

Masteroppgave i helsevitenskap
Spesialisering i psykisk helsearbeid
Institutt for Helsefag
Universitetet i Stavanger

**Helsearbeideres erfaringer fra arbeid med pasienter som reinnlegges i
psykiatrisk døgnavdeling**

En kvalitativ studie

Thor Henrik Øvestad

Veileder Ellen Ramvi

Juni 2013



Universitetet
i Stavanger

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SPESIALISERING: Psykisk helsearbeid

SEMESTER: Vår 2013

FORFATTER/MASTERKNDIDAT: Thor Henrik Øvestad

VEILEDER: Ellen Ramvi

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

Helsearbeideres erfaringer fra arbeid med pasienter som reinnlegges i psykiatrisk døgnavdeling. En kvalitativ studie.

Engelsk tittel:

Health workers' experiences working with patients readmitted to a psychiatric inpatient unit. A qualitative study.

EMNEORD/STIKKORD:

terapeutisk relasjon, reinnleggelse, psykiatrisk døgnavdeling, kvalitativ studie, erfaringsbasert kunnskap

ANTALL SIDER: 66 (inkl. vedlegg)

ANTALL ORD ARTIKKEL: 6094

ANTALL ORD SAMMENFATNING: 4990

STAVANGER 28. juni 2013, Thor Henrik Øvestad

Forord

Med denne masteroppgaven avslutter jeg et toårig masterstudie i helsevitenskap med spesialisering i psykisk helsearbeid. Disse årene har vært både faglig og personlig utviklende, og har gitt meg nye perspektiver på psykisk helsearbeid. Studiet har gitt meg ny kunnskap og nye erfaringer som jeg tar med meg videre i yrkeskarrieren.

Først av alt vil jeg takke min veileder Ellen for oppmuntring, råd og inspirerende veiledning. Tusen takk for ditt engasjement, din kunnskap og visdom. Jeg vil også rette en stor tatt til informantene som så åpenhjertig delte sine tanker og følelser med meg. Takk til mine medstudenter for faglige tilbakemeldinger, støtte og inspirasjon til arbeidet med denne masteroppgaven. Takk til venner og kolleger som har støttet meg underveis i dette arbeidet.

Min kjære Jarle, takk for din tålmodighet og støtte.

Juni 2013,

Thor Henrik Øvestad

Innhold

Sammendrag	1
Del 1 - Artikkel	2
Del 2 - Sammenfatning	28
Introduksjon	29
Innledning	30
Studiens hensikt og problemstilling	30
Noen avklaringer	31
Sammenfatningens disposisjon	32
Forskning på området	32
Teoretisk rammeverk	33
Metode	35
Vitenskapsteoretisk perspektiv og valg av forskningsdesign	36
Forforståelse	37
Det kvalitative intervjuet	38
Rekruttering og utvalg	38
Datainnsamling	39
Analyse	39
Reliabilitet og validitet	41
Etiske overveielser	42
Resultater	43
Diskusjon	44
Metodekritiske refleksjoner	44
Avslutning	45
Referanser	47

Vedlegg 1: Forfatterinstruks - Nordisk Tidsskrift for helseforskning

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Steg for steg - Interpretative Phenomenological Analysis

Vedlegg 4: Tilbakemelding fra Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste

Vedlegg 5: Godkjenning masterprosjekt - Stavanger Universitetssjukehus

Vedlegg 6: Informasjonsskriv til informantene

Sammendrag

Denne masteroppgaven er basert på en kvalitativ studie hvor målet var å få innsikt i helsearbeideres erfaringer knyttet til det å ha oppfølging av pasienter som reinnlegges i en psykiatrisk døgnavdeling. Å opprettholde en profesjonell og terapeutisk relasjon gjennom gjentatte innleggelser kan være en krevende oppgave for fagfolk som arbeider med disse pasientene. Det ble gjennomført seks individuelle intervjuer og transkribert materiale ble analysert ved hjelp av Interpretative Phenomenological Analysis. Psykodynamisk teori ble brukt som teoretisk rammeverk for diskusjonen av funnene. Viktige funn har vist hvordan helsearbeidere opplevde emosjonelle belastninger i arbeidet med disse pasientene, men også hvordan de holdt ut disse belastningene og opprettholdt relasjonen til pasienten. Studien har vist at helsearbeidere trenger emosjonell ivaretagelse for å kunne engasjere seg fullt og helt i den terapeutiske relasjonen, og det er argumentert for hvordan denne ivaretagelsen legger grunnlaget for emosjonelle erfaringer som kan lede til personlig vekst og utvikling.

Masteroppgaven består av to deler. Første del er en artikkel skrevet og utformet etter retningslinjene til Nordisk tidsskrift for helseforskning (Vedlegg 1). Andre del er en sammenfatning som utdyper det teoretiske grunnlaget for studien og de metodologiske overveielser som ble gjort gjennom forskningsprosessen. Denne delen av masteroppgaven er et supplement til artikkelen som gir innsikt i viktige deler av forskningen og må derfor leses i tillegg.

