes’ more as processes related to the values and day-to-day functions of the patient, often using the term *recovery*. Recovery has been described as ‘a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feeling, goals, skills and/or roles. A way of living a satisfying, hopeful and contributing life even with the limitations caused by illness’ (Anthony, 1993, p. 15).

Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, and Slade (2011) state that more studies are needed into how mental healthcare providers can best support patient recovery. Factors that aid patient recovery have been explored from the perspective of nursing professionals in a number of studies (Alsaker & Ulfseth, 2017; Cleary et al., 2012; Spiers & Wood, 2010). Research that is undertaken from a professional perspective has an implicit understanding of whether good outcomes might or might not align with the perspective of the hospitalised patient. Thus, to develop a comprehensive understanding of helpful processes, it is also necessary to explore the patient perspective (Leamy et al., 2011; Wood & Alsawy, 2016); indeed, there has been a recent increased interest in studying the patient perspective (Molin, Graneheim, & Lindgren, 2016; Wood & Alsawy, 2016). Wood and Alsawy (2016) found that collaborative and inclusive care, positive relationships, and a safe and therapeutic hospital environment are key to providing high inpatient care. Borge and Fagermoen (2008) interviewed patients during their hospitalisation and found that, in order to improve their feeling of self-worth, mental health patients seek a combination of professionalism and kind-heartedness from healthcare professionals. This field of research is in its infancy, and more detailed empirical knowledge of how ‘good intentions’ can be translated into helpful practices and careful professional reflection is needed urgently in order to further develop nursing practices within patient-centred mental health care.

## Methods

### Aim

This study aims to provide a deeper understanding of the lived experience of recovery in the context of inpatient treatment in mental health by exploring the following research question: What do hospitalised patients perceive as aiding their recovery during inpatient treatment in the mental health context?

### Design

We used a qualitative and serial research design to explore the research question, using in-depth interviews to collect data in this hermeneutic-phenomenological study (Binder, Holgersen, & Moltu, 2012). We developed a set of objectives and procedures within a framework of user-involved research, with service users cooperating throughout the

**Table 1.** Participant characteristics.

Participant	Gender	Age	Living		
			arrangements	Employment	Hospitalised
1	Female	20s	With family	Employed	5 or less times
2	Male	30s	Alone	Disability pension	5 or more times
3	Female	40s	With family	Employed	5 or less times
4	Male	40s	Alone	Disability pension	5 or more times
5	Male	70s	With family	Retired	5 or less times
6	Male	50s	Alone	Disability pension	5 or more times
7	Male	40s	With family	Employed	5 or less times
8	Female	20s	Alone	Disability pension	5 or more times
9	Female	40s	Alone	Unemployed	5 or less times
10	Male	30s	Alone	Unemployed	5 or less times
11	Female	60s	Alone	Employed	5 or less times
12	Female	50s	With family	Employed	5 or more times
13	Female	50s	Alone	Disability pension	5 or more times
14	Male	50s	Alone	Employed	5 or more times

research process, taking the role of co-researchers (Moltu, Stefansen, Svisdahl, & Veseth, 2012; Veseth, Binder, Borg, & Davidson, 2017). This fostered a collaborative process whereby service user insights and perspectives informed all phases of the study. According to Davidson et al. (2010), it is necessary to collaborate with service users when exploring recovery to ensure that research questions are informed both by lived experiences and the researcher perspective. The present study is a part of a larger qualitative serial study in which participants were interviewed twice: the first interview was conducted during hospitalisation and the second interview was conducted three months after discharge. In the present study, we report the findings from the first interview only.

### Sample

For our study sample, we recruited 14 patients who were hospitalised at one of three mental health units; this is a large enough study group to expect consistent results (Hill, 2012; Malterud, Siersma, & Guassora, 2016). The inclusion criterion was that patients had received inpatient psychiatric treatment for at least 3 weeks, and the exclusion criterion was that patients were diagnosed with active psychosis. Three participants were receiving inpatient treatment for the first time, while the remaining participants had also received inpatient treatment on previous occasions. Table 1 details the participant characteristics.

We recruited six service users, all of whom had first-hand experience of being a patient in inpatient treatment, to form a co-researcher group. The co-researcher group met for four times a year for two-day seminars throughout the whole project, who lasted for 4 years, to collaborate on all phases of the study. The co-researcher group collaborated with three experienced researchers: two specialists in clinical psychology and one physical therapist. Additionally, a PhD student and experienced nurse had the role of project leader. The fourth author (LD) provided scientific advice in designing and conducting the study, including participation in dissemination of results.

### Data collection

The researchers and co-researchers collaborated to develop an interview format of open questions. The interviewers (the

project leader and two co-researchers) received training in proper interview techniques, and pilot interviews were performed prior to data collection (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2017). The interviews were conducted from September 2016 to March 2017 and each interview lasted between 50 and 180 min. All interviews began with an open-ended question: What is it like for you to be in here? The aim of the interview was to facilitate an interaction that permitted the participant to explore his/her own experience, in his/her own words. All interviews were audio recorded and transcribed verbatim.

### Ethical considerations

All participants received written and verbal information regarding the study, including a clear statement that participation was voluntary and that they could withdraw from the study at any time without negative consequences. People with mental health problems are respected as potentially vulnerable and marginalised. Therefore, we aimed to conduct the study with care for their safe participation: The interview locations were flexible to participants' choices, either at the hospital unit, or in a meeting room outside the hospital area. Furthermore, participants could choose if they wanted to be interviewed alone by the project leader, or with one of the co-researchers present. Ten chose to be interviewed with a co-researcher present. The interviewers had no formal connection to the units from which the participants were recruited. All identifying information was anonymised during transcription to protect confidentiality. The Regional Committee for Medical and Health Research Ethics approved the study (REK VEST: 2016/30).

### Data analysis

We performed a theme-based analysis according to the principles of interpretative phenomenological analysis (IPA; Smith, 2004; Smith, Flowers, & Larkin, 2009). IPA involves six analytical steps: (i) reading and re-reading, (ii) initial note taking, (iii) developing emergent themes, (iv) searching for connections across emergent themes, (v) moving to the next case, and (vi) looking for patterns across cases (Smith et al., 2009). The project leader conducted stage (i) of the analysis and organised a team-based interpretive process that aimed to develop consensual themes. Members of the co-researcher group attended two-day seminars to reflect on and share their analyses and opinions on the data material; there were two such seminars, one at the beginning of the analysis, and one at the end. These seminars led to a deeper understanding of the themes, by focussing attention on co-researcher experiences and viewpoints. The seminars also provided a forum for questions and group discussion of emergent themes. Seminar discussions were audio recorded and reviewed for later data analysis. Table 2 presents an example of the data analysis.

Table 2. Sample of data analysis from four of the participants talking about what they need from the staff.

Transcript	Descriptive, conceptual and linguistic comments	Emergent themes	Themes across cases	Final Themes
I1: eh. Yes ... that kind of thing. There are some kinds of people like that ... and it's very ... nice if it is someone at your own age. That you can make contact with, and talk a little bit with ... So ... some people here are my age that I can talk a bit with, and that is very positive. That someone is at the same level as me. I3: Yes, that they are honest ... and that they do no ... That they can talk about themselves ... and not finished stories. Because I do not always want to talk about me. Then, it was one that I asked what he was doing. I asked what he was training for ... and he talked a lot about himself. I think that was good.	Needs someone of her own age to feel connected to; someone at the 'same level'. Does not always want to talk about herself. She liked that he was talking about himself that was good. A normal conversation? Wants them to be present. Why is this a bad day? Too homogenous? Many ladies, are they different to him? Can they not understand him? He does not like the "old ladies". The young are nice, especially the students. Why are experienced staff not more engaged?	Same age; make contact; same level  Normal conversation  Identification  Identification  Distance in terms of age and interests	Support the normal  Identification	Needing to have one's identity recognised and supported
I7: I think it's important that they are at work. Everyone may have a bad day or so, but that they have surplus. In addition, and ... They would be a more heterogenic group. Here it is ... there are many ladies working here and that's nice, but could have been more heterogeneous ... maybe it would have done something with the environment in general. I10: ehh ... It is the oldest who are the worst, the ones who have been working the longest and have got into a routine. Like the younger ones; they are quite nice and want to join and do things with us. Especially the students, they are more engaged than those who have worked here a long time.				

## Data validity and reliability

Researchers must be aware of their own preconceptions and engagement in their field of study, especially when performing qualitative research, since they will be brought close to the conversations that form the study data. It is a challenge to be simultaneously close to the practice field and be conscious of one's own position and background (Alvesson & Skoldberg, 2000; Finlay, 2003). Without systematic reflexivity, this close researcher participation risks introducing bias to the analysis; however, with systematic reflexivity, close researcher participation can bring deeper understanding. This study employed systematic reflexivity by incorporating co-researchers into the analysis, thereby helping to strengthen the analysis processes (Veseth et al., 2017). In addition to the project leader (nurse), one of the qualitative researchers (EN) and the co-researcher coordinator (ÅS) also read the entire transcribed material in detail. Finally, the project leader developed a reflexive practice by writing a reflexive diary and by discussing the project frequently with the co-researcher group.

## Results

A core theme in our results was the importance of being perceived as a 'whole person'. The patient–professional relationship was the most important aspect of the inpatient experience, with patients finding it easier to be both physical and emotionally close to themselves and others when they felt that professionals recognised them as whole people. A good patient–professional relationship seemed to be a prerequisite for a patient to continue to a good recovery in the inpatient setting. Two broad themes emerged: (i) a need to have one's self-identity recognised and supported, and (ii) an experience of ambivalence between needing closeness and distance. These broad themes demonstrate the complexity of being a person in inpatient mental health treatment.

### Needing to have one's self-identity recognised and supported

Previous experiences influenced how participants regarded themselves in relation to their inpatient surroundings. Several participants described themselves as worthless and they did not want to bother others. One female participant, who had been admitted on several previous occasions, said:

*It is about not being allowed to, I am not allowed to ... I have to agree with anyone who is stronger than me. So that I am not in the way, so that I don't irritate anyone, so that I don't make even more trouble in the system ... You became, sort of, a thing that was just there ... (Participant 13)*

Being regarded as 'who you are' was described by all participants as being particularly important. Several participants mentioned episodes when staff did something out of the ordinary for them; such episodes were remembered and described as representing particularly good care and treatment. Participants considered professionals who talked about their own daily lives, without becoming too personal,



as helping them to feel like a whole person. One female participant expressed this in the following words:

*Well, they were just so nice to talk to. They were so friendly, and the atmosphere was good too. On all shifts someone came and chatted with me during the shift and all, and I remember one lady down there. She came into my room and woke me up in the morning, with coffee and one of those almond cookies, and she said that when she grew up her grandmother had always brought her a little something to eat in bed. Yes, and she brought me a little something too. (Participant 11)*

This participant experienced being regarded as an equal, being recognised as a whole person; this made her feel good and gave her a memorable experience. For many people this would have been a small gesture, but it meant a lot to this participant who was receiving inpatient treatment, away from her everyday life. Another female participant described her need to be seen not as a 'piece of paper with letters on' but as a real person with a name:

*I do feel that I am a human being, I have a name, I am allowed to say, I am allowed to say ... I can speak and be heard without being brushed off with "Can't you just be quiet?" [laughs a little]. But that you are invited to speak "You know what, if this gets difficult now you must come out here, and we'll have a chat". (Participant 13)*

This quote is an example of a common and meaningful inpatient experience, of being regarded as a person rather than as a diagnosis or treated as a child. These experiences were viewed by all participants as having fundamental importance to their treatment, helping them to challenge their negative beliefs and experiences of self at a time when they were feeling particularly vulnerable. Many participants described such experiences, as illustrated by this statement from Participant 1:

*No, well, I do want to say ... I am pretty normal, you know... [laughs a little] It's like... I don't have any handicap or ... I am a normal person and your equal so to speak ... There is no difference between you and me, really ... No ... So ... [laughs a little]. (Participant 1)*

Other participants had experienced being excluded or turned away, such as the description by this female participant:

*... For I have experienced being sort of kicked out, or being dismissed fairly quickly after having been really ill, both because the diagnosis was wrong, and that it was in a way, ... that you were met with a sort of disgust and rejection and ... let... in a way been taunted ... (Participant 8)*

These two quotes exemplify how participants perceived that healthcare staff treated them in a manner that made them feel regarded with contempt. They did not feel recognised as a person in their own right and they experienced the professional healthcare staff as being disrespectful and patronising towards them.

The participants did not only desire recognition of their full personhood, they highlighted the importance of staff engagement, wanting to sense that staff wanted to be at work. In summary, it was important that staff should communicate their own desire to help the participants directly to the participants. Furthermore, the participants also

wanted to be treated by professionals who were willing to express their humanity and to be honest. As one female participant said:

*So, I want someone to 'play ping pong ball' with, I don't want someone who just chatters along. I ask because I also want some opposing views. Eh... for then I may make a better, independent decision on this or that. (Participant 12)*

### **Experiencing ambivalence between needing closeness and needing distance**

For inpatient treatment to best support recovery, all participants expressed a need to be emotional and physical close to someone in the treatment context while, at the same time, emphasising the value of being able to maintain a both emotional and physical distance from others (professionals and patients). What was most important to participants seemed to vary from day to day and from situation to situation. All participants talked about certain professionals who they felt were more able to help them in their recovery; individuals in whom they developed greater trust and in whom they felt more at ease. It was difficult to clarify what characterised such people, except that they always conveyed a feeling of significance to the participants. Participants frequently described having experienced professionals who did not appear to enjoy their work, or who were being overly 'professionally distant', so that these professionals did not seem to really care about the people they were treating. One female participant described both types of professionals:

*... There are certain persons that you become closer to than others. And there was one in particular who was really nice to talk to ... Not that she was nicer than all the others, or that some of the others weren't nice to talk to. But she was just special. I don't know what it was about her, but ... she was so nice to talk to ... but at times you feel as if you're somewhat talking to the wall. They have just heard it all so many times before, it is sort of. You can tell that ... They are at work. So, the empathy is, in a way, learned. They are very capable, but she seemed real. In a way... (Participant 3)*

Several participants talked about healthcare professionals who had an important unspoken quality about them. They found it difficult to explain what this unspoken quality was, but all participants stated that these professionals conveyed a genuine interest in the patients, and that they had the ability to make their patients feel important. In particular, it was possible for professionals to convey a valuable message of worth to the patients through expressions with their eyes.

Many participants had experienced demanding relationships with the staff at the inpatient unit. Some described reacting by distancing themselves or protecting themselves by withdrawing to their room and being less present on the ward. One participant stated:

*You know that today you have been given this or that contact, don't have much of a relation. My solution: I'll just be gone a lot. I don't want to talk with him because I don't trust him. I can't handle, I can't handle involving just anyone in everything. Eh ... but if there is someone with whom you have a good relation, then you can also show much more of your vulnerability. I think*

*so. It feels very safe the days that I'm able to show my own vulnerability.* (Participant 12)

This quote exemplifies the importance of good patient-professional relationships to the feeling of safety during hospitalisation. Meeting professionals that they could identify with, or who they felt had a strong basis for understanding them, was considered important for achieving emotional closeness to staff.

Other participants expressed how staff experience and knowledge were important to building trusting patient-professional relationships. It was important to feel understood and recognised by professionals, and participants experienced this most frequently when engaging with staff who had worked at the inpatient unit for a long time. This was described by a female participant:

*Yes, and understanding and maybe, get things and see things, without you having to tell them. For of course you notice a difference in those who have worked here for a long time, and those who have not, right. [...]. Lots of them are quite good of course, but they don't know enough. Plain and simple. They don't have enough life experience to understand, I think.* (Participant 9)

Knowledgeable professionals were important to many participants, and this led to increased trust in staff who had a formal education; this enabled closer patient-professional relationships. On the other hand, some participants experienced knowledgeable professionals as maintaining an unnecessary distance and, therefore, posing potential obstacles to developing close patient-professional relationships. This female participant described such experiences:

*I also feel a bit smaller when I'm with some people, with education, as they can, they have placed me into a system... but... In a way the temporary personnel are in a way a bit like that ... a bit like the woman at the training ward, that they are a bit on the outside ... that they in a way are someone else. I feel much calmer, more like myself, more like a human being, with them at times.* (Participant 8)

Here we see an example of the participant feeling calmer, more like a whole person, when she is with professionals who have minimal training. She considers that she can teach the less skilled staff something, and this gives her a feeling of equality and of being a whole person.

The participants described how they needed to feel safe in order to develop close emotional relationships with others. Furthermore, several participants expressed how they felt that they were not taken seriously when they were introduced constantly to new staff; constant staff changes were a barrier to the trust that is needed to expose their vulnerability. Some participants expressed that they felt that some professionals did not take the same responsibility for them as a patients because of these constant changes.

Closeness was also about being close in a physical sense, with some participants describing ambivalence in. Sometimes they needed physical closeness, and other times they needed distance. A female participant described it like this:

*You can't just stay in your room if you don't want to be with people. You just can't do that. But it is difficult not to be polite and chat and such. I don't really want to chat...* (Participant 3)

Thus, closeness was also about a need for physical contact. For example, the feeling of vulnerability when someone observes that you feel bad without reaching out a hand. This female participant's quote illustrates the point:

*Children are not the only ones who need human contact, we're all human beings, and mentally ill people are often isolated and need a lot of body contact. They do not get it anywhere else... you may think... what's wrong with me since they not even want to touch me? ...* (Participant 8)

In the context of the need for physical contact, participants felt that staff should first enquire if patients would like to be embraced rather than hug them uninvited since that would risk increasing their feeling of vulnerability. Overall, physical contact was very important to participants and a lack of physical contact, or a lack of offer of physical contact, made them feel that they were not worthy of being comforted.

## Discussion

In this study, we explored the experiences of hospitalised mental health patients, focussing on their inpatient recovery. Our major finding is the importance of being welcomed as a whole person during hospitalisation, with two main themes: (i) a need to have one's identity recognised and supported, and (ii) contradictory needs for closeness and distance. We describe our major finding with a rather simple description, one that most professionals would say they already hold as a professional value, and we describe the two constituent themes as means of achieving a feeling of welcome in practice. As illustrated by Waldemar et al. (2016) review, the mental health field does not seem to be properly embracing the needs identified by these themes.