Del 1

Artikkel

Å holde ut emosjonelle belastninger og opprettholde relasjonen: helsearbeideres erfaringer fra arbeid med pasienter som reinnlegges i psykiatrisk døgnavdeling

Thor Henrik Øvestad

Thor Henrik Øvestad, Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag

To endure emotional stress and sustain the relationship: health workers' experiences working with patients readmitted to a psychiatric inpatient unit

Abstract

This article is based on a qualitative study in which the aim was to gain insight into the experiences of health workers with regard to their continuing relationship with patients readmitted into a psychiatric inpatient unit. Sustaining a professional and therapeutic relationship throughout repeated admissions can be a demanding task for the professionals working with these patients. Six individual interviews were conducted and the transcribed material was analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis. Psychodynamic theory provided a theoretical framework for the discussion of the findings. Key findings showed how health workers experience emotional stress working with these patients, but also how they endured this stress and sustained their relationship with the patient. The study indicated how health workers need emotional containment to be able to engage fully in the therapeutic relationship, and it has been argued how this containment provides the basis for emotional experiences that can lead to personal growth and development.

Keywords

therapeutic relationship, readmission, psychiatric inpatient unit, qualitative study, health workers experiences,

Adresse: Ståle Kyllingstadv 9, 4317 Sandnes

Epost: thor.henrik.oevestad@gmail.com

Innledning

Kjernen i psykisk helsearbeid er den terapeutiske relasjonen mellom helsearbeider og pasient. Arbeidet har potensial for å bli emosjonelt bevegende både for pasienten og den profesjonelle (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009). Det å beholde profesjonalitet i relasjonen kan bli vanskelig. I denne studien rettes søkelyset mot helsearbeiderens beskrivelse av relasjonen til pasienter som reinnlegges i psykiatrisk døgnavdeling.

Utviklingen i psykisk helsetjeneste har beveget seg vekk fra lange institusjonsopphold til vesentlig kortere innleggelser. Tanken er at sykehusopphold skal være korte og bare når det er helt nødvendig - ellers skal pasienter få hjelpen i lokalsamfunnet der de bor. Til tross for dette blir noen pasienter innlagt gjentatte ganger i psykiatriske døgnenheter. Å bli innlagt gjentatte ganger er blitt karakterisert som en ny form for institusjonalisering (Junior & Neto; Passos; Ribeiro i Machado, Leonidas, Santos & Souza, 2012, s. 448). For helsearbeiderne kan det være krevende å opprettholde en profesjonell og terapeutisk relasjon til pasientene som stadig reinnlegges.

Reinnleggelser er ofte fokus for kvantitativ forskning (Helsedirektoratet, 2011; Machado et al., 2012; Mellesdal, Mehlum, Wentzel-Larsen, Kroken & Jørgensen, 2010; OECD, 2011). Disse dataene belyser omfanget av reinnleggelser i den norske psykiske helsetjenesten. Statistikk som organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) har utarbeidet viser at Norge har det høyeste antall reinnleggelser sammenlignet med 11 andre OECD land med hensyn til pasienter med diagnosen schizofreni (OECD, 2011). I en kohortstudie (Mellesdal et al., 2010) kom det fram at selvmordsfare var knyttet til 62 prosent av reinnleggelsene i akuttpsykiatrisk avdeling. Funn tydet på at selvmordsforsøk og selvskadingsatferd økte blant de hyppigst reinnlagte pasientene. Flere studier har pekt på at det kan oppleves emosjonelt belastende å arbeide med pasienter som har selvskadingsatferd (Rovik, 2005; Thomson, Powice & Carradice, 2008; Wilstrand, Lindgren, Gilje & Olofsson, 2007). Dette arbeidet kunne vekke sterke følelser som frykt, angst, frustrasjon, sinne og maktesløshet hos helsearbeiderne. To av studiene (Thompson et al.,

2008; Wilstrand et al., 2007) pekte også på fenomener som utmattelse og utbrenthet som mulige følger av de emosjonelle belastningene.

Det er gjort omfattende forskning på den terapeutiske relasjonen og denne har slått fast at relasjonen mellom terapeut og pasient har betydning for pasientens bedring og at en god terapeutisk relasjon ofte kan ha en større betydning enn metoden terapien bygger på (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991; Priebe & McCabe, 2008; Snell, Crowe & Jordan, 2010). Priebe og McCabe (2006; 2008) fremholder imidlertid at det meste av forskning på den terapeutiske relasjonen er gjort innenfor en tradisjonell psykoterapeutisk kontekst. Forfatterne mener at en psykiatrisk setting, spesielt ved behandling av alvorlig psykisk lidelse, er vesensforskjellig fra en tradisjonell psykoterapeutisk setting. Funn fra psykoterapeutisk forskning vil derfor kanskje ikke være helt overførbare til psykiatrisk praksis. Det etterlyses forskning på den terapeutiske relasjonen sett fra et klinisk perspektiv i den psykiske helsetjenesten. Kaplan og Garfinkel (i Wright, 2010: 159) peker også på at hjelperelasjoner i en døgnavdeling er forskjellige fra tradisjonelle psykoterapeutiske relasjoner.

I denne studien er derfor hensikten å oppnå innsikt i helsearbeideres erfaringer knyttet til det å ha oppfølging av pasienter som reinnlegges i en psykiatrisk døgnavdeling. Studien tar utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke følelser vekkes hos helsearbeider når pasienter kommer tilbake til behandling?
2. Hvordan beskrives den terapeutiske relasjonen i oppfølgingen av pasienter som reinnlegges?

Ved å undersøke hvordan helsearbeidere opplever det å få samme pasient tilbake til behandling vil denne studien kunne bidra til økt forståelse for hva som er utfordrende med en slik relasjon og hva som kreves for at helsearbeidere kan stå i en profesjonell relasjon til pasienter som reinnlegges.

Teoretisk perspektiv

For å forstå relasjonen mellom helsearbeider og pasient ved gjentatte innleggelse i en psykiatrisk døgnavdeling har jeg valgt å benytte psykodynamisk teori. Ut fra funnene i studien vil Wilfred Bions (1962 [1994]) forståelse av læring av erfaring der begrepet container/contained er sentralt, kunne belyse helsearbeiderens erfaringer.

Læring av erfaring gjennom container/contained

Wilfred Bion videreutviklet idéene til Melanie Klein om den tidlige mor-barn relasjonen. Et viktig begrep for Klein var projektiv identifikasjon. Hun så projektiv identifikasjon som spebarnets forsøk på å kvitte seg med ubehag ved å forsøke å projisere de uutholdelige delene av selvet inn i mor. Bion tenkte om projektiv identifikasjon at disse avspaltede delene av selvet måtte rommes i et annet sinn viss de skulle bli modifisert på noen måte. Hans tenkning introduserte en egenartet dynamisk interaksjon som han kalte for container/contained (Cartwright, 2010). Han så projektiv identifikasjon som en form for kommunikasjon - at fragmenter *spyttes ut* slik at de kan bli undersøkt i en personlighet sterk nok til å *contain* dem, for deretter å gis tilbake på et mer passende tidspunkt (Parry, 2010). Ramvi (2010) beskriver container/contained som en metafor som symboliserer emosjonell ivaretagelse. Metaforen henspiller på at mor blir en *container* for barnets følelser og at det emosjonelle innholdet som projiseres er det som blir *contained*.

Projektiv identifikasjon forstås i dag som både en forsvarsmekanisme og kommunikasjon av følelser, og det er en prosess som kan skje i alle relasjoner som vekker sterke følelser (Broch et. al. i Ramvi, 2010, s. 27). Fordi relasjonen mellom helsearbeider og pasient har potensial til å bli emosjonelt bevegende (Haugsgjerd et al., 2009) vil det derfor være sannsynlig at projektive identifikasjon vil forekomme og at container/contained aktualiseres i den terapeutiske relasjonen, der emosjonell ivaretagelse vil være en del av det terapeutiske arbeidet. En kan sammenlikne den emosjonelle ivaretagelsen helsearbeideren kan gi

pasienten med ivaretagelsen en mor forventes å gi sitt barn. Begge situasjoner krever evne til å romme følelser, vise forståelse og trøste.

I følge Bion (1962 [1994]) lærer mennesker av erfaring ved å bearbeide det emosjonelle i en situasjon. Det blir viktig å erkjenne og akseptere følelsene og gi dem mening (Ramvi, 2010). Å lære av erfaring beskrives av Bion nettopp gjennom container/contained. Han så den dynamiske interaksjonen container/contained som en representasjon av emosjonell virkeliggjøring av erfaring (ifølge Waddell, 1998, s. 103): *an emotional realisation of a learning experience*. Læring av erfaring dreier seg om dyptgripende forandringer i en person og Bion bruker uttrykket *katastrofal forandring* om denne formen for læring fordi det endrer personens syn på verden for alltid (White i Ramvi, 2010, s. 23).

Metode

For å oppnå innsikt i helsearbeideres erfaringer knyttet til oppfølgingen av pasienter som reinnlegges i en psykiatrisk døgnavdeling valgte jeg et kvalitativt, beskrivende og utforskende design med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, nærmere bestemt Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). IPA er en metode som er opptatt av å undersøke hvordan mennesker forstår sine egne erfaringer. Metoden har en ideografisk tilnærming til analyse ved å undersøke i detalj hvert enkelt tilfelle og deretter se etter mønstre mellom tilfellene (Smith, 2011).

Etiske overveielser

Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) og godkjent av forskningsavdelingen ved det lokale helseforetaket hvor studien ble gjennomført. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra deltakerne i studien. Informantene kommer fra et avgrenset fagmiljø og det er en fare for gjenkjennelsesproblematikk. Derfor tilkjennegis ikke den enkelte informant i presentasjonen av resultatene. Hensynet til informantenes konfidensialitet er vurdert større enn den potensielle fordelen å identifisere hver enkelt.