According to Davidson and Johnson (2013), recovery from mental illness occurs through an ongoing exchange between patients and their social context. Furthermore, recovery-oriented care requires that healthcare providers support the patient's own efforts towards their recovery (Davidson et al., 2016), recognising that patient autonomy is core to recovery. Patients with serious mental illnesses may strive to experience a sense of self-agency and they feel that regaining self-agency offers them an important step in recovery. Time and patience are needed to regain self-agency, and hospitalised mental health patients may need significant help from nurses in this regard. We find that constructive patient-professional relationships are fundamental for a feeling of safety and an acceptance of nursing support. Under our theme of ambivalence, participants highlighted the time it took to build a good relationship with their nurse and that they needed a nurse whom they met regularly and who was not replaced, a nurse who had time to spend with them and who recognised them as a whole person. Topor and Denhov (2012) found that time is an important factor in the development of such patient-professional relationships, and that when autonomy was granted to both professionals and patients, the patients had a strong sense of being a whole person rather than merely a hospitalised patient. Moreno-Poyato et al. (2016) performed a

comprehensive literature review, revealing that nurses reported administrative burdens and short-term work placements as being important barriers to building safe patient-professional relationships. They also reported research that establishes that nurses feel that the expectations of hospitalised patients are unrealistic in the context of their working conditions, with downstream impact on their own job satisfaction. Our findings address the importance of properly organising healthcare services to enable nurses to provide the professional support that is needed by their patients.

This study highlights the complexity of inpatient treatment in the mental health context. Sometimes hospitalised patients need to be emotional and/or physical close to someone while at other times they need to be distant, and it is difficult for the nurse or even the patient to identify the current needs. This complexity and ambivalence can cause staff to feel insecure in how they approach their patients. Our findings illustrate that poor patient-professional relationships cause withdrawal and impair recovery in hospitalised mental health patients. Our findings are supported by several previous studies that highlight the importance of patient-nurse relationships, emphasising the need for nurses to foster an authentic interpersonal engagement with their hospitalised patients (Delaney, Shattell, & Johnson, 2017; Molin et al., 2016; Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton, 2015).

We find that interpersonal relationships between nurses and hospitalised patients are fundamental to inpatient recovery, with hospitalised patients being apprehensive due to their often traumatic histories and experiences. A recently published discourse analysis from a core psychiatric nursing text offers a dominant discourse whereby hospitalised patients are portrayed much like children, with the nurse being the maternal adult archetype (Oute, 2018). We also reveal how hospitalised mental health patients express a need to be fully recognised as adults, supporting Oeye et al.'s (2009) findings suggesting that patients were treated as children during admission. Davidson et al. (2016) highlight how staff's respect of patients' adult autonomy helps maximise the degree to which they can exercise this autonomy while being hospitalised. This is echoed in our results, as participants underscore the need to make autonomous choices of how they spend their time, who they spend time with and what activities they choose to be involved in when hospitalised.

A qualitative meta-synthesis by Stomski et al. (2017) found that healthcare providers rarely recognise that patients should have full control over decisions, and that patient participation is frequently characterised by tokenism. Myers (2016) recently identified a systemic lack of respect for the autonomy of hospitalised patients and a lack of true engagement in their care and treatment as a barrier to recovery. Fostering more inclusive approaches will require additional nurse training. Furthermore, appropriate training curricula updates are required to foster user participation, with the aim of changing the traditional attitude that 'professionals know best' for hospitalised patients; this will require that nurses are willing to share 'power' with their patients. Open dialogue has been

fostered as a means of treating hospitalised patients as equals (Seikkula, 2011), focussing on strengthening personal resources and normalising individual situations rather than focussing on regressive behaviour. Rosen and Stoklosa (2016) found that open dialogue can be used as an effective form of inpatient treatment in patient-centred care.

We show that hospitalised patients want nurses who focus on interpersonal relationships, who possess therapeutic interventional skills, and who have professional attributes. A literature review by Sharac et al. (2010) found that nurses spend only a limited amount of time in direct contact with patients. Furthermore, a medical model for mental health services emphasised a culture in which nurses spend most of their time performing routine task-oriented duties such as administering medication, keeping the unit safe, providing custodial care, completing large amounts of paperwork and other administrative duties (Sharac et al., 2010). Myers (2016) confirms the vital role of nurses who provide inpatient care, and that these nurses are well-placed to deliver a wide array of recovery-oriented services. Myers highlights that transforming the mental health system from a medical model to a recovery model would create an opportunity for nurses to return to their professional roots and deliver person-centred holistic care, with a focus on therapeutic relationships.

In conclusion, patient descriptions of inpatient treatment provide a rich, unique learning basis for nurses, enabling them to further understand and reflect on their interactions with vulnerable patients. Nurses should be trained to foster patient participation in clinical contexts, to strengthen the personal resources of hospitalised patients, and to normalise the situation. Participatory research methods that bridge the gap between theory and practice should be developed further, and programmes and policies based on user-involved research should be implemented.

### Limitations

This study was conducted by interviewing hospitalised patients from three mental health units who volunteered to participate, suggesting a potential bias in the study population. While the study findings are context-specific due to fact that the study population does not fully represent all hospitalised mental health patients, they are supported by the findings of similar studies in the field. Therefore, there may be a degree of generalisability, particularly to different mental health inpatient units where nurse day-to-day practice is aimed at a therapeutic effect beyond than providing containment and safety. Studies, such as this one, that involve high levels of service-user participation are both costly and time-consuming, making them difficult to replicate in wider contexts.

### Acknowledgements

We gratefully acknowledge the patients who participated in the study and the staff at the three different mental health clinics who gave us access to the ward. We are thankful to the co-researcher group for bringing a deeper understanding to the phenomenon. In this project,

the co-researcher methodology strengthen the project. We confirm that all authors listed meet the authorship criteria according to the latest guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors, and all authors are in agreement with the manuscript.

## Funding

The study is funded by Department of Health and Care Sciences, Western Norway University of Applied Sciences.

## ORCID

Eli Natvik  <http://orcid.org/0000-0002-5781-4254>  
 Marius Veseth  <http://orcid.org/0000-0002-5881-5451>  
 Larry Davidson  <http://orcid.org/0000-0003-1183-8047>

## References

- Alsaker, S., & Ulfseth, L. (2017). Narrative imagination in milieu therapy: Staff members' stories of relational change. *Journal of Occupational Science*, 24(4), 535–545. doi:10.1080/14427591.2017.1375968
- Alvesson, M., & Skoldberg, K. (2000). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- American Psychological Association (APA). (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102–109.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. doi:10.1037/h0095655
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103–117.
- Borge, L., & Fagermoen, M. S. (2008). Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. *Journal of Mental Health*, 17(2), 193–205. doi:10.1080/09638230701505996
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., ... Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 391(10128), 1357–1366. doi:10.1016/S0140-6736(17)32802-7
- Cleary, M., Hunt, G. E., Horsfall, J., & Deacon, M. (2012). Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: A review and synthesis of qualitative studies. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(2), 66–79. doi:10.3109/01612840.2011.622428
- Davidson, L., Carr, E., Bellamy, C., Tondora, J., Fossey, E., Styron, T., ... , Elsamra, S. (2016). Principles for recovery-oriented inpatient care. In N. N. Singh, J. W. Barber & S. Van Sant (Eds.), *Handbook of recovery in inpatient psychiatry* (pp. 39–58). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Davidson, L., & Johnson, A. (2013). It's the little things that count: Rebuilding a sense of self in schizophrenia. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(3), 258–264.
- Davidson, L., Shaw, J., Welborn, S., Mahon, B., Sirota, M., Gilbo, P., ... Pelletier, J.-F. (2010). "I don't know how to find my way in the world": Contributions of user-led research to transforming mental health practice. *Psychiatry*, 73(2), 101–113. doi:10.1521/psyc.2010.73.2.101
- Delaney, K. R., Shattell, M., & Johnson, M. E. (2017). Capturing the interpersonal process of psychiatric nurses: A model for engagement. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 634–640. doi:10.1016/j.apnu.2017.08.003
- Finlay, L. (2003). Through the looking glass: Intersubjectivity and hermeneutic reflection. In L. Finlay & B. Gough (Eds.), *Reflexivity: A practical guide for researchers in health and social sciences* (pp. 105–119). Oxford, UK: Blackwell Science.
- Hill, C. E. (Ed.). (2012). *Consensual qualitative research: A practical resource for investigating social science phenomena* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (2nd ed.). London, UK: Sage.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). New York, NY: Wiley.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Leucht, S., Leucht, C., Huhn, M., Chaimani, A., Mavridis, D., Helfer, B., ... Davis, J. M. (2017). Sixty years of placebo-controlled anti-psychotic drug trials in acute schizophrenia: Systematic review, Bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. *American Journal of Psychiatry*, 174(10), 927–942. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16121358
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative Forskningsmetoder for medisin og helsefag (Qualitative research methods for medicine and health sciences)* (4 ed.). Oslo, Norway: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. doi:10.1177/1049732315617444
- Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B.-M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—Patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11(1), 29897. doi:10.3402/qhw.v11.29897
- Moltu, C., Stefansen, J., Svisdahl, M., & Veseth, M. (2012). Negotiating the coresearcher mandate – Service users' experiences of doing collaborative research. *Disability and Rehabilitation*, 34(19), 1608–1616.
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Acuña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., ... Roldán-Merino, J. F. (2016). The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A narrative review of the perspective of nurses and patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782–787. doi:10.1016/j.apnu.2016.03.001
- Myers, E. R. (2016). Mental health nursing services. In N. N. Singh, J. W. Barber & S. Van Sant (Eds.), *Handbook of recovery in inpatient psychiatry* (pp. 259–277). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A., & Anderssen, N. (2009). Raising adults as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(3), 151–158. doi:10.1080/01612840802557246
- Oute, J. (2018). 'It is a bit like being a parent': A discourse analysis of how nursing identity can contextualize patient involvement in Danish psychiatry. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(1), 1–10. doi:10.1177/2057158517706314
- Pazargadi, M., Fereidooni Moghadam, M., Fallahi Khoshknab, M., Aljani Renani, H., & Molazem, Z. (2015). The therapeutic relationship in the shadow: Nurses' experiences of barriers to the nurse-patient relationship in the psychiatric ward. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(7), 551–557. doi:10.3109/01612840.2015.1014585
- Peplau, H. (1952/1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Rosen, K., & Stoklosa, J. (2016). Finland in Boston? Applying open dialogue ideals on a psychotic disorders inpatient teaching unit. *Psychiatric Services*, 67(12), 1283–1285. doi:10.1176/appi.ps.201600340
- Seikkula, J. (2011). Becoming dialogical: Psychotherapy or a way of life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 179–193. doi:10.1375/anft.32.3.179
- Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., Wood, A., & Wykes, T. (2010). Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatient wards: A literature review. *International*


- Journal of Nursing Studies*, 47(7), 909–917. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.03.012
- Shattell, M. M., Starr, S. S., & Thomas, S. P. (2007). 'Take my hand, help me out': Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 274–284. doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00477.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1(1), 39–54. doi:10.1191/1478088704qp004oa
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, method and research*. London, UK: Sage.
- Smith, Y., & Spitzmueller, M. C. (2016). Worker perspectives on contemporary milieu therapy: A cross-site ethnographic study. *Social Work Research*, 40(2), 105–116. doi:10.1093/swr/svw003
- Spiers, J. A., & Wood, A. (2010). Building a therapeutic alliance in brief therapy: The experience of community mental health nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(6), 373–386. doi:10.1016/j.apnu.2010.03.001
- Stomski, N., Morrison, P., Whitely, M., & Brennan, P. (2017). Advocacy processes in mental health: A qualitative study. *Qualitative Research in Psychology*, 14(2), 200–215. doi:10.1080/14780887.2017.1282567
- Thomas, S. P., Shattell, M., & Martin, T. (2002). What's therapeutic about the therapeutic milieu? *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(3), 99–107. doi:10.1053/apnu.2002.32945
- Topor, A., & Denhov, A. (2012). Helping relationships and time: Inside the black box of the working alliance. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15(3), 239–254.
- Veseth, M., Binder, P.-E., Borg, M., & Davidson, L. (2017). Collaborating to stay open and aware: Service user involvement in mental health research as an aid in reflexivity. *Nordic Psychology*, 69(4), 256–263. doi:10.1080/19012276.2017.1282324
- Waldemar, A. K., Arnfred, S. M., Petersen, L., & Korsbek, L. (2016). Recovery-oriented practice in mental health inpatient settings: A literature review. *Psychiatric Services*, 67(6), 596–602. doi:10.1176/appi.ps.201400469
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N., & Rasmussen, P. (2016). Umbrella review of the evidence: What factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 723–734. doi:10.1111/jan.12862
- Wood, L., & Alsawy, S. (2016). Patient experiences of psychiatric inpatient care: A systematic review of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 12(1), 35–43. doi:10.20299/jpi.2016.001
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181–189. doi:10.1111/inm.12121

# Artikkel II





# Contradictory experiences of safety and shame in inpatient mental health practice – a qualitative study

Kari Eldal RN., Cand.san (Research Fellow)<sup>1</sup> , Marius Veseth PhD (Associate Professor)<sup>2</sup>,  
Eli Natvik PhD (Associate Professor)<sup>1</sup>, Larry Davidson PhD (Professor of Psychiatry, Director)<sup>3</sup>,  
Åse Skjølberg (Coresearcher)<sup>1,4</sup>, Dorte Gytri (Coresearcher)<sup>4</sup> and Christian Moltu PhD (Professor of  
Clinical Psychology)<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Department of Health and Care Sciences, Western Norway University of Applied Sciences, Førde, Norway, <sup>2</sup>Department of Clinical Psychology, University of Bergen, Bergen, Norway, <sup>3</sup>Program for Recovery and Community Health, School of Medicine and Institution for Social and Policy Studies, Yale University, New Haven, CT, USA, <sup>4</sup>Center for Health Research in Sogn og Fjordane, District General Hospital of Førde, Førde, Norway and <sup>5</sup>Department of Psychiatry, District General Hospital of Førde, Førde, Norway

*Scand J Caring Sci; 2019*

## Contradictory experiences of safety and shame in inpatient mental health practice – a qualitative study

This study explores the lived experience of hospitalisation from the perspective of people with a mental health disorder. This hermeneutic-phenomenological study, which forms part of a larger qualitative serial inquiry, uses a participatory research design, with analysis inspired by interpretative phenomenological analysis. Fourteen participants were interviewed twice: first during hospitalisation and then again 3 months following hospital discharge. Findings are reported from the entire interview data set. Our findings suggest that mental health hospitalisation is a contradictory experience for patients.

On one hand, our study participants experienced the hospital as a place where it is alright to be vulnerable, while on the other hand participants experienced hospitalisation as a burden of everyday stigma and signs of depersonalisation. We conclude that it is important to recognise that patients in need of inpatient treatment for mental illnesses are, in fact, people first and foremost. More reflective practice can be developed by shifting the focus to recovery-oriented practices to and open dialogue-based approaches.

**Keywords:** mental health, inpatient treatment, nursing, patient experience, recovery, reflective practice.

*Submitted 2 August 2018, Accepted 3 February 2019*

## Introduction

Inpatient treatment remains a significant aspect of care for mental health patients who have a high level of suffering, some of whom are hospitalised repeatedly for brief periods. Inpatient treatment aims to alleviate suffering through ensuring safety and containment (1, 2). The discourse of safety has informed the care of mental health patients through institutionalisation and into modern inpatient practices (3). Patients expect to be treated in a safe environment and to develop relationships with nurses and other staff (1, 4–6). However, the mental health system has a long history of providing ineffective and often harmful interventions (7). Medicalisation of mental illness has a strong definitional power regarding how this kind of suffering is conceptualised and

understood (8, 9), with the medical model offering a more ‘expert’ stance for professionals (7), such that patients often become disempowered and submissive. The recovery movement, which partially arose in response to a narrow medical model, repositions patients as partners in determining their own treatment course. The recovery model of mental health care seeks to disentangle risk and blame, with patients assuming responsibility for actions taken towards recovery, without taking blame for their symptoms or illness (10). Recovery-oriented professionals regard their role as a coach/guide to the patient’s own journey to building a rich and purposeful life (7). Recovery is also conceptualised as a vision, philosophy, process, attitude, life orientation and a set of outcomes (11). Leamy et al. (12) highlight the need to study how mental health professionals can support recovery, and how they can respect recovery as a unique and individual experience rather than as something the mental health system *does to* a patient. In this coming together of different traditions, it is important to explore the patient’s perspective to understand how inpatient treatment is currently experienced by mental health patients.

### Correspondence to:

Kari Eldal, Department of Health and Care Sciences, Western Norway University of Applied Sciences, Svanehaugsvegen 1, 6812 Førde, Norway.  
E-mail: kari.eldal@hvl.no



Studies that take a service user perspective report that although some psychiatric inpatients feel safe and cared for, others experience their hospitalisation as neither safe nor therapeutic (4). Other studies show that patient participation in inpatient treatment is challenging, particularly when conflicts between how staff and patients interpret hospital rules challenge the establishment of collaborative relationships (13). Wood and Alsawy (1) found that collaborative and inclusive care, positive relationships, and safe and therapeutic hospital environments were distinct aspects of inpatient care. Written and unwritten rules were emphasised as an important part of therapeutic environments, with typical 'unwritten rules' being inappropriate conversation topics in public areas, and how to behave with fellow patients (13–15). Storm and Edwards (16) found challenges arising from tension between authority, represented by written rules and patient participation.

The most important predictor of successful treatment outcomes is patient engagement and participation (9, 17). Difficulties relating to tension between participation and authority remain in the mental health system (16). Both patients and staff are affected by stigmatisation and shame (18). Thus, inpatient psychiatric treatment is complex and more research is needed. Empirical knowledge of which mechanisms and processes of inpatient treatment best alleviate suffering is scarce, as acknowledged by many researchers (19, 20). Qualitative studies on treatment processes in psychiatric settings are particularly needed (1, 21, 22), and there has been a recent increase in research into patient perspectives (1, 5, 23). In the context of the current research environment, we explore how mental health patients experience current inpatient treatment in Norway.

## Methods

This hermeneutic-phenomenological project (24), which forms part of a larger qualitative serial inquiry, takes a participatory research design and was established to explore first-hand patient experiences of inpatient treatment in the mental health context. We collected data through two in-depth interviews with 14 study participants who were all mental health patients from a specialist hospital setting in Norway. A framework of user-involved research (25, 26) enabled us to cooperate closely with a committed group of service user coresearchers throughout the study. The coresearchers had first-hand experience with mental health disabilities because they themselves had been hospitalised in mental health care. The goal of involving people with their own experience is to enable research questions to be aligned with the needs, values and interests of service users. This ensured that research questions were informed by both patients' lived experiences and current research in the field.

## Participants

*Study setting and participants.* The study was conducted in three public mental health units. Participants were recruited during their ongoing inpatient treatment for mental health disorders and were invited to participate regardless of diagnosis. For recruitment for this project, we put up a poster with information on the project in the hospital department. In addition, the project leader and one of the coresearchers attended patient morning meetings to inform about the study. The patients who wanted to participate in the study contacted the project leader directly. The inclusion criterion was voluntary inpatient treatment for at least 3 weeks, and the exclusion criterion was active psychosis. Fourteen participants were recruited. The first interview was conducted during the participant's admission to hospital, and the second interview was conducted 3 months after discharge. 11 of the 14 participants were interviewed twice (See Table 1).

*Researcher and coresearcher group.* Six persons with first-hand service user experiences were recruited to a coresearcher group. The coresearcher group met annually for four 2-day seminars during the study (lasting for 4 years). The group also included three experienced researchers: two associate professors and one professor (a specialist in clinical psychology, a clinical psychologist and a physical therapist). A doctoral student and experienced nurse (project leader) also formed part of the group.

## Data collection

An interview schedule was prepared collaboratively by researchers and coresearchers, in which open-ended questions were developed. Interviewers were trained in interview techniques before data collection, and a pilot interview (27) was performed. Interviews, which lasted between 50 and 180 minutes (average of 90 minutes), were conducted between September 2016 and September 2017, and took place in hospital units, in external meeting rooms, or in the home of the participants, at the participant's choice. Researchers aimed to facilitate interactions that allowed participants to tell their own stories, in their own words. The project leader took part in all interviews. Ten participants chose to be interviewed by the project leader and a coresearcher together. All interviews were audio-recorded and transcribed verbatim for structured analyses by the first author.

## Data analysis

We performed a theme-based analysis inspired by interpretative phenomenological analysis (28). The project

**Table 1** Overview over patient participant

Participant	Gender	Age	Relationship status	Employment	Times in treatment
1	Female	20s	Lives with family	Employed	Less than 5
2	Male	30s	Lives alone	Disability pension	More than 5
3	Female	40s	Lives with family	Employed	Less than 5
4 <sup>a</sup>	Male	40s	Lives alone	Disability pension	More than 5
5	Male	70s	Lives with family	Retired	Less than 5
6	Male	50s	Lives alone	Disability pension	More than 5
7	Male	40s	Lives with family	Employed	Less than 5
8	Female	20s	Lives alone	Disability pension	More than 5
9	Female	40s	Lives alone	Unemployed	Less than 5
10 <sup>a</sup>	Male	30s	Lives alone	Unemployed	Less than 5
11	Female	60s	Lives alone	Employed	Less than 5
12	Female	50s	Lives with family	Employed	More than 5
13	Female	50s	Lives alone	Disability pension	More than 5
14 <sup>a</sup>	Male	50s	Lives alone	Employed	More than 5

<sup>a</sup>Data from one interview.

leader organised a team-based interpretive process aiming at developing consensual themes. First, a list of codes was produced for each transcript and then clustered into superordinate themes for that specific participant. Second, after the ideographic stage of analysis (Stage 1), superordinate themes were compared across participants, refined and developed for the entire group. Tentative themes captured similarities and differences in individual experiences. Third, the coresearcher group convened, in the context of group seminars, to reflect and share their own analyses and views on the data. These group discussions led to an adjustment and elaboration of the initial understanding, which again gave the full research group a deeper understanding of the themes by focusing attention on the coresearchers' experiences and viewpoints. An example was the theme 'A place where it is alright to be vulnerable', which was initially referred to as 'a safe bubble' in the group discussions. In addition, the group discussions were a place to ask questions and discuss emergent understandings. Some themes were more obvious to the service users than to the researchers, and vice versa. Fourth, the project leader asked the coresearcher group to discuss the phenomena that had been identified in the data. Discussions were audio-recorded and the project leader listened to the group discussions after the meetings. The project leader went back to the material with this added perspective, to audit analyses of the full data material. Consensual themes were thus finalised (see Table 2).

#### *Ethical considerations*

Patients received written and verbal information about the study at the inpatient unit, which clearly stated that participation was voluntary, and that they could

withdraw from the study at any time without negative consequences. The interviewers had no formal connection to the units from which the participants were recruited. All participants gave written informed consent, and identifying information was removed during transcription to protect confidentiality. People receiving inpatient psychiatric care are viewed as potentially vulnerable and marginalised. Therefore, we aimed to conduct the study with care for their safe participation: the interview locations were flexible to participants' choices, either at the hospital unit or in a meeting room outside the hospital area. Furthermore, participants could choose if they wanted to be interviewed alone by the project leader or in partnership with one of the coresearchers. The leadership of the hospital we recruited participants from agreed to the project being conducted, and the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics approved the study 2016/30/REK Vest.

#### **Results**

A variety of descriptions of being hospitalised emerged during the analysis, from which we developed two main contrasting themes: (i) a place where it is alright to be vulnerable and (ii) the burden of everyday stigma and signs of depersonalisation. Each theme influences the recovery process during hospitalisation in its own way. Theme (i), a place where it is alright to be vulnerable, describes the need for hospital to feel safe and to be protected from the outside world, while also offering some kind of security in one's own inner chaos. Theme (ii), the burden of everyday stigma and signs of depersonalisation, describes various types of stigma and forced socialisation related to hospitalisation. All participants

**Table 2** Sample of data analysis from four participants talking about their experience of inpatient treatment

<i>Transcript</i>	<i>Descriptive, conceptual and linguistic comments</i>	<i>Emergent themes</i>	<i>Themes across cases</i>	<i>Final themes</i>
P8: Ehhh... Compared to how it is at home I think this is just so very safe, having people around me, and being able to withdraw if I want to, and having some routines. It is... I guess it has varied a bit depending on what the problem has been, but I do find I calm down a lot when I'm in the hospital. (Second interview)	Safe Having people around (lonely at home) Routines Calm down	Safety Socialisation Calmness Routine	The safe bubble: Safety Routine Calmness Participation Socialisation	A place where it is alright to be vulnerable
P2: ...and I get in food and routines, and bedtime, and sleep routines and stuff... and I also get to chat a bit and socialize some. (Second interview)	Routines Socialise (lonely at home)	Routine Socialisation		
P14: I am, after all, used to what happens in the units, and I just see how they just do what they are supposed to. That is safe, and it's no problem. So, then I feel really, like, I feel really well taken care of. You know, here you have your own room, here you are ... there are no shared bathrooms. It's really, you're staying at a hotel, all inclusive. You know, you get the full, you make some of the food, but so what? That's just so we socialize a little. So, I really feel all is well here. (First interview)	The staff do their job It is safe Feels like taken care of His own room Like a hotel Socialise	Calmness Participation		
P1: There is nothing that stresses me, and there is nothing you have to do ... ehh... You are invited to participate in different things, and then you can say no if you don't feel like it, or don't want to, or whatever, without them necessarily pushing you. (First interview)	No stress You don't have to participate No punching (husband, two small children)	Safety Socialisation Calmness Routine		

experienced both themes and described the tensions between them during their hospitalisation.

*A place where it is alright to be vulnerable*

Participants described being able to let go of their life outside of hospital as one of the positive experiences associated with hospitalisation, particularly when home life had come to a standstill such that they could not get out of bed, could not leave the house or could not undertake tasks that were necessary to normal functioning. Even when participants understood the need to work hard themselves to get better, supportive hospital staff were important to that process. One participant described how hospitalisation helped him recover:

Well, it can be simple things ... to help me be present here and now in a way. That I don't just sit inside my own bubble, where there is more of the past, and the future but ... that it can be here and now. And then I either have to be ... (pauses), well, maybe, reminded to talk to people or ... (pause),

well, or that we do things together you know, it can be simple things like playing a game or ... it depends ... getting up ... meals... and ... activities. (Participant 7, male, first interview)

According to this participant, an important part of recovery was being reminded to be actively present. Several participants emphasised a fine balance between nagging and reminding to participate in activities. A feeling of independent choice, followed by an offer to participate in activities, was positive, but with the potential to become negative if staff pushed too hard.

Several participants emphasised safety, calmness and routine as good for their recovery. Several participants reported feeling calmer when hospitalised, and that this might help them subsequently deal with daily life at home. One participant, who had been hospitalised several times, said:

Ehhh... Compared to how it is at home I think this is just so very safe, having people around me, and being able to withdraw if I want to, and having

some routines. It is ... I guess it has varied a bit depending on what the problem has been, but I calm down a lot when I'm in the hospital. (Participant 8, female, second interview)

This single woman, who received disability benefits, described how the safety of the inpatient unit helped her to calm down, to share her pain with others and to get help in establishing daily routines. Her experiences of what contributes to a constructive calm were shared by most participants. One participant commented:

...and I get in food and routines, and bedtime, and sleep routines and stuff... and I also get to chat a bit and socialize some.

(Participant 2, male, second interview)

For some participants, hospital was their only place to meet people and socialise; these participants emphasised fellow patients, staff and common activities as something positive. Other participants, who had many burdensome obligations and appointments in their daily lives, experienced hospitalisation as providing breathing space from the pressures and stresses of daily life.

Hospitalisation provided a break from hectic daily lives that were difficult to manage in the context of mental health problems. However, some participants who emphasised calmness and safety viewed hospital staff and fellow patients as less important, with common group activities sometimes viewed as something negative. Other participants felt safe inside a well-functioning hospital unit that had staff who were present for them and did what they were supposed to do, creating safe structures in daily life. It was important that staff were present, and did what professionals in such setting were expected to do. Several participants said they needed help with tasks from their daily lives, such as paying bills, or building in structure to their daily routines.

That I notified them that, now I'm ill and need help. And then there is some social worker or other... who deals with, who deals with areas that I could otherwise have handled myself.

(Participant 7, male, second interview)

Being in a safe environment sometimes presented an obstacle to recovery, with some participants being concerned about staying too long in the hospital and their life after discharge. They worried that hospitalisation would become too safe that they would lose touch with friends and family. While hospitalised, patients had difficulty in perceiving their lives as healthy individuals; this was reinforced when observing other patients, who might be more ill than themselves or who had been

admitted on multiple occasions, in the unit. One participant described it like this:

It's that you're ... or I'm scared that... that I'll just stay on here in a way, and over time... and scared that I will lose touch with family, friends ... (long silence) work ... (long silence). Now it sounds like, when we talked... that it's about being here a week, or two weeks, or three weeks, or ... but I have a hard time imagining now how it'll be going home and...so here I am... I'm staying here...now that I think about it I'm here, and I don't know for how long, and it's hard to [...] And that can make you scared... to... stay that long in a system you have applied for... (Participant 7, male, first interview)

All participants emphasised the feeling of safety in the bed unit, which was in strong contrast to some of the other feelings they had during hospitalisation. Being hospitalised also connected to various negative emotions, and participants described different internal tensions. Participants had clear contradictory feelings, something which led to internal tensions that they brought with them in their daily lives in the bed unit.

#### *Burden of everyday stigma and signs of depersonalisation*

Many participants experienced feelings of stigma and shame associated to the hospitalisation. Participants felt stigmatised by society and professionals, internalised stigma, and they also described stigmatising views to and from fellow patients. One participant was particularly concerned with this, worrying that she would be recognised by people outside the unit. This quote illustrates the feeling of stigmatisation:

...and I feel it is just so stigmatizing, you know. You run into such a lot of people going over there. Who probably know that: oh-oh, this one, she comes from the psychiatric unit, you know. I don't like that ... (Participant 9, female, first interview)

This woman described her experience of being dehumanised, being afraid of being seen and remembered as 'the lady from the psychiatric ward'. Several participants reported that their fear of being seen and recognised by people outside the hospital unit was so great that they chose not to go for group hikes and social activities with other patients and hospital staff.

Some participants did not want to identify as patients, or with the other patients. They experienced the hospital community as being forced and artificial, and something they did not want to be part of. Participants felt that it was expected all patients to go on walks together, have meals together and participate in other group activities. Although common activities were intended to promote

recovery, in some cases they hindered recovery. Many participants felt dehumanised, as illustrated in this quote about forced socialisation:

But sometimes I feel lonely and unhappy. That's when I have to spend time with people I have nothing in common with.

(Participant 13, female, second interview)

Several participants talked about the artificial unit community, where group activities strengthened feelings of shame and stigma through forced participation. One participant described it the following way:

You give away a bit of your independence, for you are at the mercy of...you go to bed...you get up...you are in the activity unit. You eat... You know? You're a patient. You go talk to someone, maybe you really lose it, and then you get really ... You have to go to your room until. Or you can go into the living room, but you are...you are ill. In a way you're a nobody. Then you just sit there and wait, and then you wait for the next meal. And maybe you sit there with someone and feel you have nothing to talk about. For everything is so artificial.

(Participant 13, female, second interview)

For this participant, being a patient made her feel like a 'nonperson'; similar feelings of dehumanisation were expressed by many participants.

All participants felt somehow vulnerable during hospitalisation, experiencing many, and at times difficult, emotions when things got bad in the unit, so that they felt caught in a hopeless situation. While other people making decisions on behalf of the participants led to a feeling of safety, it also led to an extra sense of shame. The hospital units in the study had a rule that patients were not allowed to discuss private issues with fellow patients. One participant describes how they broke this rule:

And then I was told that it was not accepted, we did not talk about such things when we were in the common area.

(Participant 9, female, first interview)

When the staff took participants aside to remind them of the rule, it reminded them that they were unable to make their own judgements and that they were under the scrutiny and sanctions of hospital staff. One participant described this feeling in the following way:

One will then talk, or be taken to a side: 'that's how it works. We cannot do that'. Certainly, it will be stricter and stricter.

(Participant 2, male, second interview)

Four participants experienced hospitalisation as difficult due to the reduced power they had compared to staff. Moreover, they had experienced diagnoses and situations being used against them, so that they felt that their self-worth was marginalised. This participant verbalised something that many participants struggled with:

But, you are vulnerable when you are a patient. When, in a way, you're already broken, there are staff who just make things worse. It's scary, and in a way that's a risk you run. It is... (whispers the last words).

(Participant 8, female, first interview)

Even though this participant risked getting into situations, or meeting people, that were not good for her during her hospitalisation, she nevertheless found them worthwhile. Other participants felt their patient 'role' to be a burden since it created an expectation of recovery, and nonrecovery was regarded negatively, as described here:

You're initially allowed to feel down for a little while when you're hospitalized – but then it's sort of expected that you get over it. Pull yourself together. Go out there and sit!

(Participant 13, female, second interview)

This quote provides a powerful description of being talked to like a child; experiences such as these do not promote recovery or foster beneficial collaboration between patients and staff. Several participants shared experiences of having their independence compromised when 'powerful' staff claimed to know what was best for them. This type of dehumanisation is described here:

Yeah, what they mean is good for you, instead of you yourself saying what's good for you.

(Participant 10, male, first interview)

Participants reacted angrily and withdrew/isolated themselves when their experience was of not being met or not being heard.

Some participants said that staff were often unmovable in their decisions. A female participant recounted a disagreement with a nurse during which the participant explained how she needed peace and quiet, and someone who would ask her what she needed and who would take her seriously, but the nurse wielded her power and rejected the participant's needs. Following the disagreement, the participant observed the nurse's colleagues coming to support her (the nurse), meanwhile abandoning the participant. As a patient, she felt left on her own,

hurt and powerless. The participant described the experience in the following way:

That is the underlying threat! You know they can ascribe this to one thing or the other. You know they can use force. Somatic units can't do that, and then you don't stand a chance. In this game. Even if they were the ones starting it.

(Participant 12, female, second interview)

This participant felt this particularly strongly, understanding that the nurse could attribute her behaviour in the disagreement to her diagnosis rather than acknowledging her as a person; she knew the nurse could use force, and this increased her feeling of powerlessness.

## Discussion

This study explored the subjective experience of receiving inpatient treatment for mental health disorders. Results reveal that, when reflecting on their inpatient treatment, participants tended to experience duality and to oscillate between feelings of safety and shame, between experiencing the inpatient unit as a 'place where it is alright to be vulnerable', as described in theme (i) but also to experience 'the burden of everyday stigma and signs of depersonalisation', as described in theme (ii). All participants regarded the inpatient environment as safe, describing hospitalisation as a break from their exhausting everyday lives. Descriptions of experiences of hospitalisation during the admission were similar to their description 3 months after discharge. Patients who had good experiences at the time of hospitalisation were likely to remember their treatment positively afterwards. Conversely, patients who had negative experiences were likely to be affected negatively by those experiences for a long time after discharge, having a long-term negative opinion of their hospitalisation. Participants described how inpatient treatment made them feel vulnerable, creating a complex situation in which they struggled internally with the burden of suffering while externally socialising by meeting with fellow patients and hospital staff.

The complex duality of participant experiences, in which participants felt concurrently safe and shameful during their hospitalisation, was a very important theme in our data. Hospitalisation provided safety by offering asylum from overwhelming stressors or loneliness outside of hospital; this feeling of safety was reinforced by the predictability, structure and dependability of the hospital environment. Shame and depersonalisation seemed to arise in the social context, particularly when routine was compromised. If a participant did not meet expectations of the setting, by needing something extra, by not accepting suggestions, by recovering too slowly or by

being critical or angry, then social friction resulted. Social friction made participants feel rejected and pathologised, resulting in feelings of shame. The mere knowledge that such situations could arise led to a sense of depersonalisation, of 'being a disorder' or a 'generic patient' rather than a unique individual. Thus, contradictory experiences of safety and shame coexisted in inpatient mental health care.

Our findings suggest that tensions arise when expert roles are challenged. Oeye et al.'s (15) ethnographic study on milieu therapy found that patients were often understood as harmed children and that they were deprived of formal authority and autonomy. This is supported by Alexander (29), who studied the content of rules within acute psychiatric wards and found that patients felt incarcerated, trapped, dehumanised, stigmatised and treated punitively. Furthermore, a qualitative content analysis of written house rules from different institutions found that rules did not enable patients to participate as full citizens (30). Another study, which investigated nursing documentation in inpatient psychiatry (31), found that even nurses who were generally positive about patient participation maintained their 'expert' position when observing symptoms, formulating nursing diagnoses and writing progress notes. Nurses considered patient lack of insight to be the main obstacle to writing progress notes collaboratively. Furthermore, Mancini et al. (32) found that paternalistic staff attitudes hindered mental health recovery. Finally, Jacob et al. (33) discussed how nurses fail to take a holistic approach towards mental health recovery, as defined by people with lived experiences, when they focus on symptom remission and medication compliance, rather than personal choices and aspirations.

We found that feelings of shame were internalised by most participants. Larkings et al. (34) found that service users tend to think that the public have a narrow range of causal beliefs such that they believe mental illness to be caused by personal weakness/choice. Our findings reveal how participants struggled to enter situations where they risked being seen and recognised by people outside the hospital. This reinforces the study of Leeming and Boyle (35), who found that a sense of shame arose when interacting with both hospital staff and the wider community. When struggling with mental illness and self-stigma, patients experience self-hate, low self-esteem and lack of self-efficacy due to external perceptions of them; this is detrimental and can be counter-productive to treatment (36). The ability to relate experiences to others can help create order from chaos. Vulnerability allows narrative power to be shared, recognising the narrator as a person whose value and perspective are confirmed. Ill and vulnerable people become active, avoiding the victim role by sharing (37); feelings of shame are enhanced when they cannot be

shared. A study of personal narration found that telling one's own story provides a highly meaningful experience and an important part of the individual recovery journey (38); this is relevant to our findings. The burden of shame was illustrated by participant experiences of being silenced when talking to fellow patients. Being silenced, or being met with silence, is also emphasised in a study by Vuokila-Oikkonen et al., (39) who found that staff failed to respond or changed the conversation topic when patients tried to discuss experiences of shame.