Rekruttering og utvalg

Inklusjonskriteret for deltakelse var minimum treårig universitets- eller høyskoleutdannelse innen helse- og sosialfag og erfaring fra oppfølging av tre ulike pasienter med minst tre innleggelse bak seg. Avdelingsledelsen ved to psykiatriske døgnavdelinger var behjelpelig med å videreformidle informasjon om studien og rekruttering av informanter, men det meldte seg bare tre informanter. For å sikre et tilstrekkelig antall informanter tok jeg kontakt med en tredjeperson og bad denne om hjelp til å komme i kontakt med personer som oppfylte kriteriene for deltakelse i studien. Det meldte seg da ytterligere tre informanter som kvalifiserte for deltakelse. Utvalget bestod av fem sykepleiere og en vernepleier, alle kvinner og i alderen 29 til 57 år. De hadde mellom 2,5 og 14 års erfaring fra psykisk helsearbeid.

Datainnsamling

Det ble gjennomført seks individuelle intervjuer våren 2013 på grunnlag av en semistrukturert intervjuguide. Alle informantene ble intervjuet på egen arbeidsplass og intervjuene varte mellom 45 og 70 minutter. Det ble brukt lydopptaker under intervjuene. Intervjuene ble deretter transkribert ordrett av forskeren selv.

Analyse

Smith, Flowers & Larkin (2009) beskriver den stegvise analyseprosessen i IPA som jeg fulgte.

1. Lesning og gjenlesning

Transkripsjonen ble gjennomlest flere ganger. Den gjentatte lesningen gjorde meg godt kjent med datamaterialet og var viktig for å kunne se strukturen i intervjuet og identifisere de rike og detaljerte delene av det.

2. Innledende notering

Den innledende noteringen startet i realiteten samtidig som steg 1. Jeg prøvde å identifisere hvordan informanten snakket om og forstod de aktuelle fenomenene. Kommentarer til interessante og viktige utsagn, samt kommentarer på språkbruk ble notert ned i marginen av transkripsjonen. Datamaterialet ble også tatt for seg på et mer begrepsmessig nivå ved å stille spørsmål ut fra interessante trekk ved informantens redegjørelse. Denne fasen var viktig for å få analysen videre fra det overfladiske og rent beskrivende, og innebar en personlig refleksjon hvor tolkningen trakk på egen erfaring og kunnskap.

3. Utarbeide framtrødende tema

Transkripsjonen ble brukket opp i deler for å lete etter tema. På bakgrunn av de innledende notatene og de enkelte delene av transkripsjonen ble det utarbeidet framtrødende tema som reflekterte både informantens originale ord og min tolkning av dem.

4. Lete etter forbindelser mellom framtrødende temaer

Det ble sett etter forbindelser og mønstre mellom de framtrødende temaene og kartlagt hvordan disse passet sammen. De ble plassert i klynger som ble gitt navn som illustrerte hvordan temaene representerte et overordnet tema. I denne fasen var forskningsspørsmålene ledende for hvilke temaer som ble tatt med videre i analysen.

5. Gå til neste intervju

Hvert enkelt intervju ble analysert på sine egne premisser uavhengig av de andre.

6. Lete etter forbindelser mellom intervjuene

Neste steg var å se etter mønstre og forbindelser mellom intervjuene og hvordan ulike tema kunne belyse hverandre. Jeg så etter både likhetstrekk mellom informantene og de unike individuelle erfaringene, samtidig som jeg vurderte styrken og forekomsten av ulike tema. Dette var et omfattende og tidkrevende arbeid som flere ganger førte meg tilbake til datamaterialet. Noen ganger oppstod nye tema og andre ganger førte det til endringer i sammensetning av tema. Sluttresultatet ble presentert i en hovedtabell som viste hvordan

de temaene som ble tatt videre passet sammen i overordnede temaer. Denne presenteres i innledningen av neste kapittel.

Resultater

Innledning

Pasientoppfølging innebar å ha den daglige kontakten med pasient og pårørende, ha ansvar for det miljøterapeutiske arbeidet og for samarbeidet både innad i avdelingen og mot eksterne instanser. Informantene beskrev to hovedmåter å organisere denne oppfølgingen. Teamorganisering og primærkontaktorganisering. Teamorganisering innebar at en gruppe av helsearbeidere hadde ansvar for å følge opp pasienten under innleggelsen.

Primærkontaktorganisering innebar at en helsearbeider hadde dette ansvaret i stor grad på egenhånd, men at det var mulig å ha med en sekundærkontakt eller en annen form for assistent.

Når informantene ble bedt om å vurdere team- kontra primærkontaktorganisering kom det fram at team var foretrukket av de som hadde erfaring fra begge organiseringsformene. Det må imidlertid påpekes at disse informantene hadde mest erfaring med team og at dette var den aktuelle organiseringen på arbeidsplassen. I teamet kunne man lettere dele på arbeidet ble det hevdet og man hadde alltid noen å diskutere eller dele det vanskelige med. En informant fortalte:

Jeg har vært borti dette med primær og sekundær ... det syns jeg var mer slitsomt for du står mer alene. Iallfall i et langtidsbehandlingsløp. Det er mange avgjørelser, det er mange tanker, mange følelser, det er mange valg som jeg ikke syns det er greit å stå med alene. Jeg syns det er bedre å jobbe i team. For da kan man hele tiden ha noen å spille ball med eller at man får blåst ut frustrasjonen eller at man kan spørre noen.