A key implication of our findings is the importance of recognising that mental health patients in need of inpatient treatment are, in fact, first and foremost still people. Anthony (40) terms this 'the principle of personhood' and views it as a superordinate principle to all mental health treatment. Similarly, Davidson and Johnson (41) emphasise how micro-affirmations are core to building a sense of agency for people with severe mental illnesses. Micro-affirmations are small things having a positive role for a person's recovery process (42). Furthermore, Topor et al. (42) argue that knowledge about micro-affirmations could be used to create positive organisational conditions and improve care quality. To achieve the best possible care, stakeholders must have flexible attitudes and be open to embrace the mental health's philosophy on recovery (12, 43). Developing recovery-oriented practices (12, 44, 45) seems like a promising approach to meeting and supporting people with mental health disorders as people.

Another important implication of this study is that we need continuous reflection and to focus on self-awareness processes in mental health care. Thornicroft et al. (46) reviewed the evidence for effectiveness of interventions to reduce mental health stigma and discrimination. The findings suggest that large-scale contact-based interventions involving service users as a core approach and with sustained funding and engagement can reduce the stigma experienced by people with mental illness. According to Debra (47), four paths lead to changing perceptions: first, people learn from training. Second, people learn from meeting and having meaningful connections with real human beings with mental health problems. Third, people learn from self-reflection and genuine openness to challenging their own misperceptions. Fourth, people learn from open dialogue. Jacob et al. (33), in their review of mental health recovery, highlighted openness, partnership and collaboration as important elements for recovery. Beyene et al. (48) found that if mental health professionals were working together, knowing their patient and each other, the therapeutic milieu was expected to be more cooperative and understanding and was seen as important for shared decision-making. Increasing self-awareness of staff (5) and open dialogue-based approaches (37, 49)

may be tools that can be used by staff to develop reflective practice.

#### *Study limitations and strengths*

The interview process presents challenges due to the close interpersonal contact between participants and researchers, and the potential for bias that could be hurtful for participants (50) and lead analyses in a specific direction. We attempted to address this problem through open group-based discussions that included many different perspectives on the data, and through a strong focus on researcher reflexivity (26, 51, 52). Since study participation was voluntary, the study participants may have been self-selecting and this may have resulting in a homogeneous group of individuals who had particularly strong opinions on the study topic; this was countered by contextualising resulting themes within the context of existing literature. In the preparation phase, the entire coresearcher group reviewed the research protocol and discussed interview goals to establish the validity of the first person perspective. The project leader practiced the interview process through role-play interviews and pilot interviews. Furthermore, coresearchers conducted interviews. Finally, a debriefing followed each interview. The study was conducted in a relatively small population in which there was a real possibility of being recognised, thus creating stronger feelings of stigma than there might have been in a bigger population.

#### **Conclusions and clinical implications**

Recovery from mental illness is a multidimensional process, one dimension of which is contradictory experiences. For some, the inpatient treatment is a place where it is alright to be vulnerable, but the inpatient treatment also can give a sense of stigma and forced socialisation leading to a feeling of shame. This feeling may hinder recovery. To achieve the best possible care, stakeholders must have flexible attitudes, be open-minded and dare to ask the patients of their needs. Recovery-oriented practices and open dialogue-based approaches may be measures that can be used by staff to develop more reflective practice.

#### **Acknowledgements**

The authors gratefully acknowledge the patients who participated in the study and the staff at the three different mental health clinics who gave us access to the ward. We are grateful to the coresearcher group for bringing a deeper understanding to the phenomenon. In this project, the coresearcher methodology strengthens the project.

## Author contribution

Åse Skjølberg and Dorte Gytri were service user core-researchers, conducting interviews and advising on analysis and presentation of results. Larry Davidson, not part of the core research team, provided scientific advice in designing and conducting the study, including manuscript preparation. Marius Veseth, Eli Natvik and Christian Moltu were involved in analysis and manuscript preparation. Kari Eldal contributed to all phases of the study. We confirm that all authors listed meet the authorship criteria according to the latest guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors, and all authors are in agreement with the manuscript.

## Ethical approval

The Regional Committee for Medical and Health Research Ethics approved the study 2016/30/REK Vest.

## Funding

Department of Health and Care Sciences, Western Norway University of Applied Sciences.

## Conflicts of interest

None.

## References

- Wood L, Alsawy S. Patient experiences of psychiatric inpatient care: a systematic review of qualitative evidence. *J Psychiatr Intens Care* 2016; 12: 35–43.
- Delaney KR, Johnson ME. Inpatient psychiatric nursing: why safety must be the key deliverable. *Arch Psychiatr Nurs* 2008; 22: 386–8.
- Slemon A, Jenkins E, Bungay V. Safety in psychiatric inpatient care: the impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nurs Inq* 2017; 24: e12199.
- Jones J, Nolan P, Bowers L, Simpson A, Whittington R, Hackney D, Bhul K. Psychiatric wards: places of safety? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17: 124–30.
- Wood D, Pistrang NP. A safe place? Service users' experiences of an acute mental health ward. *J Community Appl Soc Psychol* 2004; 14: 16–28.
- Hopkins JE, Loeb SJ, Fick DM. Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 927–37.
- Kram-Fernandez D. Barriers to practitioners' endorsement of a recovery perspective: considering attitudes through a schema lens. In *Deconstructing Stigma in Mental Health* (Canfield BA, Cunningham HA eds), 2018, IGI Global, Hershey, PA, 108–32.
- Duncan BL, Miller SD. *The Heroic Client: Doing Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. 2000, Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA. eds. *The Heart and Soul of Change, Second Edition: Delivering What Works in Therapy*. 2010, American Psychological Association, Washington, DC.
- McKenna B, Furness T, Dhital D, Ennis G, Houghton J, Lupson C, Toomey N. Recovery-oriented care in acute inpatient mental health settings: an exploratory study. *Issues Ment Health Nurs* 2014; 35: 526–32.
- Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1108–24.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 445–52.
- Oeye C, Bjelland AK, Skorpén A, Anderssen N. User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible? *Nurs Inq* 2009a; 16: 287–96.
- Larsen IB, Terkelsen TB. Coercion in a locked psychiatric ward: perspectives of patients and staff. *Nurs Ethics* 2014; 21: 426–36.
- Oeye C, Bjelland AK, Skorpén A, Anderssen N. Raising adults as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway. *Issues Ment Health Nurs* 2009b; 30: 151–8.
- Storm M, Edwards A. Models of user involvement in the mental health context: intentions and implementation challenges. *Psychiatr Q* 2013; 84: 313–27.
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. Process and outcome in psychotherapy: noch einmal. In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th edn (Bergin AE, Garfield SL eds), 1994, Wiley, New York, NY, 270–376.
- Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interest* 2014; 15: 37–70.
- Smith Y, Spitzmueller MC. Worker perspectives on contemporary milieu therapy: a cross-site ethnographic study. *Soc Work Res* 2016; 40: 105–16.
- Thomas SP, Shattell M, Martin T. What's therapeutic about the therapeutic milieu? *Arch Psychiatr Nurs* 2002; 16: 99–107.
- Papoulias C, Csipke E, Rose D, McKellar S, Wykes T. The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. *Br J Psychiatry* 2014; 205: 171–6.
- Moltu C, Stefansen J, Notnes JC, Skjølberg A, Veseth M. What are "good outcomes" in public mental health settings? a qualitative exploration of clients' and therapists' experiences. *Int J Ment Health Syst* 2017; 11: 12.
- Molin J, Graneheim UH, Lindgren B-M. Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—patients' perspectives. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2016; 11: 29897.
- Binder PE, Holgersen H, Moltu C. Staying close and reflexive: an explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nord Psychol* 2012; 64: 103–17.



- 25 Moltu C, Stefansen J, Svidahl M, Veseth M. Negotiating the core-searcher mandate – service users' experiences of doing collaborative research. *Disabil Rehabil* 2012; 34: 1608–16.
- 26 Veseth M, Binder P-E, Borg M, Davidson L. Collaborating to stay open and aware: service user involvement in mental health research as an aid in reflexivity. *Nord Psychol* 2017; 69: 256–63.
- 27 Kvale S, Brinkmann S. *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. 2009, Sage, London.
- 28 Smith JA, Flowers P, Larkin M. *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. 2009, Sage, London.
- 29 Alexander J. Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13: 543–53.
- 30 Andersen AJ, Larsen IB, Topor A. Caring through discipline? Analyzing house rules in community mental health services in Norway. *Scand Psychol* 2016; 3: e1. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e1>.
- 31 Myklebust KK, Bjørkly S, Råheim M. Nursing documentation in inpatient psychiatry: the relevance of nurse–patient interactions in progress notes—a focus group study with mental health staff. *J Clin Nurs* 2018; 27: e611–22.
- 32 Mancini MA, Hardiman ER, Lawson HA. Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2005; 29: 48–55.
- 33 Jacob S, Munro I, Taylor BJ, Griffiths D. Mental health recovery: a review of the peer-reviewed published literature. *Collegian* 2017; 24: 53–61.
- 34 Larkings JS, Brown PM, Scholz B. "Why am I like this?" Consumers discuss their causal beliefs and stigma. *Int J Ment Health* 2017; 46: 206–26.
- 35 Leeming D, Boyle M. *Shame and Using Mental Health Services: Connection and Validation or Alienation and Objectification*. 8th Biennial Conference of International Society of Critical Health Psychology. 2013, Bradford, UK.
- 36 Billingsley KY, Corey DR. Deconstructing racial stigma in the therapeutic relationship. In *Deconstructing Stigma in Mental Health* (Canfield BA, Cunningham HA eds), 2018, IGI Global, Hershey, PA, 1–19.
- 37 Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Fam Process* 2003; 42: 403–18.
- 38 Nurser KP, Rushworth I, Shakespeare T, Williams DR, Tom S, Deirdre W. Personal storytelling in mental health recovery. *Ment Health Rev (Brighton)* 2018; 23: 25–36.
- 39 Vuokila-Oikkonen P, Janhonen S, Nikkonen M. Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; 9: 23–32.
- 40 Anthony WA. The principle of personhood: the field's transcendent principle. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27: 205.
- 41 Davidson L, Johnson A. It's the little things that count: rebuilding a sense of self in schizophrenia. *Tidsskrift Psykisk Helsearbeid* 2013; 10: 258–64.
- 42 Topor A, Boe TD, Larsen IB. Small things, micro-affirmations and helpful professionals everyday recovery-orientated practices according to persons with mental health problems. *Community Ment Health J* 2018; 54: 1212–20.
- 43 Davidson L. *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. 2003, NYU Press, New York, NY.
- 44 Davidson L, Tondora J, Lawless MS, O'Connell MJO, Rowe M. *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice. Tools for Transforming Mental Health Care*. 2009, Oxford University Press, New York, NY.
- 45 Davidson L, Carr E, Bellamy C, Tondora J, Fossey E, Styron T, Davidson M, Elsamra S. Principles for recovery-oriented inpatient care. In *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry* (Singh NN, Barber JW, Van Sant S eds), 2016, Springer International Publishing, Cham, 39–58.
- 46 Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, Koschorke M, Shidhaye R, O'Reilly C, Henderson C. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet* 2016; 387: 1123–32.
- 47 Debra K-F. Barriers to practitioners' endorsement of a recovery perspective: considering attitudes through a schema lens. In *Deconstructing Stigma in Mental Health*. (Brittany AC, Holly AC eds), 2018, IGI Global, Hershey, PA, 108–32.
- 48 Beyene LS, Severinsson E, Hansen BS, Rørtveit K. Shared decision-making—balancing between power and responsibility as mental health-care professionals in a therapeutic milieu. *SAGE Open Nurs* 2018; 4: 2377960817752159.
- 49 Seikkula J. Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *Aust N Z J Fam Ther* 2011; 32: 179–93.
- 50 Hill CE. (ed.) *Consensual Qualitative Research – A Practical Resource for Investigating Social Science Phenomena*. 2012, American Psychological Association, Washington, DC.
- 51 Finlay L, Gough B. *Reflexivity: A Practical Guide for Researchers in Health and Social Sciences*. 2003, Blackwell Science, Malden, MA.
- 52 Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 358: 483–8.



# Vedlegg I



## **Vi søker medforskarar og treng dine erfaringar for å betre helsetilbodet.**

Dette er ein invitasjon til å vere medforskar i eit prosjekt der målet er å betre kvaliteten på det psykiske helsetilbodet i fylket. Har du erfaring som pasient ved ein sengepost og ynskjer å bidra til å betre dette helsetilbodet, kan eit slikt samarbeidsbasert forskingsprosjekt vere noko for deg.

Vi søker 6 personar i Sogn og Fjordane som vil medverke til endring. Vi ynskjer å dekkje alle regionar, og leitar etter potensielle medforskarar frå Sogn, Nordfjord og Sunnfjord. For å få størst mogleg breidde og ulik erfaring, ynskjer vi brukarar av begge kjønn frå 18 år og oppover.

### **Kva er ein medforskar?**

Ein medforskar er ein person med eigenerfaring, som brukar nettopp den kunnskapen og ståstaden som utgangspunkt for si deltaking i forskinga. Erfaring frå andre slike samarbeidsbaserte prosjekt viser at dette kan styrke brukarstemma på psykisk helsefeltet, gi meir relevante problemstillingar og auke kvaliteten både på forskingsprosessen og forskingsresultata. Medforskarane vil vere med på å sikre at brukarperspektivet blir ivaretatt i alle ledd.

### **Kva vil det å vere medforskar medføre for deg?**

Du får vere med på å ta viktige avgjersler om kva vi skal forske på for å betre tenestetilbodet. Prosjektet vil vere eit sosialt treffpunkt der di meining vert høyrte, og her vil medforskarar og forskarar arbeide saman mot eit felles mål.

Det vert samlingar 3- 4 gonger i året . Kvar samling vil gå over 2 dagar på ulike hotell i Sogn og Fjordane. Du får dekke reiseutgifter, samt kost og losji, og du vil i god tid før kvart møte få innkalling om tid og stad, samt program for møtet.

Som medforskar vil du få tilbod om relevant opplæring knytt til dei ulike prosessane undervegs. Du vil lære meir om kva forskning er, ulike metodar for innsamling av informasjon, og kva ein gjer med dei data ein samlar inn. Mellom samlingane vil du kunne fylgje utviklinga i prosjektet via nyheitsbrev som vert sendt ut til alle medforskarane.

### ***Det er di livserfaring vi er ute etter, og di erfaring er viktig.***

Dersom du tykkjer dette er interessant så ta kontakt med koordinator for medforskargruppa Åse Skjøllberg på tlf 913 40611

Eller Kari Eldal på tlf 922 41573 eller epost [Kari.Eldal@hisf.no](mailto:Kari.Eldal@hisf.no)

### ***Kari Eldal***

Prosjektleder.



# **Vedlegg II**







## Kva hjelper deg når du er innlagt? Hjelp oss med viktig forskning!

- × Er du over 18 år?
- × Har du vore innlagt på døgnpost?
- × Vil du dele dine erfaringar og bidra til betre behandling innanfor psykisk helsevern?

Di oppleving er viktig for vår forskning!

# Vil du vere med på å påverke framtidens behandling innan psykisk helsevern?

Vi ynskjer å gjere intervju med deg om dine erfaringar med å vere pasient ved ei sengepostavdeling i psykisk helsevern.

Dette er eit brukarinvolvert forskingsprosjekt på kva som er til hjelp for menneske som er pasient ved ein døgnpost. Prosjektet brukar ei gruppe medforskarar gjennom heile prosessen frå utforming til gjennomføring og formidling av resultat. Medforskargruppa består av seks menneske med eigenerfaring frå psykiatrien, helsefaglege forskarar, medforskarkoordinator Åse Skjølberg og prosjektleiar Kari Eldal.

Vi arbeider saman, og vektlegg at menneske med eigenerfaring ikkje berre skal bli høyrte i intervju, men også få vere med på å påverke helsetenesta i framtida. Kunnskap som kjem frå menneske som sjølv har erfaring frå psykisk helsevern, er svært viktig å få fram for å utvikle framtidens helseteneste. Målet er at resultatet i studien vil bidra til ei betring i framtidens helsetilbod. Her vil dine erfaringar vere viktige.

I intervjuet vil du bli møtt av Kari eller Åse samt ein medforskar med brukarerfaring, og du vil bli spurt om dine opplevingar med å vere innlagt på sengepost. Første intervju vil vere medan du er innlagt. Andre intervjusamtale vil vere ca. tre månader etter at du er utskriven. Samtala vil vare frå ein til to timar, anten på eit kontor på høgskulen, på eit kontor i Helse Førde, heime hjå deg eller ein stad som vi i fellesskap finn passande.

## **Kva skjer med informasjonen om deg?**

Det er frivillig å delta i studien, og alle opplysningar om deg blir behandla konfidensielt og anonymisert. Dersom du under eller etter intervjuet kjem fram til at du ikkje vil delta, kan du utan nokon grunn trekke samtykket ditt. Dette vil ikkje få konsekvensar for deg. Intervjusamtala med oss er ikkje ein del av behandlinga du får ved avdelinga, og det vi snakkar om i samtala vil ikkje påverke helsetilbodet du får i dag.





## Kontaktinformasjon

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleiar Kari Eldal på mobiltelefon 922 41 573 eller e-post: [Kari.Eldal@hisf.no](mailto:Kari.Eldal@hisf.no).

Prosjektmedarbeidarar:

- Medforskarkoordinator Åse Skjøllberg
- Hovudrettleiar Christian Moltu, psykolog og forskar ved Helse Førde, Psykiatrisk klinikk / Det psykologiske Fakultet Universitetet i Bergen.
- Medrettleiar Marius Veseth, psykolog og forskar ved Høgskolen i Bergen.
- Medrettleiar Eli Natvik, fysioterapeut og førsteamanuensis ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.



Dette er Kari.  
Ho er sjukepleiar og prosjektleiar.  
Ring ho om du lurar på noko!



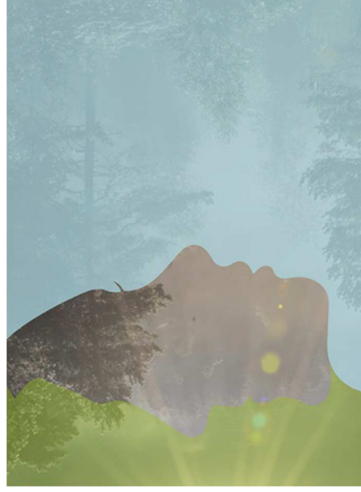
Dette er Åse.  
Ho er medforskarkoordinator.