Fordeler med primærkontaktordningen ble imidlertid også nevnt. Det ble sagt at den ordningen ga mer oversikt og kontroll på arbeidet, samtidig som det var forbundet med et spesielt og personlig ansvar for miljøterapien. En informant fortalte:

Jeg synes det var tøft mange ganger.... jeg hadde og perioder hvor jeg var lei også, men ikke så lei at jeg ikke ville være primærkontakt lenger. Men det tror jeg har litt med den relasjonen [å gjøre]. Jeg klarte ikke å bare kutte denne relasjonen helt og holdent, og at noen andre tok over det ansvaret.

Studiens funn presenteres som seks temaer under to overordnede tema: (I) Kjenne på sterke følelser og (II) Holde ut emosjonelle belastninger. Under presenteres en oversikt over temaene:

(I) Kjenne på sterke følelser	(II) Holde ut emosjonelle belastninger
Bli avvist	Ta vare på hverandre
Kjenne seg skuffet, motløs og utmattet	Uttrykke og forstå egne følelser
Når jobben blir med hjem	Balansere nærhet og distanse

(I) Kjenne på sterke følelser

Bli avvist. *"Hun ville overhodet ikke snakke med meg i et par uker"*

De fleste informantene hadde til tider kjent seg avvist av pasienten. Dette medførte blant annet å bli utsatt for sinne og devaluerende kommentarer. *Hun har jo blitt rasende sint på meg flere ganger. Mener at jeg ikke er snill, mener at jeg ikke vil henne godt, sa en av informantene.* En annen fortalte hvordan det i et team kunne oppstå situasjoner hvor pasienter hadde sine favoritter blant teammedlemmene og at andre ble avvist. Det var vondt å høre, fortalte hun, når pasienten sa: *Du skjønner ingenting! Du kan ingenting! Jeg vil*

ikke ha deg! Ved reinnleggelse hendte det at pasienter var ruset og måtte skjermes av hensyn til andre pasienter. En informant fortalte:

Det var ofte på mine vakter [at pasienten kom inn] ... og jeg ble den som ble stående å si at: "beklager, det blir skjerming".... Og da fikk jeg på en måte stempelet som den sure bitcha. Og det nyttet ikke å gjøre noe om på uansett. Og det var vanskelig.

Selv om det å føle seg uønsket og bli avvist var vanskelig, sa noen likevel at dette ga dem vilje til å stå på. *Nettopp nå må jeg være her, nettopp nå må jeg ikke trekke meg*, sa en tredje informant, men også hun opplevde devalueringen som veldig ubehagelig. Å bli avvist på grunn av uenigheter med pasienten om behandlingstiltak kunne synes å være lettere å holde ut.

Der og da gjorde det ingenting med meg sånn sett for jeg måtte jo ta avgjørelser som ikke var så greie av og til.... Og da ble hun sint på meg og mente jeg ikke forsvarte henne, mente jeg ikke var der for henne og da prøvde hun å avvise meg.

Kanskje er det sånn at denne avvisningen ikke kjennes like ubehagelig fordi helsearbeideren opplevde at dette var en avvisning av henne som profesjonell og ikke som person?

Kjenne seg skuffet, motløs og utmattet. *"Og jeg kjente at nå har jeg ikke mer å gi"*

Helsearbeiderne hadde kjent hvordan skuffelse, motløshet og utmattelse kunne oppstå i arbeidet med de reinnlagte pasientene. En av dem fortalte:

Jeg kan godt være ærlig å si at da når jeg så at hun skulle komme inn igjen, så tenkte jeg: Åååhh, okei greit. Og det ble en litt sånn en - du merket det litt på personalet i avdelingen og at folk ble litt sånn: Uff, hvordan skal vi gjøre dette da?

Det kunne vekkes vonde minner når pasienter ble reinnlagt. En av helsearbeiderne fortalte: *Jeg kan lett bli motløs når jeg hører at en pasient er meldt ... fordi jeg har jo erfaringer fra tidligere innleggelser der [pasienten] gjerne har utagert.* En annen sa: *Du føler kanskje at du ... ikke gjør en god jobb når de kommer så mange ganger inn ... og at den motivasjonen synker litt etterhvert da.* Det er grunn til å tro at pasienter som stadig reinnlegges kan få helsearbeiderne til å miste troen på egne ferdigheter siden de tilsynelatende ikke klarer å hjelpe pasienten.

Flere informanter hadde kjent hvordan arbeidet kunne være utmattende. En av de fortalte: *Jeg måtte dra alt og [pasienten] ville ikke [noenting].... det var ikke snakk om. Og jeg kjente at nå har jeg ikke mer å gi.* Hun var gått tom for krefter. Det ble brukt andre kraftfulle uttrykk: *Det var akkurat som hun tømte meg for energi,* sa en informant. En annen sa det på en lignende måte:

Det kan være krevende å gå på jobb fordi ... du skal ha en kontainerfunksjon - du skal romme ganske mye, du skal være ganske tolerant. Viss alt blir feil hele tiden, viss du alltid misforstår, viss du aldri skjønner, viss du aldri får tak i noe ... ja på den måten så kan energien suges ut av en på et vis.