# **Vedlegg III**



# Intervjuguide

*Forskningsprosjekt om brukarmedverknad og miljøterapi hjå inneliggjande pasientar i psykisk helsevern*



Kari Eldal - Prosjektleder

### **Føremål med studien:**

**Føremålet med denne studia er å skape kunnskap som kan bidra til at ei innlegging inngår i ein meningsfull heilskap i betryngsprosessar. Studien har spesielt fokus på å auke kvaliteten på miljøterapi samt auke god brukarmedverknad. Studien vil også sjå på korleis tilbakemeldingssystemet NORSE kan påverke til dette.**

### **Forskingsspørsmål:**

1. Korleis erfarer pasientar inneliggjande behandling?
2. Korleis erfarer pasientane det å reise frå/å bli utskriven ei avdeling innan psykisk helsevern?
3. Korleis erfarer pasientar utskrivinga når dei ser tilbake på den etter tre månader? (korleis er det å sjå tilbake på prosessen etter tre månader?)
4. Korleis opplever pasientane graden av medbestemmelse, evtnt kva saknar dei?
5. Kva med inneliggjande behandling blir sett på som unyttig for pasientane?
6. Kva påverkar personleg samarbeid mellom pasientar og miljøpersonalet?
7. Kva bidreg/skapar distanse mellom pasientar og personale ved inneliggjande behandling?
8. Kva betydning har tilbakemeldingssystemet for pasienten si betring og brukarmedverknad ved inneliggjande behandling?



## Intervju guide:

I dag skal vi snakke litt om det som skjer i avdelinga når du er innlagt. Vi er interessert i det som påvirkar om du får det betre når du er innlagt, og også dersom det er noko som hindrar at du får det betre.

Her er ingen fasitsvar; det er dine erfaringar vi er interessert i, dei gode og dei dårlege, og gjerne i så stor detalj som mogleg. Vi startar intervjuet med litt bakgrunnsinformasjon om deg;

**Alder:**

**Kjønn:**

**Sivilstatus:**

**Yrke:**

**Kor lenge har du vore innlagt?**

**Veit du kor lenge du skal vere innlagt?**

**Har du vore innlagt før? Og evtnt kor lenge?**

Tema	Intervju spørsmål	Hjelpепunkt
Livet i avdelinga	1 Korleis er det for deg å vere her?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kva som er bra for pasienten.</li> <li>• Kva som har hjelpt pasienten til betring, i det pasienten sjølv har gjort,</li> <li>• Kva har omgivnadane gjort,</li> <li>• Kva har medpasientane gjort).</li> </ul>
	2 Korleis erfarer du at di stemme blir hørt/tatt på alvor?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kva pasientane sjølv fekk påverke/bestemme når dei var innlagt i avdelinga.</li> <li>• Kva var viktig å vere med på å bestemme Er du «sjef i eige liv?»)</li> </ul>
	3 Kva er det du treng når du er innlagt i avdelinga?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kva er det som hjelp når du er heime?</li> <li>• Kva er det du ikkje treng?</li> </ul>
	4 Kva har vore til hjelp når du har vore innlagt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kva endringar merkar du etter innlegginga?</li> <li>• Noko som har gjort deg godt?</li> </ul>
	5 Kva har ikkje vore til hjelp når du har vore innlagt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kva har vore vanskeleg?</li> <li>• Kjøpt?</li> <li>• Noko du har reagert på?</li> <li>• Noko som ikkje skulle har vore sånn?</li> </ul>
	6 Av alle tinga som skjer her. Kva er viktig for deg?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kva er spesielt viktig for pasientane?</b></li> <li>• Kva som er viktig for pasienten når dei er innlagt,</li> <li>• Korleis det er å vere innlagt.</li> <li>• Kor på avdelinga er det trygt å vere,</li> <li>• Kvar skjer dei viktige tinga,</li> <li>• Korleis jobba pasientane med «livet utanfor» når dei er innlagt,</li> <li>• Held pasientane kontakt med viktige personar?)</li> <li>• Har du eit eige mål med innlegginga ?</li> </ul>

Relasjonar	7	Har du opplevd at du og personalet har hatt gode erfaringar i saman?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei historie som døme på ein gong der dei følte at dei jobba «team» med personalet.</li> <li>• Gjærne også kvifor dette var ei god erfaring)</li> </ul>
	8	Har du eksempel på ein gong der du fekk ei dårleg erfaring saman med personalet?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Døme på ein gong der dei følte at følte at det ikkje fungerte.</li> <li>• Kvifor dette var ei dårleg erfaring.</li> <li>• Vi er ute etter kva som er til hinder,</li> <li>• Kan skape distanse</li> </ul>
	9	Har du erfart/opplevd at personalet har prøvt å bli kjend med DEG som menneske?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Om informantan har opplevd at personalet har interesse av å bli kjend med</li> <li>• Det å bli møtt som eit menneske</li> <li>• DEG som menneske?</li> </ul>
	10	Korleis ser ein draumedag på avdelinga ut?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dersom du fekk bestemme.</li> </ul>
	11	Dersom nokon av dine næraste hadde blitt innlagt. Korleis ville du at dei skulle ha blitt behandla?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sjå for deg at ein av dine næraste hadde blitt innlagt. Korleis...</li> </ul>
	12	Kva blir viktig for deg når du kjem heim?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kva er viktig for deg i kvardagen?</li> <li>• Kva treng du for å halde deg frisk?</li> </ul>
Livet etter utskrivinga	13	Dersom eg besøker deg om 6 mnd. Korleis ønsker du at du har det då?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Om informantan føler seg rusta til å komme heim,</li> <li>• Om dei fekk vere med å bestemme si eiga utskriving</li> <li>• Kva dei tenker om framtida.</li> <li>• HÅP</li> </ul>
	14	Korleis erfarer du det å bruke tilbakemeldingssystemet?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fører tilbakemeldingssystemet auka brukarmedverknad,</li> <li>• Om informantane får uttrykt seg betre/på ein anna måte ved å bruke systemet,</li> <li>• Om det har noko å sei for deira betring).</li> </ul>
Feedback			

Avslutte samtala med å spørje om informanten har noko meir han/ho ynskjer å legge til.

**Tips til intervjuar:**

- Det er fint om informanten kan fortelle eksempel
- Bruke samandrag
- Spegle tilbake til informanten
- Lytte. Det å vere stille er ikkje farleg, ofte kjem informanten sjølv med utdjuping.
- Unngå «doble spørsmål»
- Unngå for kjappe temaskifte
- Bruk refleksjonar og stadfesting
- Kan også nytte påstandar
- Utdjupande spørsmål som
  - Kan du fortelle litt meir om det....
  - Har du erfart....
  - Kan du fortelle om ein gong....

### Intervju spørsmål 3 månader etter utskrivning.

Starte samtala med ei oppsummering frå det fyrste intervjuet. Spørje informanten om det er noko han/ho har tenkt på spesielt sidan sist. Avslutte samtala med å spørje om informanten har noko meir han/ho ynskjer å legge til.

Tema	Intervju spørsmål	Hjelpespunkt
Livet i avdelinga	<p>1 Du har no vore vore heime i tre månader, om du ser tilbake på opphaldet ditt ved avdelinga. Korleis ser du på innlegginga no?</p> <p>2 Korleis opplevde du at du sjølv påverka det som skjedde i avdelinga medan du var innlagt?</p> <p>3 Kan du fortelje om noko som skjedde i avdelinga som du hugsar ekstra godt?</p> <p>4 Av alle dei tinga som skjedde når du var innlagt. Kva var viktig for deg?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kva som var bra for pasienten.</li> <li>• Kva var ikkje bra</li> <li>• Kva som har hjelpt pasienten til betring, i det pasienten sjølv har gjort,</li> <li>• Kva pasientane sjølv fekk påverke-/bestemme når dei var innlagt i avdelinga.</li> <li>• Eiga behandling</li> <li>• Reglar rutinar i avdelinga</li> <li>• Ei spesiell hending</li> <li>• Både positivt og negativt</li> <li>• Kva var spesielt med denne hendinga</li> <li>• Korleis var det å vere innlagt.</li> <li>• Kor på avdelinga var det trygt å vere,</li> <li>• Kvar skjedde dei viktige tinga.</li> </ul>
Relasjonar	<p>5 Om eg ber deg om å tenke på ein person som arbeidde ved avdeling som eit positivt minne. Kan du beskrive korellis denne personen er?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kva treng den einskilde av personalet</li> <li>• Kva er viktig for trygghet og tillit</li> <li>• Kva er viktig for betring</li> <li>• Kva eigenskapar ved dei som jobba der er viktige for deg</li> </ul>

	6	<p><b>Korleis opplever du samarbeidet mellom deg og dei som jobba der?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Be informanten om å fortelje ei historie som døme på ein gong der dei følte at dei jobba «team» med personalet.</li> <li>• Gjerne også kvifor dette var ei god erfaring Døme på ein gong der dei følte at det ikkje fungerte.</li> <li>• Kvifor dette var ei dårleg erfaring.</li> <li>• Vi er ute etter kva som er til hinder,</li> <li>• Kan skape distanse</li> <li>• Var personalet samkøyrtte?</li> <li>• Var det informasjonsflyt mellom personalet?</li> <li>• Tverrfagleg samarbeid?</li> </ul>
	7	<p><b>Korleis opplevde du samarbeidet mellom dei som jobba der, seg i mellom?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fekk dei vere med å bestemme si eiga utskrivning?</li> <li>• Fekk dei god nok og relevant informasjon?</li> <li>• Kva er viktig for deg i kvardagen?</li> <li>• Kva treng du for å halde deg frisk?</li> <li>• Var dei godt nok rusta til å reise heim?</li> </ul>
Livet etter utskrivninga	8	<p><b>Korleis kjende du deg då du skulle reise heim igjen?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kva treng informanten for å halde seg frisk?</li> <li>• Har informanten fått med seg verkty som han kan nyttiggjere seg av når han/ho er heime?</li> <li>• HAP</li> </ul>
	9	<p><b>Kva har vore viktig for deg etter at du kom heim?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kor open har du vore om at du har vore innlagt?</li> <li>• Venner, familie, jobb?</li> <li>• Skam, stigma</li> </ul>
	10	<p><b>Korleis er det for deg å snakke med andre om at du har vore innlagt?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opplevinga med å komme heim</li> <li>• Var informanten godt nok førebudd?</li> <li>• Familie, venner, nettverk?</li> </ul>
	11	<p><b>Korleis var det for deg å komme heim?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har informanten nok reiskap til å meistre eigen kvardag?</li> <li>• Veit dei kor dei skal henvende seg om ting vert vanskeleg.</li> </ul>
Livet heime etterpå.	12	<p><b>Etter innlegginga. Korleis er det å vere deg no når du er heime?</b></p>	

# **Vedlegg IV**





## **FØRESPURNAD OM Å FÅ TILGANG TIL Å FORSKE VED PSYKIATRISK KLINIKK HELSE FØRDE**

### **DPS DØGN FØRDE**

Dette er ein førespurnad om å få tilgang til å forske ved psykiatrisk klinikk Helse Førde – DPS døgn Førde. Det er planlagt å utførte djupneintervju med samtykkekompetente pasientar som er innlagt ved ei psykiatrisk avdeling. Intervjua vil bli gjennomført medan pasientane er innlagt i avdelinga, samt omlag tre månader etter utskrivning. For å rekruttere pasientar til studien vil vi be om løyve til å munnleg informere pasientane om studien på eige møte, samt henge opp eit informasjonsskriv om studien i avdelinga. Det er frivillig for pasientane å ta del i studien, og pasientane vil ta direkte kontakt med prosjektleiar dersom dei ynskjer å vere med. Intervjua vil gå føre seg utanfor institusjonen.

Hovudmålet med dette prosjektet er å sjå på kva som fører til betring hjå pasientar som er inneliggjande i psykisk helsevern. Fokuset i intervjua vil vere på korleis pasientar opplever kvardagen sin i ei avdeling. Vi ynskjer også å utforske, og sjå nærmare på korleis pasientar skildrar reell brukarmedverknad, og korleis dei opplever miljøet som omgir dei når dei er innlagt på avdelinga .

Studien er godkjent av REK vest 11.02.2016. Underteikna er prosjektleiar/stipendiat, tilsett ved høgskulen Sogn og Fjordane. Prosjektet blir gjennomført i samarbeid med nettverk for Psykisk helse og Rus lokalt, og med rettleiarane:

Christian Moltu; Fagsjef; psykologspesialist, PhD. Helse Førde psykiatrisk klinikk.  
Eli Natvik, Førsteamanuensis, Avdeling for helsefag. Høgskulen Sogn og Fjordane.  
Marius Veseth; Førsteamanuensis, Institutt for sosialfag og vernepleie. Høgskolen i Bergen.

Vedlegg: REK godkjenning, projektskisse, samtykke og informasjonsskriv.

Ber om Dykkar godkjenning

Beste helsing

Kari Eldal (PhD stipendiat)  
Høgskulen i Sogn og Fjordane Tlf 92 24 15 73

Godkjent

.....  
Mant Suttevald Førde 14.03.16

Underskrift

Stad

Dato



# **Vedlegg V**





## **Førespurnad om å ta del i individuelt forskingsintervju om psykisk helse og betring**

Kva er det menneske som er innlagt med psykiske lidningar opplever er til hjelp for å få det betre når dei er innlagt i ei avdeling?

Dette skrivet er eit spørsmål til deg om å ta del i eit forskingsprosjekt for å betre helsetilbodet innanfor psykisk helse. Vi ynskjer å intervju deg om dine erfaringar med å vere pasient ved ei sengepostavdeling i psykisk helsevern. Kari Eldal og Åse Skjølberg er prosjektleiar og medforskarkoordinator i prosjektet. Kari er sjukepleiar og stipendiat og arbeider ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Åse er medforskarkoordinator som har erfaring frå psykisk helsevern, og er tilsett ved Høgskulen og Helse Førde. Saman vil vi finne meir ut av kva som kan hjelpe den enkelte pasient til betring ved innleggjande behandling.

### **Kva studien inneberer**

Undersøkinga er ein del av eit brukarinvolvert forskingsprosjekt der sju medforskarar, dvs menneske som sjølv har erfaring frå psykisk helsevern, har vore med på å utforme prosjektet. I studien vil Kari eller Åse samt ein medforskar gjere eit intervju med deg om dine opplevingar med det å vere innlagt. Intervjua vil gå føre seg med to forskjellige høver. Første intervju vil vere medan du er innlagt. Andre intervjusamtale vil vere ca tre månader etter at du er utskriven. Samtala vil vare frå ein til to timar, og vil anten vere på eit kontor på høgskulen, på eit kontor i Helse Førde, heime hjå deg eller ein stad som vi i fellesskap finn passande. Kunnskap som kjem frå menneske som sjølv har erfaring frå psykisk helsevern er svært viktig å få fram for å utvikle framtidens helseteneste. Her vil dine erfaringar vere viktige.

### **Kriterium for deltaking**

Kriterium for å vere med i studia er at du er over 18 år og har vore i ei innlegging i psykisk helsevern i minimum tre veker. Det viktigaste kriteriet er at du har lyst å delta, og at du tenkjer at dette kan vere interessant for deg.

## **Kva skjer med informasjonen om deg?**

Intervjuet vert tatt opp med digital lydopptakar. Etterpå vil vi skrive ut intervjuet ord for ord. Vi vil deretter undersøke kva som går att i svara frå dei som vi gjer intervju med. Lydopptaka vert behandla konfidensielt.

Transkripsjonane vil vere anonymisert, slik at ingen kan identifisere deg. Prosjektleiar vil halde ei liste over kva intervju som høyrer til kva person i eit sikkert skåp. Lydbanda blir sletta og dei avidentifiserte transkripta vert lagra på ein sikker server. Dei som er med i prosjektet har teieplikt. Når vi har gjennomført alle intervju, vil vi presentere resultatane for medforskargruppa. Noko av det som du har sagt kan bli gjenteke her, men utan at nokon skal kunne finne ut at det er du som har sagt det. Etterpå vil Kari skrive faglege artiklar på bakgrunn av det som kjem fram i undersøkinga. I desse artiklane vil noko av det du har sagt bli brukt som sitat, men måten det er skrive på gjer at det vil vere umogleg å forstå at det er du som har sagt det. Etter prosjekt slutt 01.03.19 vil data bli anonymisert og oppbevart i to år. Etter dette vil data bli sletta.

Intervjusamtala vil ikkje vere ein del av behandlinga, og den vil heller ikkje ha innverknad på di behandling. Samtala vil ikkje påverke det helsetilbodet du får i dag, men målet er at resultatet i studia vil bidra til ei betring i framtidens helsetilbod innanfor psykisk helse.

## **Frivillig deltaking**

Det er frivillig å delta i studia. Dersom du under eller etter intervjuet kjem fram til at du ikkje vil delta, kan du utan nokon grunn trekke samtykke ditt. Dette vil ikkje få konsekvensar for deg. Dersom du trekkjer deg frå prosjektet, kan du be om å få sletta innsamla opplysningar, med mindre opplysningane alt er inngått i analysar eller brukt i vitenskaplege publikasjonar.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, (Referanse: 2016/30/REK vest).

## **Kontaktinformasjon**

Dersom du seinare ynskjer å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleiar Kari Eldal på mobiltelefon 92 24 15 73. eller E-post: [Kari.Eldal@hvl.no](mailto:Kari.Eldal@hvl.no).

Prosjektmedarbeidarane er medforskarkoordinator Åse Skjølberg. Hovudrettleiar Christian Moltu psykolog og forskar ved Helse Førde, Psykiatrisk klinikk/Det psykologiske Fakultet Universitetet i Bergen. Medrettleiar Marius Veseth, psykolog og forskar ved Høgskolen i Bergen og medrettleiar Eli Natvik, fysioterapeut og førsteamanuensis ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

## Samtykke til å ta del i prosjektet

**Eg har motteke informasjon om prosjektet og er villig til å ta del**

---

Stad og dato

Deltakars signatur

---

Deltakars namn med trykte bokstavar





# **Vedlegg VI**



---

<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK vest	Camilla Gjerstad	55978499	25.02.2016	2016/30/REK vest
			<b>Deres dato:</b>	
			12.01.2016	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Kari Eldal  
Høgskulen i Sogn og Fjordane

## 2016/30 Brukarmedverknad innan psykisk helse

**Forskningsansvarlig:** Høgskulen i Sogn og Fjordane  
**Prosjektleder:** Kari Eldal

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 11.02.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

### Prosjektomtale

*Studien vil sjå korleis eit system for tilbakemelding kan auke brukarmedverknaden hos inneliggande pasientar. I prosjektet vil det bli nytta kvalitativ metode. Studien har ei medforskargruppe som består av personar som sjølv har erfart å vere pasient innanfor psykisk helsevern. Medforskarane og forskarar har i fellesskap utvikla forskings spørsmål, intervjuguide og metode i studien. Studien inneberer to djupneintervju med tolv vaksne pasientar som er innlagt ved psykiatrisk avdeling ved Helse Førde. Pasientane vert intervjuar medan dei er innlagt i avdelinga samt ca. tre månader etter utskriving.*

### Vurdering

*Er studien omfatta av helseforskningsloven?*

Helseforskningsloven gjeld for medisinsk og helsefagleg forskning på menneske, humant biologisk materiale eller helseopplysningar, jf. § 2. Medisinsk og helsefagleg forskning er definert som verksemd som vert utført med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sjukdom, jf. § 4 bokstav a. Slike prosjekt må søke REK. Ved tvil om framleggingsplikten, kan REK leggje vekt på at studien inkluderer ei sårbar gruppe, som i dette tilfellet. Komiteen konkluderte med at studien er omfatta av helseforskningsloven og at REK skal vurdere søknaden.