Det kunne tyde på at det var viktig for informanten å forstå pasienten for at hun skulle klare å ha denne kontainerfunksjonen. Å romme det uforståelige tappet henne for krefter.

En informant beskrev skuffelsen hun følte når en pasient ble reinnlagt.

Informant: *Jeg tror ikke helt du vil innse det, men jeg får en liten skuffelse i meg når jeg ser navnet hennes og hun er meldt på nytt igjen.*

Intervjuer: *Skuffelse i forhold til hva?*

Informant: *Skuffelse for hennes egen del, men også så masse jobb som er lag ned i henne og at hun kommer inn igjen.*

Det var imidlertid påfallende at informantene oftere snakket om skuffelse over forhold som lå utenfor relasjonen enn forhold innenfor. En informant var for eksempel skuffet over hvordan manglende oppfølging av pasienten etter utskrivelse noen ganger var årsak til reinnleggelse. En annen var skuffet over manglende forståelse fra ledelsen for den ekstra innsatsen hun og teamet hennes gjorde for å forebygge reinnleggelse. Kanskje er det sånn at helsearbeiderne kvier seg for å innrømme at de kan skuffes av pasientene?

Når jobben blir med hjem. *"Når jeg gikk hjem på fredag så klarte jeg ikke å slippe henne"*

Helsearbeiderne beskrev ulike erfaringer av at jobben ble med hjem. Enkelte framhevet hvordan dette var en normal reaksjon på arbeidet - at det var naturlig å bli påvirket av jobben.

Du har opplevd så mye i løpet av en dag ... hvordan kan du la være å tenke på det når du kommer hjem? Jeg tenker ikke at det er direkte usunt, men det blir usunt viss det hemmer meg i arbeidet eller ... når jeg skal sove.

To av informantene hadde imidlertid kjent hvordan arbeidet kunne få uønskede virkninger i privatlivet. Den ene informanten fortalte hvordan den emosjonelle kontakten i relasjonen til en pasient ble så sterk at det ble for tungt for henne å bære.

Hun ble veldig avhengig av meg.... Og det var ikke greit - der ble det for tett.... Det ble så tungt at det på en måte gikk jo ut over meg i privatlivet også. Og jeg tenker at jeg kan ikke investere hele meg kun i henne og jobb. Man må på en måte kunne klare å fordele det på andre.

Den andre skildret hvordan en pasient forfulgte henne i tankene gjennom helgen. Pasienten hadde avvist hennes tilbud om samtale hele dagen, men tok kontakt med henne rett før vaktskiftet en fredag før hun skulle ha fri. *Og så er på en måte det hun formidler at det er*

ikke sikkert du ser meg på mandag, sa informanten. Dette hadde skjedd flere ganger og hun ergret seg over at hun ikke klarte å la være å gå inn til pasienten like før hun skulle gå hjem. Hun fortalte hva hun tenkte:

Hvorfor gikk jeg inn? Hvorfor sa jeg ikke: nei nå er det for seint - du har hatt tilbud hele dagen. Dette har skjedd før - hvorfor gjorde jeg det igjen? Men det er noe med det liksom at nå har jeg prøvd hele dagen og nå skal hun få denne sjansen.

Det kunne tyde på at det var en konflikt mellom rollen som profesjonell der hun ville distansere seg, og rollen som medmenneske der hun ville gi pasienten en ny sjanse. Hun fortsatte: *Når jeg gikk hjem på fredag så klarte jeg ikke å slippe henne. Hun fulgte meg hjem i tankene og det var ingen god følelse.... Det var en fryktelig ubehagelig følelse. Fryktelig ubehagelig følelse. Måten hun gjentok ordene sa noe om hvor intenst fryktelig denne erfaringen må ha vært. Og jeg kunne oppleve at hun dukket opp i løpet av helgen. Hvordan går det? Liksom du kjenner liksom: Åååhh, skal jeg ringe inn å høre om det går bra? Disse sterke følelsene kan være vanskelig å gi slipp på. Selv om ansvaret for pasienten deles med de andre som er igjen på jobb, kan helsearbeideren kjenne et personlig ansvar og en forpliktelse for pasienten som er vanskelig å gi fra seg på vei ut dørene fra avdelingen.*

(II) Holde ut emosjonelle belastninger

Ta vare på hverandre. "Ingen kan klare det alene"

Samhold i kollegafellesskapet var sentralt for helsearbeiderne. Det å ta vare på hverandre ble sett på som avgjørende for å holde ut de emosjonelle belastningene arbeidet kunne medføre. To informanter fortalte hvordan de uventet hadde fått hjelp og støtte av kolleger. En av dem sa:

Det var en kollega som sa "Jeg kan ta kan i dag" ... ja, jeg hadde ikke forventet det, men hun tilbydde seg.... Og jeg har tilbudt å være kontaktperson for andre selv om de er i teamet [til pasienten].... Det å avlaste hverandre er viktig.