*Vurdering av om studien er forsvarleg*

Studien tar sikte på å auke kunnskap kring brukarmedverknad i psykisk helsevern. REK vest har ingen merknadar til intervjuguiden. Deltakarane er samtykkekompetente pasientar, som ikkje er i psykose eller i ein anna tilstand som gjer at dei ikkje er samtykkekompetente. Det vert gjort avtale med avdelinga om at deltakarane blir tilbudd samtale etter intervjuet ved behov. Studien vil ha ein psykologspesialist som kan tilby oppfølging ved behov. Komiteen finn at deltakarane i studien er i varetatt og at studien er forsvarleg å gjennomføre.

*Informasjonsskrivet*

Komiteen har noen mindre merknadar til informasjonsskrivet:

- Skrivet må bli merka med prosjektittelen og det bør gå fram i overskrifta at dette er ein forskingsstudie.
- Skrivet må gi informasjon om prosjektslutt og når opplysningane vert sletta.

#### *Rekruttering*

Rekrutteringa vil skje via avdelinga si fagleiing. Personalet vil informere om studien til pasientane ved avdelinga. Skriv om studien vil henge i avdelinga der pasientane sjølv kan lese om han. Pasientar som er interesserte i å delta i studien, kan ta kontakt med prosjektleiar. REK vest har ingen merknadar til rekrutteringa.

#### *Prosjektslutt*

Etter prosjektslutt 01.03.19 vil data bli anonymisert og oppbevart i to år av omsyn til etterkontroll. Etter dette vil data bli sletta. REK vest har ingen merknadar til dette.

#### **Vedtak**

*REK vest godkjenner prosjektet i samsvar med søknaden.*

#### *Sluttmelding og søknad om prosjektendring*

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 01.09.2019, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

#### *Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen vidare til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Ansgar Berg  
Prof. Dr.med  
Komitéleder

Camilla Gjerstad  
rådgiver

**Kopi til:** post@hisf.no

# **Vedlegg VII**



**ERKLÆRING OM TEIEPLIKT I HELSE FØRDE**

Eg har sett meg inn i lovreglane som står på baksida av dette skrivet.

**Eg forstår:**

- at eg som forskar/medforskar i prosjekt knytt til Helse Førde kan få kjennskap til tilhøve som det av omsyn til pasientar, pårørande eller andre er nødvendig å oppretthalde teieplikt om.
- at dette arbeidet krev ansvarskjensle, lojalitet og plikttruskap.

Eg forpliktar meg til å oppretthalde teieplikta slik lov for helsepersonell fastset.

**Eg er klar over:**

- at brot på teieplikta kan medføre straffeansvar og eventuell oppseiing av funksjonen som forskar/medforskar.
- at teieplikta gjeld også etter at eg har slutta i funksjonen som forskar/medforskar knytt til prosjekt i Helse Førde.

<b>Namn</b>		<b>Født</b>
<b>Klinikk</b>	<b>Avdeling</b>	<b>Stilling</b>
<b>Dato</b>	<b>Underskrift</b>	

## KONKRETISERING AV RETNINGSLINER FOR TEIEPLIKT I HELSE FØRDE

Her følger utdrag frå aktuelle lover:

### **Helsepersonelloven kap 5, § 21**

Helsepersonell skal hindre at andre får tilgang eller kjennskap til opplysningar om folks legems- eller sjukdomstilhøve eller andre personlege forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Utveksling av taushetsbelagt informasjon mellom helsepersonell kan kun skje når det er nødvendig for behandling og oppfølging av pasienten, eller hvor det foreligger annet rettslig grunnlag for å gi slik informasjon.

Taushetsplikten omfatter også opplysninger man får tilgang til utenfor tjenesteforholdet, så lenge helsepersonellet mottar disse i *egenskap av å være helsepersonell*. Taushetsplikten er ikke bare en passiv plikt til å tie, men også en aktiv plikt til å hindre uvedkommende i å få tilgang til taushetsbelagt informasjon.

Personell som ikke utøver sin profesjon som f.eks lege eller sykepleier er omfatta av forvaltningslovens taushetspliktbestemmelser, forutsatt at det er snakk om et offentlig tjenesteforhold.

### **Forvaltningsloven § 13. Taushetsplikt**

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

1. noens personlige forhold, eller
2. tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.

### **Straffeloven § 121**

Den som forsettlig eller grovt uaktsomt krenker taushetsplikt som i henhold til lovbestemmelse eller gyldig instruks følger av hans tjeneste eller arbeid for statlig eller kommunalt organ, straffes med bøter eller med fengsel inntil 6 måneder.

Begår han taushetsbrudd i den hensikt å tilvende seg eller andre en uberettiget vinning eller utnytter han i slik hensikt på annen måte opplysninger som er belagt med taushetsplikt, kan fengsel inntil 3 år anvendes. Det samme gjelder når det foreligger andre særdeles skjerpene omstendigheter.



**Doctoral Theses at The Faculty of Psychology,**  
**University of Bergen**

<b>1980</b>	Allen, Hugh M., Dr. philos.	Parent-offspring interactions in willow grouse ( <i>Lagopus L. Lagopus</i> ).
<b>1981</b>	Myhrer, Trond, Dr. philos.	Behavioral Studies after selective disruption of hippocampal inputs in albino rats.
<b>1982</b>	Svebak, Sven, Dr. philos.	The significance of motivation for task-induced tonic physiological changes.
<b>1983</b>	Myhre, Grete, Dr. philos.	The Biopsychology of behavior in captive Willow ptarmigan.
	Eide, Rolf, Dr. philos.	PSYCHOSOCIAL FACTORS AND INDICES OF HEALTH RISKS. The relationship of psychosocial conditions to subjective complaints, arterial blood pressure, serum cholesterol, serum triglycerides and urinary catecholamines in middle aged populations in Western Norway.
	Værnes, Ragnar J., Dr. philos.	Neuropsychological effects of diving.
<b>1984</b>	Kolstad, Arnulf, Dr. philos.	Til diskusjonen om sammenhengen mellom sosiale forhold og psykiske strukturer. En epidemiologisk undersøkelse blant barn og unge.
	Løberg, Tor, Dr. philos.	Neuropsychological assessment in alcohol dependence.
<b>1985</b>	Hellesnes, Tore, Dr. philos.	Læring og problemløsning. En studie av den perseptuelle analysens betydning for verbal læring.
	Håland, Wenche, Dr. philos.	Psykoterapi: relasjon, utviklingsprosess og effekt.
<b>1986</b>	Hagtvet, Knut A., Dr. philos.	The construct of test anxiety: Conceptual and methodological issues.
	Jellestad, Finn K., Dr. philos.	Effects of neuron specific amygdala lesions on fear-motivated behavior in rats.
<b>1987</b>	Aarø, Leif E., Dr. philos.	Health behaviour and socioeconomic Status. A survey among the adult population in Norway.
	Underlid, Kjell, Dr. philos.	Arbeidsløse i psykososialt perspektiv.
	Laberg, Jon C., Dr. philos.	Expectancy and classical conditioning in alcoholics' craving.
	Vollmer, Fred, Dr. philos.	Essays on explanation in psychology.
	Ellertsen, Bjørn, Dr. philos.	Migraine and tension headache: Psychophysiology, personality and therapy.
<b>1988</b>	Kaufmann, Astrid, Dr. philos.	Antisocial atferd hos ungdom. En studie av psykologiske determinanter.

- Mykletun, Reidar J., Dr. philos. Teacher stress: personality, work-load and health.
- Havik, Odd E., Dr. philos. After the myocardial infarction: A medical and psychological study with special emphasis on perceived illness.
- 1989** Bråten, Stein, Dr. philos. Menneskedyaden. En teoretisk tese om sinnets dialogiske natur med informasjons- og utviklingspsykologiske implikasjoner sammenholdt med utvalgte spedbarnsstudier.
- Wold, Bente, Dr. psychol. Lifestyles and physical activity. A theoretical and empirical analysis of socialization among children and adolescents.
- 1990** Flaten, Magne A., Dr. psychol. The role of habituation and learning in reflex modification.
- 1991** Alsaker, Françoise D., Dr. philos. Global negative self-evaluations in early adolescence.
- Kraft, Pål, Dr. philos. AIDS prevention in Norway. Empirical studies on diffusion of knowledge, public opinion, and sexual behaviour.
- Endresen, Inger M., Dr. philos. Psychoimmunological stress markers in working life.
- Faleide, Asbjørn O., Dr. philos. Asthma and allergy in childhood. Psychosocial and psychotherapeutic problems.
- 1992** Dalen, Knut, Dr. philos. Hemispheric asymmetry and the Dual-Task Paradigm: An experimental approach.
- Bø, Inge B., Dr. philos. Ungdoms sosiale økologi. En undersøkelse av 14-16 åringers sosiale nettverk.
- Nivison, Mary E., Dr. philos. The relationship between noise as an experimental and environmental stressor, physiological changes and psychological factors.
- Torgersen, Anne M., Dr. philos. Genetic and environmental influence on temperamental behaviour. A longitudinal study of twins from infancy to adolescence.
- 1993** Larsen, Svein, Dr. philos. Cultural background and problem drinking.
- Nordhus, Inger Hilde, Dr. philos. Family caregiving. A community psychological study with special emphasis on clinical interventions.
- Thuen, Frode, Dr. psychol. Accident-related behaviour among children and young adolescents: Prediction and prevention.
- Solheim, Ragnar, Dr. philos. Spesifikke lærevansker. Diskrepanskriteriet anvendt i seleksjonsmetodikk.
- Johnsen, Bjørn Helge, Dr. psychol. Brain asymmetry and facial emotional expressions: Conditioning experiments.
- 1994** Tønnessen, Finn E., Dr. philos. The etiology of Dyslexia.
- Kvale, Gerd, Dr. psychol. Psychological factors in anticipatory nausea and vomiting in cancer chemotherapy.

	Asbjørnsen, Arve E., Dr. psychol.	Structural and dynamic factors in dichotic listening: An interactional model.
	Bru, Edvin, Dr. philos.	The role of psychological factors in neck, shoulder and low back pain among female hospital staff.
	Braathen, Eli T., Dr. psychol.	Prediction of excellence and discontinuation in different types of sport: The significance of motivation and EMG.
	Johannessen, Birte F., Dr. philos.	Det flytende kjønnnet. Om lederskap, politikk og identitet.
<b>1995</b>	Sam, David L., Dr. psychol.	Acculturation of young immigrants in Norway: A psychological and socio-cultural adaptation.
	Bjaalid, Inger-Kristin, Dr. philos.	Component processes in word recognition.
	Martinsen, Øyvind, Dr. philos.	Cognitive style and insight.
	Nordby, Helge, Dr. philos.	Processing of auditory deviant events: Mismatch negativity of event-related brain potentials.
	Raaheim, Arild, Dr. philos.	Health perception and health behaviour, theoretical considerations, empirical studies, and practical implications.
	Seltzer, Wencke J., Dr. philos.	Studies of Psychocultural Approach to Families in Therapy.
	Brun, Wibecke, Dr. philos.	Subjective conceptions of uncertainty and risk.
	Aas, Henrik N., Dr. psychol.	Alcohol expectancies and socialization: Adolescents learning to drink.
	Bjørkly, Stål, Dr. psychol.	Diagnosis and prediction of intra-institutional aggressive behaviour in psychotic patients
<b>1996</b>	Anderssen, Norman, Dr. psychol.	Physical activity of young people in a health perspective: Stability, change and social influences.
	Sandal, Gro Mjeldheim, Dr. psychol.	Coping in extreme environments: The role of personality.
	Strumse, Einar, Dr. philos.	The psychology of aesthetics: explaining visual preferences for agrarian landscapes in Western Norway.
	Hestad, Knut, Dr. philos.	Neuropsychological deficits in HIV-1 infection.
	Lugoe, L.Wycliffe, Dr. philos.	Prediction of Tanzanian students' HIV risk and preventive behaviours
	Sandvik, B. Gunnhild, Dr. philos.	Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor. Fremveksten av en profesjon og en profesjonsutdanning
	Lie, Gro Therese, Dr. psychol.	The disease that dares not speak its name: Studies on factors of importance for coping with HIV/AIDS in Northern Tanzania
	Øygaard, Lisbet, Dr. philos.	Health behaviors among young adults. A psychological and sociological approach
	Stormark, Kjell Morten, Dr. psychol.	Emotional modulation of selective attention: Experimental and clinical evidence.

	Einarsen, Ståle, Dr. psychol.	Bullying and harassment at work: epidemiological and psychosocial aspects.
<b>1997</b>	Knivsberg, Ann-Mari, Dr. philos.	Behavioural abnormalities and childhood psychopathology: Urinary peptide patterns as a potential tool in diagnosis and remediation.
	Eide, Arne H., Dr. philos.	Adolescent drug use in Zimbabwe. Cultural orientation in a global-local perspective and use of psychoactive substances among secondary school students.
	Sørensen, Marit, Dr. philos.	The psychology of initiating and maintaining exercise and diet behaviour.
	Skjæveland, Oddvar, Dr. psychol.	Relationships between spatial-physical neighborhood attributes and social relations among neighbors.
	Zewdie, Tekla, Dr. philos.	Mother-child relational patterns in Ethiopia. Issues of developmental theories and intervention programs.
	Wilhelmsen, Britt Unni, Dr. philos.	Development and evaluation of two educational programmes designed to prevent alcohol use among adolescents.
	Manger, Terje, Dr. philos.	Gender differences in mathematical achievement among Norwegian elementary school students.
<b>1998</b>	Lindstrøm, Torill Christine, Dr. philos.	«Good Grief»: Adapting to Bereavement.
<b>V</b>	Skogstad, Anders, Dr. philos.	Effects of leadership behaviour on job satisfaction, health and efficiency.
	Haldorsen, Ellen M. Håland, Dr. psychol.	Return to work in low back pain patients.
	Besemer, Susan P., Dr. philos.	Creative Product Analysis: The Search for a Valid Model for Understanding Creativity in Products.
<b>H</b>	Winje, Dagfinn, Dr. psychol.	Psychological adjustment after severe trauma. A longitudinal study of adults' and children's posttraumatic reactions and coping after the bus accident in Måbødalen, Norway 1988.
	Vosburg, Suzanne K., Dr. philos.	The effects of mood on creative problem solving.
	Eriksen, Hege R., Dr. philos.	Stress and coping: Does it really matter for subjective health complaints?
	Jakobsen, Reidar, Dr. psychol.	Empiriske studier av kunnskap og holdninger om hiv/aids og den normative seksuelle utvikling i ungdomsårene.
<b>1999</b>	Mikkelsen, Aslaug, Dr. philos.	Effects of learning opportunities and learning climate on occupational health.
<b>V</b>	Samdal, Oddrun, Dr. philos.	The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective well-being.
	Friestad, Christine, Dr. philos.	Social psychological approaches to smoking.
	Ekeland, Tor-Johan, Dr. philos.	Meining som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjoner for terapi og terapeutiske teoriar.

<b>H</b>	Saban, Sara, Dr. psychol.	Brain Asymmetry and Attention: Classical Conditioning Experiments.
	Carlsten, Carl Thomas, Dr. philos.	God lesing – God læring. En aksjonsrettet studie av undervisning i fagtekstlesing.
	Dundas, Ingrid, Dr. psychol.	Functional and dysfunctional closeness. Family interaction and children's adjustment.
	Engen, Liv, Dr. philos.	Kartlegging av leseferdighet på småskoletrinnet og vurdering av faktorer som kan være av betydning for optimal leseutvikling.
<b>2000 V</b>	Hovland, Ole Johan, Dr. philos.	Transforming a self-preserving "alarm" reaction into a self-defeating emotional response: Toward an integrative approach to anxiety as a human phenomenon.
	Lillejord, Sølvi, Dr. philos.	Handlingsrasjonalitet og spesialundervisning. En analyse av aktørperspektiver.
	Sandell, Ove, Dr. philos.	Den varme kunnskapen.
	Oftedal, Marit Petersen, Dr. philos.	Diagnostisering av ordavkodingsvansker: En prosessanalytisk tilnæringsmåte.
<b>H</b>	Sandbak, Tone, Dr. psychol.	Alcohol consumption and preference in the rat: The significance of individual differences and relationships to stress pathology
	Eid, Jarle, Dr. psychol.	Early predictors of PTSD symptom reporting; The significance of contextual and individual factors.
<b>2001 V</b>	Skinstad, Anne Helene, Dr. philos.	Substance dependence and borderline personality disorders.
	Binder, Per-Einar, Dr. psychol.	Individet og den meningsbærende andre. En teoretisk undersøkelse av de mellommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i Donald Winnicotts teori.
	Roald, Ingvild K., Dr. philos.	Building of concepts. A study of Physics concepts of Norwegian deaf students.
<b>H</b>	Fekadu, Zelalem W., Dr. philos.	Predicting contraceptive use and intention among a sample of adolescent girls. An application of the theory of planned behaviour in Ethiopian context.
	Melesse, Fantu, Dr. philos.	The more intelligent and sensitive child (MISC) mediational intervention in an Ethiopian context: An evaluation study.
	Råheim, Målfrid, Dr. philos.	Kvinnerns kroppserfaring og livssammenheng. En fenomenologisk – hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter.
	Engelsen, Birthe Kari, Dr. psychol.	Measurement of the eating problem construct.
	Lau, Bjørn, Dr. philos.	Weight and eating concerns in adolescence.
<b>2002 V</b>	Ihlebak, Camilla, Dr. philos.	Epidemiological studies of subjective health complaints.

	Rosén, Gunnar O. R., Dr. philos.	The phantom limb experience. Models for understanding and treatment of pain with hypnosis.
	Høines, Marit Johnsen, Dr. philos.	Fleksible språkkrom. Matematikklæring som tekstutvikling.
	Anthun, Roald Andor, Dr. philos.	School psychology service quality. Consumer appraisal, quality dimensions, and collaborative improvement potential
	Pallesen, Ståle, Dr. psychol.	Insomnia in the elderly. Epidemiology, psychological characteristics and treatment.
	Midthassel, Unni Vere, Dr. philos.	Teacher involvement in school development activity. A study of teachers in Norwegian compulsory schools
	Kallestad, Jan Helge, Dr. philos.	Teachers, schools and implementation of the Olweus Bullying Prevention Program.
<b>H</b>	Ofte, Sonja Helgesen, Dr. psychol.	Right-left discrimination in adults and children.
	Netland, Marit, Dr. psychol.	Exposure to political violence. The need to estimate our estimations.
	Diseth, Åge, Dr. psychol.	Approaches to learning: Validity and prediction of academic performance.
	Bjuland, Raymond, Dr. philos.	Problem solving in geometry. Reasoning processes of student teachers working in small groups: A dialogical approach.
<b>2003</b> <b>V</b>	Arefjord, Kjersti, Dr. psychol.	After the myocardial infarction – the wives' view. Short- and long-term adjustment in wives of myocardial infarction patients.
	Ingjaldsson, Jón Þorvaldur, Dr. psychol.	Unconscious Processes and Vagal Activity in Alcohol Dependency.
	Holden, Børge, Dr. philos.	Følger av atferdsanalytiske forklaringer for atferdsanalysens tilnærming til utforming av behandling.
	Holsen, Ingrid, Dr. philos.	Depressed mood from adolescence to 'emerging adulthood'. Course and longitudinal influences of body image and parent-adolescent relationship.
	Hammar, Åsa Karin, Dr. psychol.	Major depression and cognitive dysfunction- An experimental study of the cognitive effort hypothesis.
	Sprugevica, Ieva, Dr. philos.	The impact of enabling skills on early reading acquisition.
	Gabrielsen, Egil, Dr. philos.	LESE FOR LIVET. Lesekompetansen i den norske voksenbefolkningen sett i lys av visjonen om en enhetsskole.
<b>H</b>	Hansen, Anita Lill, Dr. psychol.	The influence of heart rate variability in the regulation of attentional and memory processes.
	Dyregrov, Kari, Dr. philos.	The loss of child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help.
<b>2004</b> <b>V</b>	Torsheim, Torbjørn, Dr. psychol.	Student role strain and subjective health complaints: Individual, contextual, and longitudinal perspectives.

	Haugland, Bente Storm Mowatt Dr. psychol.	Parental alcohol abuse. Family functioning and child adjustment.
	Milde, Anne Marita, Dr. psychol.	Ulcerative colitis and the role of stress. Animal studies of psychobiological factors in relationship to experimentally induced colitis.
	Stornes, Tor, Dr. philos.	Socio-moral behaviour in sport. An investigation of perceptions of sportspersonship in handball related to important factors of socio-moral influence.
	Mæhle, Magne, Dr. philos.	Re-inventing the child in family therapy: An investigation of the relevance and applicability of theory and research in child development for family therapy involving children.
	Kobbeltvedt, Therese, Dr. psychol.	Risk and feelings: A field approach.
<b>2004</b>	Thomsen, Tormod, Dr. psychol.	Localization of attention in the brain.
<b>H</b>	Løberg, Else-Marie, Dr. psychol.	Functional laterality and attention modulation in schizophrenia: Effects of clinical variables.
	Kyrkjebø, Jane Mikkelsen, Dr. philos.	Learning to improve: Integrating continuous quality improvement learning into nursing education.
	Laumann, Karin, Dr. psychol.	Restorative and stress-reducing effects of natural environments: Experiential, behavioural and cardiovascular indices.
	Holgersen, Helge, PhD	Mellom oss - Essay i relasjonell psykoanalyse.
<b>2005</b>	Hetland, Hilde, Dr. psychol.	Leading to the extraordinary? Antecedents and outcomes of transformational leadership.
<b>V</b>	Iversen, Anette Christine, Dr. philos.	Social differences in health behaviour: the motivational role of perceived control and coping.
<b>2005</b>	Mathisen, Gro Ellen, PhD	Climates for creativity and innovation: Definitions, measurement, predictors and consequences.
<b>H</b>	Sævi, Tone, Dr. philos.	Seeing disability pedagogically – The lived experience of disability in the pedagogical encounter.
	Wiiium, Nora, PhD	Intrapersonal factors, family and school norms: combined and interactive influence on adolescent smoking behaviour.
	Kanagaratnam, Pushpa, PhD	Subjective and objective correlates of Posttraumatic Stress in immigrants/refugees exposed to political violence.
	Larsen, Torill M. B. , PhD	Evaluating principals` and teachers` implementation of Second Step. A case study of four Norwegian primary schools.
	Bancila, Delia, PhD	Psychosocial stress and distress among Romanian adolescents and adults.
<b>2006</b>	Hillestad, Torgeir Martin, Dr. philos.	Normalitet og avvik. Forutsetninger for et objektivt psykopatologisk avviksbegrep. En psykologisk, sosial, erkjennelsesteoretisk og teorihistorisk framstilling.
<b>V</b>		

	Nordanger, Dag Øystein, Dr. psychol.	Psychosocial discourses and responses to political violence in post-war Tigray, Ethiopia.
	Rimol, Lars Morten, PhD	Behavioral and fMRI studies of auditory laterality and speech sound processing.
	Krumsvik, Rune Johan, Dr. philos.	ICT in the school. ICT-initiated school development in lower secondary school.
	Norman, Elisabeth, Dr. psychol.	Gut feelings and unconscious thought: An exploration of fringe consciousness in implicit cognition.
	Israel, K Pravin, Dr. psychol.	Parent involvement in the mental health care of children and adolescents. Empirical studies from clinical care setting.
	Glasø, Lars, PhD	Affects and emotional regulation in leader-subordinate relationships.
	Knutsen, Ketil, Dr. philos.	HISTORIER UNGDOM LEVER – En studie av hvordan ungdommer bruker historie for å gjøre livet meningsfullt.
	Matthiesen, Stig Berge, PhD	Bullying at work. Antecedents and outcomes.
<b>2006</b>	Gramstad, Arne, PhD	Neuropsychological assessment of cognitive and emotional functioning in patients with epilepsy.
<b>H</b>	Bendixen, Mons, PhD	Antisocial behaviour in early adolescence: Methodological and substantive issues.
	Mrumbi, Khalifa Maulid, PhD	Parental illness and loss to HIV/AIDS as experienced by AIDS orphans aged between 12-17 years from Temeke District, Dar es Salaam, Tanzania: A study of the children's psychosocial health and coping responses.
	Hetland, Jørn, Dr. psychol.	The nature of subjective health complaints in adolescence: Dimensionality, stability, and psychosocial predictors
	Kakoko, Deodatus Conatus Vitalis, PhD	Voluntary HIV counselling and testing service uptake among primary school teachers in Mwanza, Tanzania: assessment of socio-demographic, psychosocial and socio-cognitive aspects
	Mykletun, Arnstein, Dr. psychol.	Mortality and work-related disability as long-term consequences of anxiety and depression: Historical cohort designs based on the HUNT-2 study
	Sivertsen, Børge, PhD	Insomnia in older adults. Consequences, assessment and treatment.
<b>2007</b>	Singhammer, John, Dr. philos.	Social conditions from before birth to early adulthood – the influence on health and health behaviour
<b>V</b>	Janvin, Carmen Ani Cristea, PhD	Cognitive impairment in patients with Parkinson's disease: profiles and implications for prognosis
	Braarud, Hanne Cecilie, Dr. psychol.	Infant regulation of distress: A longitudinal study of transactions between mothers and infants
	Tveito, Torill Helene, PhD	Sick Leave and Subjective Health Complaints



	Magnussen, Liv Heide, PhD	Returning disability pensioners with back pain to work
	Thuen, Elin Marie, Dr.philos.	Learning environment, students' coping styles and emotional and behavioural problems. A study of Norwegian secondary school students.
	Solberg, Ole Asbjørn, PhD	Peacekeeping warriors – A longitudinal study of Norwegian peacekeepers in Kosovo
<b>2007</b>	Søreide, Gunn Elisabeth, Dr.philos.	Narrative construction of teacher identity
<b>H</b>	Svensen, Erling, PhD	WORK & HEALTH. Cognitive Activation Theory of Stress applied in an organisational setting.
	Øverland, Simon Nygaard, PhD	Mental health and impairment in disability benefits. Studies applying linkages between health surveys and administrative registries.
	Eichele, Tom, PhD	Electrophysiological and Hemodynamic Correlates of Expectancy in Target Processing
	Børhaug, Kjetil, Dr.philos.	Oppseding til demokrati. Ein studie av politisk oppseding i norsk skule.
	Eikeland, Thorleif, Dr.philos.	Om å vokse opp på barnehjem og på sykehus. En undersøkelse av barnehjemsbarns opplevelser på barnehjem sammenholdt med sanatoriebarns beskrivelse av langvarige sykehusopphold – og et forsøk på forklaring.
	Wadel, Carl Cato, Dr.philos.	Medarbeidersamhandling og medarbeiderledelse i en lagbasert organisasjon
	Vinje, Hege Forbech, PhD	Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses
	Noort, Maurits van den, PhD	Working memory capacity and foreign language acquisition
<b>2008</b>	Brevik, Kyrre, Dr.psychol.	The Adjustment of Children and Adolescents in Different Post-Divorce Family Structures. A Norwegian Study of Risks and Mechanisms.
<b>V</b>	Johnsen, Grethe E., PhD	Memory impairment in patients with posttraumatic stress disorder
	Sætrevik, Bjørn, PhD	Cognitive Control in Auditory Processing
	Carvalho, Susana Fonseca, PhD	Prevention of bullying in schools: an ecological model
<b>2008</b>	Brønnick, Kolbjørn Selvåg	Attentional dysfunction in dementia associated with Parkinson's disease.
<b>H</b>	Posserud, Maj-Britt Rocio	Epidemiology of autism spectrum disorders
	Haug, Ellen	Multilevel correlates of physical activity in the school setting
	Skjerve, Arvid	Assessing mild dementia – a study of brief cognitive tests.

	Kjønniksen, Lise	The association between adolescent experiences in physical activity and leisure time physical activity in adulthood: a ten year longitudinal study
	Gundersen, Hilde	The effects of alcohol and expectancy on brain function
	Omvik, Siri	Insomnia – a night and day problem
<b>2009 V</b>	Molde, Helge	Pathological gambling: prevalence, mechanisms and treatment outcome.
	Foss, Else	Den omsorgsfulle væremåte. En studie av voksnes væremåte i forhold til barn i barnehagen.
	Westrheim, Kariane	Education in a Political Context: A study of Knowledge Processes and Learning Sites in the PKK.
	Wehling, Eike	Cognitive and olfactory changes in aging
	Wangberg, Silje C.	Internet based interventions to support health behaviours: The role of self-efficacy.
	Nielsen, Morten B.	Methodological issues in research on workplace bullying. Operationalisations, measurements and samples.
	Sandu, Anca Larisa	MRI measures of brain volume and cortical complexity in clinical groups and during development.
	Guribye, Eugene	Refugees and mental health interventions
	Sørensen, Lin	Emotional problems in inattentive children – effects on cognitive control functions.
	Tjomsland, Hege E.	Health promotion with teachers. Evaluation of the Norwegian Network of Health Promoting Schools: Quantitative and qualitative analyses of predisposing, reinforcing and enabling conditions related to teacher participation and program sustainability.
	Helleve, Ingrid	Productive interactions in ICT supported communities of learners
<b>2009 H</b>	Skorpen, Aina Øye, Christine	Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser
	Andreassen, Cecilie Schou	WORKAHOLISM – Antecedents and Outcomes
	Stang, Ingun	Being in the same boat: An empowerment intervention in breast cancer self-help groups
	Sequeira, Sarah Dorothee Dos Santos	The effects of background noise on asymmetrical speech perception
	Kleiven, Jo, dr.philos.	The Lillehammer scales: Measuring common motives for vacation and leisure behavior
	Jónsdóttir, Guðrún	Dubito ergo sum? Ni jenter møter naturfaglig kunnskap.
	Hove, Oddbjørn	Mental health disorders in adults with intellectual disabilities - Methods of assessment and prevalence of mental health disorders and problem behaviour
	Wageningen, Heidi Karin van	The role of glutamate on brain function

	Bjørkvik, Jofrid	God nok? Selvaktelse og interpersonlig fungering hos pasienter innen psykisk helsevern: Forholdet til diagnoser, symptomer og behandlingsutbytte
	Andersson, Martin	A study of attention control in children and elderly using a forced-attention dichotic listening paradigm
	Almås, Aslaug Grov	Teachers in the Digital Network Society: Visions and Realities. A study of teachers' experiences with the use of ICT in teaching and learning.
	Ulvik, Marit	Lærerutdanning som dannning? Tre stemmer i diskusjonen
<b>2010</b>	Skår, Randi	Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse. En studie av sykepleieres læringserfaringer.
<b>V</b>	Roald, Knut	Kvalitetsvurdering som organisasjonslæring mellom skole og skoleeigar
	Lunde, Linn-Heidi	Chronic pain in older adults. Consequences, assessment and treatment.
	Danielsen, Anne Grete	Perceived psychosocial support, students' self-reported academic initiative and perceived life satisfaction
	Hysing, Mari	Mental health in children with chronic illness
	Olsen, Olav Kjellevoid	Are good leaders moral leaders? The relationship between effective military operational leadership and morals
	Riese, Hanne	Friendship and learning. Entrepreneurship education through mini-enterprises.
	Holthe, Asle	Evaluating the implementation of the Norwegian guidelines for healthy school meals: A case study involving three secondary schools
<b>H</b>	Hauge, Lars Johan	Environmental antecedents of workplace bullying: A multi-design approach
	Bjørkelo, Brita	Whistleblowing at work: Antecedents and consequences
	Reme, Silje Endresen	Common Complaints – Common Cure? Psychiatric comorbidity and predictors of treatment outcome in low back pain and irritable bowel syndrome
	Helland, Wenche Andersen	Communication difficulties in children identified with psychiatric problems
	Beneventi, Harald	Neuronal correlates of working memory in dyslexia
	Thygesen, Elin	Subjective health and coping in care-dependent old persons living at home
	Aanes, Mette Marthinussen	Poor social relationships as a threat to belongingness needs. Interpersonal stress and subjective health complaints: Mediating and moderating factors.
	Anker, Morten Gustav	Client directed outcome informed couple therapy

	Bull, Torill	Combining employment and child care: The subjective well-being of single women in Scandinavia and in Southern Europe
	Viig, Nina Grieg	Tilrettelegging for læreres deltakelse i helsefremmende arbeid. En kvalitativ og kvantitativ analyse av sammenhengen mellom organisatoriske forhold og læreres deltakelse i utvikling og implementering av Europeisk Nettverk av Helsefremmende Skoler i Norge
	Wolff, Katharina	To know or not to know? Attitudes towards receiving genetic information among patients and the general public.
	Ogden, Terje, dr.philos.	Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge.
	Solberg, Mona Elin	Self-reported bullying and victimisation at school: Prevalence, overlap and psychosocial adjustment.
<b>2011</b>	Bye, Hege Høivik	Self-presentation in job interviews. Individual and cultural differences in applicant self-presentation during job interviews and hiring managers' evaluation
<b>V</b>	Notelaers, Guy	Workplace bullying. A risk control perspective.
	Moltu, Christian	Being a therapist in difficult therapeutic impasses. A hermeneutic phenomenological analysis of skilled psychotherapists' experiences, needs, and strategies in difficult therapies ending well.
	Myrseth, Helga	Pathological Gambling - Treatment and Personality Factors
	Schanche, Elisabeth	From self-criticism to self-compassion. An empirical investigation of hypothesized change processes in the Affect Phobia Treatment Model of short-term dynamic psychotherapy for patients with Cluster C personality disorders.
	Våpenstad, Eystein Victor, dr.philos.	Det tempererte nærvær. En teoretisk undersøkelse av psykoterautens subjektivitet i psykoanalyse og psykoanalytisk psykoterapi.
	Haukebø, Kristin	Cognitive, behavioral and neural correlates of dental and intra-oral injection phobia. Results from one treatment and one fMRI study of randomized, controlled design.
	Harris, Anette	Adaptation and health in extreme and isolated environments. From 78°N to 75°S.
	Bjørknes, Ragnhild	Parent Management Training-Oregon Model: intervention effects on maternal practice and child behavior in ethnic minority families
	Mamen, Asgeir	Aspects of using physical training in patients with substance dependence and additional mental distress
	Espevik, Roar	Expert teams: Do shared mental models of team members make a difference
	Haara, Frode Olav	Unveiling teachers' reasons for choosing practical activities in mathematics teaching

<b>2011</b>	Hauge, Hans Abraham	How can employee empowerment be made conducive to both employee health and organisation performance? An empirical investigation of a tailor-made approach to organisation learning in a municipal public service organisation.
<b>H</b>	Melkevik, Ole Rogstad	Screen-based sedentary behaviours: pastimes for the poor, inactive and overweight? A cross-national survey of children and adolescents in 39 countries.
	Vøllestad, Jon	Mindfulness-based treatment for anxiety disorders. A quantitative review of the evidence, results from a randomized controlled trial, and a qualitative exploration of patient experiences.
	Tolo, Astrid	Hvordan blir lærerkompetanse konstruert? En kvalitativ studie av PPU-studenters kunnskapsutvikling.
	Saus, Evelyn-Rose	Training effectiveness: Situation awareness training in simulators
	Nordgreen, Tine	Internet-based self-help for social anxiety disorder and panic disorder. Factors associated with effect and use of self-help.
	Munkvold, Linda Helen	Oppositional Defiant Disorder: Informant discrepancies, gender differences, co-occurring mental health problems and neurocognitive function.
	Christiansen, Øivin	Når barn plasseres utenfor hjemmet: beslutninger, forløp og relasjoner. Under barnevernets (ved)tak.
	Brunborg, Geir Scott	Conditionability and Reinforcement Sensitivity in Gambling Behaviour
	Hystad, Sigurd William	Measuring Psychological Resiliency: Validation of an Adapted Norwegian Hardiness Scale
<b>2012</b>	Roness, Dag	Hvorfor bli lærer? Motivasjon for utdanning og utøving.
<b>V</b>	Fjermestad, Krister Westlye	The therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for youth anxiety disorders
	Jenssen, Eirik Sørnes	Tilpasset opplæring i norsk skole: politikeres, skolelederes og læreres handlingsvalg
	Saksvik-Lehouillier, Ingvild	Shift work tolerance and adaptation to shift work among offshore workers and nurses
	Johansen, Venke Frederike	Når det intime blir offentlig. Om kvinners åpenhet om brystkreft og om markedsføring av brystkreftsaken.
	Herheim, Rune	Pupils collaborating in pairs at a computer in mathematics learning: investigating verbal communication patterns and qualities
	Vie, Tina Løkke	Cognitive appraisal, emotions and subjective health complaints among victims of workplace bullying: A stress-theoretical approach
	Jones, Lise Øen	Effects of reading skills, spelling skills and accompanying efficacy beliefs on participation in education. A study in Norwegian prisons.