Begge mente at dette gjorde at personalet holdt ut over tid fordi, som den ene sa: *Det er ganske emosjonelt belastende å jobbe her.* Selv om det kunne være lettere å rotere på å være kontaktperson i et team, hadde også primærkontakt behov for avlastning. En informant fortalte: *Jeg har spurt om å få en til med meg sånn at vi kan dele litt på det, for det kan være tungt å ha den pasienten hver dag når du går i 100 % stilling.* En informant erkjente hvordan arbeidet var et samarbeid mellom alle. Hun hadde en rolle å spille, men var helt avhengig av de andre. *Vi er mange sammen her og ... ingen kan klare det alene,* sa hun. Å stå sammen kunne tidvis være vanskelig. Noen ganger oppstod situasjoner hvor personalet hadde sterke og ulike meninger om hvordan arbeidet skulle utføres. En informant fikk smertelig erfare at samholdet raknet. Hun stod mellom barken og veden i en svært vanskelig situasjon. Hun hadde ansvaret for en sårbar pasient og fortvilede pårørende på den ene siden, mens hun ble utsatt for press fra personalgruppa på den andre.

Jeg fikk en del personlig kritikk, ikke faglig kritikk, men personlig.... jeg er veldig glad for at jeg da på en måte var ny her og relativt nyutdannet og full av engasjement og gode tanker. Og det at jeg har vært så trygg på meg selv. Viss ikke så hadde jeg ikke stått i det tror jeg.... Det å føle at andre bevisst motarbeider deg ... det har vært tungt.

Uttrykke og forstå egne følelser. *"Er det mine negative følelser, eller er dette negative følelser som pasienten sender til meg?"*

Å uttrykke og forstå egne følelser var viktig for at helsearbeiderne skulle holde ut de emosjonelle belastningene. Noen satte pris på muligheten til å si sin hjertens mening om pasientene. En informant hadde erfart hvor godt det var med en uformell tone i veiledning:

Det er å lov å si ... jeg vil spy av den pasienten, nå må jeg ha en hel uke der jeg ikke er i kontakt med den pasienten. Det å få lov å si det, det har vært veldig viktig.

Hvordan følelsene knyttet til pasientene ble tatt opp var viktig. *En skal ikke bare sitte å snakke mye dritt. Det skal føre til noe.... Det skal være konstruktivt, sa en informant. Åpenhet om egne følelser som vekkes i arbeidet var også viktig. En informant fortalte:*

Det er viktig å være åpen om de følelsene som bygger seg i deg når det gjelder disse pasientene ... de preger deg jo på alle slags måter.... [At man ikke er] redd for å si at nå er jeg drittlei, nå må jeg ha en pause, nå trenger jeg at noen andre tar litt over.

Informantene var opptatt av hvordan veiledning, både i formelle veiledningsgrupper og uformell veiledning mellom kolleger, hjalp dem å forstå egne følelser som ble vekket i arbeidet.

Det er en fase der én på en måte ikke skjønner liksom hva som skjer, og da er det fantastisk å ha kolleger som på en måte ser: du ser så lei ut, du virker sint.... Få hjelp til å bli bevisst på hva er det egentlig som skjer her.

Nytten av formell veiledning var det ulike erfaringer med. En informant fortalte: *Vi har jo hatt en veileder som har vært her ... men jeg har ikke fått så veldig mye utbytte av det. På spørsmål om hva som avgjorde om hun fikk noe ut av veiledningen, svarte en informant:*

Det har kanskje litt med hvordan vi vinkler caset.... for oss kanskje.... Altså det kan fort åpne med noe som har skjedd på avdelingen. Og så kan det for eksempel bli til hvordan responderer vi på avvisning.... at det blir tatt litt over på oss, og ja, våre følelser og hva vi kan gjøre i forhold til det.

Det kunne tyde på at nytten av formell veiledning var avhengig av i hvilken grad den bidro til å øke personalets forståelse for hvordan de selv ble påvirket av arbeidet.

Balansere nærhet og distanse. *"Det er noe med det når det står en person der og viser deg den enorme tilliten så må du på en måte balansere dette personlige, private og profesjonelle"*

I relasjonen til pasienten hadde helsearbeiderne et behov for å balansere nærhet og distanse. At de ønsket nærhet til pasienten viste seg blant annet ved at de fleste mente det var viktig å tilstrebe kontinuitet i relasjonen ved reinnleggelse, uavhengig om de var med i et team eller om de var primærkontakt. Kontinuitet ble sett på som en fordel både for pasienten og for helsearbeideren. En informant sa:

Det er i mange tilfeller greit for pasienten at det er det samme teamet. Da kjenner de personalet fra før av ... så har vi da allerede bygget opp en relasjon og vi har kanskje utviklet en slags tillit til hverandre.... og da har vi jo erfaringer ... fra siste innleggelse om hva som fungerte og hva som ikke fungerte.