<b>2012</b> <b>H</b>	Danielsen, Yngvild Sørebo	Childhood obesity – characteristics and treatment. Psychological perspectives.
	Horverak, Jøri Gytte	Sense or sensibility in hiring processes. Interviewee and interviewer characteristics as antecedents of immigrant applicants' employment probabilities. An experimental approach.
	Jøsendal, Ola	Development and evaluation of BE smokeFREE, a school-based smoking prevention program
	Osnes, Berge	Temporal and Posterior Frontal Involvement in Auditory Speech Perception
	Drageset, Sigrunn	Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer
	Aasland, Merethe Schanke	Destructive leadership: Conceptualization, measurement, prevalence and outcomes
	Bakibinga, Pauline	The experience of job engagement and self-care among Ugandan nurses and midwives
	Skogen, Jens Christoffer	Foetal and early origins of old age health. Linkage between birth records and the old age cohort of the Hordaland Health Study (HUSK)
	Leveresen, Ingrid	Adolescents' leisure activity participation and their life satisfaction: The role of demographic characteristics and psychological processes
	Hanss, Daniel	Explaining sustainable consumption: Findings from cross-sectional and intervention approaches
Rød, Per Arne	Barn i klem mellom foreldrekonflikter og samfunnsmessig beskyttelse	
<b>2013</b> <b>V</b>	Mentzoni, Rune Aune	Structural Characteristics in Gambling
	Knudsen, Ann Kristin	Long-term sickness absence and disability pension award as consequences of common mental disorders. Epidemiological studies using a population-based health survey and official ill health benefit registries.
	Strand, Mari	Emotional information processing in recurrent MDD
	Veseth, Marius	Recovery in bipolar disorder. A reflexive-collaborative exploration of the lived experiences of healing and growth when battling a severe mental illness
	Mæland, Silje	Sick leave for patients with severe subjective health complaints. Challenges in general practice.
	Mjaaland, Thera	At the frontiers of change? Women and girls' pursuit of education in north-western Tigray, Ethiopia
	Odéen, Magnus	Coping at work. The role of knowledge and coping expectancies in health and sick leave.
	Hynninen, Kia Minna Johanna	Anxiety, depression and sleep disturbance in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Associations, prevalence and effect of psychological treatment.

	Flo, Elisabeth	Sleep and health in shift working nurses
	Aasen, Elin Margrethe	From paternalism to patient participation? The older patients undergoing hemodialysis, their next of kin and the nurses: a discursive perspective on perception of patient participation in dialysis units
	Ekornås, Belinda	Emotional and Behavioural Problems in Children: Self-perception, peer relationships, and motor abilities
	Corbin, J. Hope	North-South Partnerships for Health: Key Factors for Partnership Success from the Perspective of the KIWAKKUKI
	Birkeland, Marianne Skogbrott	Development of global self-esteem: The transition from adolescence to adulthood
<b>2013</b>	Gianella-Malca, Camila	Challenges in Implementing the Colombian Constitutional Court's Health-Care System Ruling of 2008
<b>H</b>	Hovland, Anders	Panic disorder – Treatment outcomes and psychophysiological concomitants
	Mortensen, Øystein	The transition to parenthood – Couple relationships put to the test
	Årdal, Guro	Major Depressive Disorder – a Ten Year Follow-up Study. Inhibition, Information Processing and Health Related Quality of Life
	Johansen, Rino Bandlitz	The impact of military identity on performance in the Norwegian armed forces
	Bøe, Tormod	Socioeconomic Status and Mental Health in Children and Adolescents
<b>2014</b>	Nordmo, Ivar	Gjennom nåløyet – studenters læringserfaringer i psykologutdanningen
<b>V</b>	Dovran, Anders	Childhood Trauma and Mental Health Problems in Adult Life
	Hegelstad, Wenche ten Velden	Early Detection and Intervention in Psychosis: A Long-Term Perspective
	Urheim, Ragnar	Forståelse av pasientaggresjon og forklaringer på nedgang i voldsrate ved Regional sikkerhetsavdeling, Sandviken sykehus
	Kinn, Liv Grethe	Round-Trips to Work. Qualitative studies of how persons with severe mental illness experience work integration.
	Rød, Anne Marie Kinn	Consequences of social defeat stress for behaviour and sleep. Short-term and long-term assessments in rats.
	Nygård, Merethe	Schizophrenia – Cognitive Function, Brain Abnormalities, and Cannabis Use
	Tjora, Tore	Smoking from adolescence through adulthood: the role of family, friends, depression and socioeconomic status. Predictors of smoking from age 13 to 30 in the "The Norwegian Longitudinal Health Behaviour Study" (NLHB)
	Vangsnes, Vigdis	The Dramaturgy and Didactics of Computer Gaming. A Study of a Medium in the Educational Context of Kindergartens.

	Nordahl, Kristin Berg	Early Father-Child Interaction in a Father-Friendly Context: Gender Differences, Child Outcomes, and Protective Factors related to Fathers' Parenting Behaviors with One-year-olds
<b>2014</b>	Sandvik, Asle Makoto	Psychopathy – the heterogeneity of the construct
<b>H</b>	Skotheim, Siv	Maternal emotional distress and early mother-infant interaction: Psychological, social and nutritional contributions
	Halleland, Helene Barone	Executive Functioning in adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). From basic mechanisms to functional outcome.
	Halvorsen, Kirsti Vindal	Partnerskap i lærerutdanning, sett fra et økologisk perspektiv
	Solbue, Vibeke	Dialogen som visker ut kategorier. En studie av hvilke erfaringer innvandererungdommer og norskfødte med innvanderforeldre har med videregående skole. Hva forteller ungdommenes erfaringer om videregående skoles håndtering av etniske ulikheter?
	Kvalevaag, Anne Lise	Fathers' mental health and child development. The predictive value of fathers' psychological distress during pregnancy for the social, emotional and behavioural development of their children
	Sandal, Ann Karin	Ungdom og utdanningsval. Om elevar sine opplevingar av val og overgangsprossessar.
	Haug, Thomas	Predictors and moderators of treatment outcome from high- and low-intensity cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. Association between patient and process factors, and the outcome from guided self-help, stepped care, and face-to-face cognitive behavioral therapy.
	Sjølie, Hege	Experiences of Members of a Crisis Resolution Home Treatment Team. Personal history, professional role and emotional support in a CRHT team.
	Falkenberg, Liv Eggset	Neuronal underpinnings of healthy and dysfunctional cognitive control
	Mrdalj, Jelena	The early life condition. Importance for sleep, circadian rhythmicity, behaviour and response to later life challenges
	Hesjedal, Elisabeth	Tverrprofjonelt samarbeid mellom skule og barnevern: Kva kan støtte utsette barn og unge?
<b>2015</b>	Hauken, May Aasebø	« <i>The cancer treatment was only half the work!</i> » A Mixed-Method Study of Rehabilitation among Young Adult Cancer Survivors
<b>V</b>	Ryland, Hilde Katrin	Social functioning and mental health in children: the influence of chronic illness and intellectual function
	Rønsen, Anne Kristin	Vurdering som profesjonskompetanse. Refleksjonsbasert utvikling av læreres kompetanse i formativ vurdering



	Hoff, Helge Andreas	Thinking about Symptoms of Psychopathy in Norway: Content Validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) Model in a Norwegian Setting
	Schmid, Marit Therese	Executive Functioning in recurrent- and first episode Major Depressive Disorder. Longitudinal studies
	Sand, Liv	Body Image Distortion and Eating Disturbances in Children and Adolescents
	Matanda, Dennis Juma	Child physical growth and care practices in Kenya: Evidence from Demographic and Health Surveys
	Amugsi, Dickson Abanimi	Child care practices, resources for care, and nutritional outcomes in Ghana: Findings from Demographic and Health Surveys
	Jakobsen, Hilde	The good beating: Social norms supporting men's partner violence in Tanzania
	Sagoe, Dominic	Nonmedical anabolic-androgenic steroid use: Prevalence, attitudes, and social perception
	Eide, Helene Marie Kjærgård	Narrating the relationship between leadership and learning outcomes. A study of public narratives in the Norwegian educational sector.
<b>2015</b>	Wubs, Annegreet Gera	Intimate partner violence among adolescents in South Africa and Tanzania
<b>H</b>	Hjelmervik, Helene Susanne	Sex and sex-hormonal effects on brain organization of fronto-parietal networks
	Dahl, Berit Misund	The meaning of professional identity in public health nursing
	Røykenes, Kari	Testangst hos sykepleierstudenter: «Alternativ behandling»
	Bless, Josef Johann	The smartphone as a research tool in psychology. Assessment of language lateralization and training of auditory attention.
	Løvvik, Camilla Margrethe Sigvaldsen	Common mental disorders and work participation – the role of return-to-work expectations
	Lehmann, Stine	Mental Disorders in Foster Children: A Study of Prevalence, Comorbidity, and Risk Factors
	Knapstad, Marit	Psychological factors in long-term sickness absence: the role of shame and social support. Epidemiological studies based on the Health Assets Project.
<b>2016</b>	Kvestad, Ingrid	Biological risks and neurodevelopment in young North Indian children
<b>V</b>	Sælør, Knut Tore	Hinderløyper, halmstrå og hengende snører. En kvalitativ studie av håp innenfor psykisk helse- og rusfeltet.
	Mellingen, Sonja	Alkoholbruk, partilfredshet og samlivsstatus. Før, inn i, og etter svangerskapet – korrelerer eller konsekvenser?
	Thun, Eirunn	Shift work: negative consequences and protective factors

	Hilt, Line Torbjørnsen	The borderlands of educational inclusion. Analyses of inclusion and exclusion processes for minority language students
	Havnen, Audun	Treatment of obsessive-compulsive disorder and the importance of assessing clinical effectiveness
	Slåtten, Hilde	Gay-related name-calling among young adolescents. Exploring the importance of the context.
	Ree, Eline	Staying at work. The role of expectancies and beliefs in health and workplace interventions.
	Morken, Frøydis	Reading and writing processing in dyslexia
<b>2016</b>	Løvoll, Helga Synnevåg	Inside the outdoor experience. On the distinction between pleasant and interesting feelings and their implication in the motivational process.
<b>H</b>	Hjeltnes, Aslak	Facing social fears: An investigation of mindfulness-based stress reduction for young adults with social anxiety disorder
	Øyeflaten, Irene Larsen	Long-term sick leave and work rehabilitation. Prognostic factors for return to work.
	Henriksen, Roger Ekeberg	Social relationships, stress and infection risk in mother and child
	Johnsen, Iren	«Only a friend» - The bereavement process of young adults who have lost a friend to a traumatic death. A mixed methods study.
	Helle, Siri	Cannabis use in non-affective psychoses: Relationship to age at onset, cognitive functioning and social cognition
	Glabek, Mats	Workplace bullying and expulsion in working life. A representative study addressing prospective associations and explanatory conditions.
	Oanes, Camilla Jensen	Tilbakemelding i terapi. På hvilke måter opplever terapeuter at tilbakemeldingsprosedyrer kan virke inn på terapeutiske praksiser?
	Reknes, Iselin	Exposure to workplace bullying among nurses: Health outcomes and individual coping
	Chimhutu, Victor	Results-Based Financing (RBF) in the health sector of a low-income country. From agenda setting to implementation: The case of Tanzania
	Ness, Ingunn Johanne	The Room of Opportunity. Understanding how knowledge and ideas are constructed in multidisciplinary groups working with developing innovative ideas.
	Hollekim, Ragnhild	Contemporary discourses on children and parenting in Norway. An empirical study based on two cases.
	Doran, Rouven	Eco-friendly travelling: The relevance of perceived norms and social comparison
<b>2017</b>	Katisi, Masego	The power of context in health partnerships: Exploring synergy and antagonism between external and internal ideologies in implementing Safe Male Circumcision (SMC) for HIV prevention in Botswana
<b>V</b>		

Jamaludin, Nor Lelawati Binti	The “why” and “how” of International Students’ Ambassadorship Roles in International Education
Berthelsen, Mona	Effects of shift work and psychological and social work factors on mental distress. Studies of onshore/offshore workers and nurses in Norway.
Krane, Vibeke	Lærer-elev-relasjoner, elevers psykiske helse og frafall i videregående skole – en eksplorerende studie om samarbeid og den store betydningen av de små ting
Søvik, Margaret Ljosnes	Evaluating the implementation of the Empowering Coaching™ program in Norway
Tonheim, Milfrid	A troublesome transition: Social reintegration of girl soldiers returning ‘home’
Senneseth, Mette	Improving social network support for partners facing spousal cancer while caring for minors. A randomized controlled trial.
Urke, Helga Bjørnøy	Child health and child care of very young children in Bolivia, Colombia and Peru.
Bakhturidze, George	Public Participation in Tobacco Control Policy-making in Georgia
Fismen, Anne-Siri	Adolescent eating habits. Trends and socio-economic status.
<b>2017</b>	
<b>H</b>	
Hagatun, Susanne	Internet-based cognitive-behavioural therapy for insomnia. A randomised controlled trial in Norway.
Eichele, Heike	Electrophysiological Correlates of Performance Monitoring in Children with Tourette Syndrome. A developmental perspective.
Risan, Ulf Patrick	Accommodating trauma in police interviews. An exploration of rapport in investigative interviews of traumatized victims.
Sandhåland, Hilde	Safety on board offshore vessels: A study of shipboard factors and situation awareness
Blågestad, Tone Fidje	Less pain – better sleep and mood? Interrelatedness of pain, sleep and mood in total hip arthroplasty patients
Kronstad, Morten	Frå skulebenk til deadlines. Korleis nettjournalistar og journaliststudentar lærer, og korleis dei utviklar journalistfagleg kunnskap
Vedaa, Øystein	Shift work: The importance of sufficient time for rest between shifts.
Steine, Iris Mulders	Predictors of symptoms outcomes among adult survivors of sexual abuse: The role of abuse characteristics, cumulative childhood maltreatment, genetic variants, and perceived social support.
Høgheim, Sigve	Making math interesting: An experimental study of interventions to encourage interest in mathematics

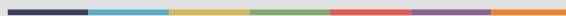
<b>2018</b> <b>V</b>	Brevik, Erlend Joramo	Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Beyond the Core Symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
	Erevik, Eilin Kristine	User-generated alcohol-related content on social media: Determinants and relation to offline alcohol use
	Hagen, Egon	Cognitive and psychological functioning in patients with substance use disorder; from initial assessment to one-year recovery
	Adólfisdóttir, Steinunn	Subcomponents of executive functions: Effects of age and brain maturations
	Brattabø, Ingfrid Vaksdal	Detection of child maltreatment, the role of dental health personnel – A national cross-sectional study among public dental health personnel in Norway
	Fylkesnes, Marte Knag	Frykt, forhandlinger og deltakelse. Ungdommer og foreldre med etnisk minoritetsbakgrunn i møte med den norske barnevernstjenesten.
	Stiegler, Jan Reidar	Processing emotions in emotion-focused therapy. Exploring the impact of the two-chair dialogue intervention.
	Egelandsdal, Kjetil	Clickers and Formative Feedback at University Lectures. Exploring students and teachers' reception and use of feedback from clicker interventions.
	Torjussen, Lars Petter Storm	Foreningen av visdom og veltalenhet – utkast til en universitetsdidaktikk gjennom en kritikk og videreføring av Skjervheims pedagogiske filosofi på bakgrunn av Arendt og Foucault. <i>Eller hvorfor menneskelivet er mer som å spille fløyte enn å bygge et hus.</i>
	Selvik, Sabreen	A childhood at refuges. Children with multiple relocations at refuges for abused women.
<b>2018</b> <b>H</b>	Leino, Tony Mathias	Structural game characteristics, game features, financial outcomes and gambling behaviour
	Raknes, Solfrid	Anxious Adolescents: Prevalence, Correlates, and Preventive Cognitive Behavioural Interventions
	Morken, Katharina Teresa Enehaug	Mentalization-based treatment of female patients with severe personality disorder and substance use disorder
	Braatveit, Kirsten Johanne	Intellectual disability among in-patients with substance use disorders
	Barua, Padmaja	Unequal Interdependencies: Exploring Power and Agency in Domestic Work Relations in Contemporary India
	Darkwah, Ernest	Caring for "parentless" children. An exploration of work-related experiences of caregivers in children's homes in Ghana.
	Valdersnes, Kjersti Bergheim	Safety Climate perceptions in High Reliability Organizations – the role of Psychological Capital

<b>2019</b> <b>V</b>	Kongsgården, Petter	Vurderingspraksiser i teknologirike læringsmiljøer. En undersøkelse av læreres vurderingspraksiser i teknologirike læringsmiljøer og implikasjoner på elevenes medvirkning i egen læringsprosess.
	Vikene, Kjetil	Complexity in Rhythm and Parkinson's disease: Cognitive and Neuronal Correlates
	Heradstveit, Ove	Alcohol- and drug use among adolescents. School-related problems, childhood mental health problems, and psychiatric diagnoses.
	Riise, Eili Nygard	Concentrated exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder in adolescents: the Bergen 4-day treatment
	Vik, Alexandra	Imaging the Aging Brain: From Morphometry to Functional Connectivity
	Krossbakken, Elfrid	Personal and Contextual Factors Influencing Gaming Behaviour. Risk Factors and Prevention of Video Game Addiction.
	Solholm, Roar	Foreldrenes status og rolle i familie- og nærmiljøbaserte intervensjoner for barn med atferdsvansker
	Baldomir, Andrea Margarita	Children at Risk and Mothering Networks in Buenos Aires, Argentina: Analyses of Socialization and Law-Abiding Practices in Public Early Childhood Intervention.
	Samuelsson, Martin Per	Education for Deliberative Democracy. Theoretical assumptions and classroom practices.
	Visted, Endre	Emotion regulation difficulties. The role in onset, maintenance and recurrence of major depressive disorder.
<b>2019</b> <b>H</b>	Nordmo, Morten	Sleep and naval performance. The impact of personality and leadership.
	Sveinsdottir, Vigdis	Supported Employment and preventing Early Disability (SEED)
	Dwyer, Gerard Eric	New approaches to the use of magnetic resonance spectroscopy for investigating the pathophysiology of auditory-verbal hallucinations
	Synnevåg, Ellen Strøm	Planning for Public Health. Balancing top-down and bottom-up approaches in Norwegian municipalities.
	Kvinge, Øystein Røsseland	Presentation in teacher education. A study of student teachers' transformation and representation of subject content using semiotic technology.





Graphic design: Kommunikasjonsevidlingen, UIB / Trykk: Skjerve Kommunikasjon AS



[uib.no](http://uib.no)

9788230865767 (print)

9788230857441 (PDF)