Samtidig kunne relasjonen være opphav til konflikter og vanskelige situasjoner, og da kunne informantene ha et behov for distanse. En av de fortalte: *Så var det også sånn at i de tilfellene hvor man havnet i ganske mange konflikter og uenigheter med pasienten så var det muligheter til å få byttet [pasienten] over til andre team.* Det kunne også hende at en helsearbeider forlot teamet dersom det ble for belastende, men det ble sett på som en siste utvei. En informant forklarte:

Viss en pasient blir veldig paranoid og det blir veldig konfliktfylt med en i teamet, så går det an å trekke seg ut.... Men det er ikke noe lett vint det, da snakker vi veldig gjennom det. Det er ikke sånn at.. han, nei han orker ikke jeg. Det er ikke på det planet.

Helsearbeiderne kunne også distansere seg ved å unngå det som var ubehagelig. En informant fortalte hvordan hun opplevde at noen ville slippe unna pasienter som ble sett på

som belastende. *Det kan lett bli litt sutring...* [at noen sier] *jeg vil ikke stå på den pasienten, jeg vil ikke ha den pasienten*, sa hun. Å balansere nærhet og distanse i relasjonen var noe helsearbeiderne strevde med. *Det må jo være en balanse der sånn at du kanskje ikke overinvolverer deg i pasienten. At du kanskje ikke gir for mye omsorg og sånt, men at du gir de litt ansvar*, sa en informant. Det er kanskje sånn at denne balanseringen av omsorg og ansvar informantene snakket om, også fungerte som en beskyttelse mot å komme for nær?

Diskusjon

Studiens hensikt var å oppnå innsikt i helsearbeideres erfaringer knyttet til det å ha oppfølging av pasienter som reinnlegges i en psykiatrisk døgnavdeling, og på denne måten få økt forståelse for det utfordrende med relasjonen til disse pasientene og hva som kreves for at helsearbeidere kan stå i denne relasjonen.

Alle informantene hadde kjent på sterke følelser i oppfølgingen av pasienter med gjentatte innleggelse. De var blitt utsatt for avvisning og sinne, kjent skuffelse, motløshet og utmattelse. Noen hadde erfart hvordan belastningene ble så store at det gikk ut over privatlivet. At ønsket om å hjelpe blir misforstått eller avvist av pasienten kan være vanskelig for helsearbeiderne. Selv om de forsøker å hjelpe pasienten så godt de kan, risikerer de å bli utsatt for kritikk. Dette kan være emosjonelt belastende og vanskelig å stå i. Andre studier har også beskrevet emosjonelle belastninger i omsorgsarbeid (Foster, 2001; Rovik, 2005; Thomson et al. 2008; Wilstrand et al., 2007). I en klassisk studie fra 1959 gjorde Menzies-Lyth (1959 [1988]) funn som kunne tyde på at jo tettere relasjon det var mellom sykepleier og pasient, desto større sannsynlighet for at sykepleier kunne oppleve sterke følelser. Dette bekreftes av funn i denne studien som viste hvordan en tett tilknytning i relasjonen mellom helsearbeider og pasient gjorde den emosjonelle kontakten så sterk at det ble tungt for helsearbeideren å bære. Menzies-Lyth fant også hvordan sykepleiere som ikke klarte å holde ut de emosjonelle belastningene på ulike måter trakk seg unna arbeidet. Dette er også beskrevet av Foster (2001), som påpekte i tråd med Menzies-Lyth hvordan det å trekke seg tilbake fra emosjonelt krevende arbeid både var en form for selvbeskyttelse og en fare.

Dette sammenfaller med funn i denne studien som, i likhet med Menzies- Lyth og Foster, viste hvordan helsearbeiderne på ulike måter kunne distansere seg fra emosjonelt krevende arbeid. Det kunne tyde på at det var et behov for å distansere seg fra pasientoppfølgingen dersom det ble for vanskelig eller konfliktfyllt, selv om de sa at kontinuitet i relasjonen var svært viktig. Funn antydte også at helsearbeidere noen ganger helst ville slippe å være kontaktperson for pasienter som ble sett på som belastende.

Man kan i denne sammenheng reflektere over om det er mulig for helsearbeideren å strekke seg etter å bli i relasjonen, selv når det blir vanskelig. Er en profesjonell relasjon nettopp det å balansere og porasjonere nærhet og fremdeles være i relasjonen? Hvor langt er man villig til å slippe noen inn? McMahon(2010) mener vi må finne en balanse mellom nærhet og distanse. Nær nok til å kunne oppfatte pasientens psykiske tilstand, til å kunne gjenkjenne ulike følelser og stemninger, og være engasjert på en måte som viser vi virkelig bryr oss. Samtidig langt nok i fra til å kunne tenke på det blir kommunisert, å kunne reagere på en hjelpsom måte til vanskelige følelser, og være i stand til å emosjonelt ivareta pasienten.

Som nevnt tidligere er Bions container/contained beskrevet som en dynamisk interaksjon (Cartwright, 2010) og en metafor for emosjonell ivaretagelse (Ramvi, 2010). Denne studien har vist hvordan container/contained ikke bare aktualiseres i den terapeutiske relasjonen mellom helsearbeider og pasient, men også i relasjonen mellom den enkelte helsearbeider og sine kolleger. Dersom helsearbeideren skal være i stand til å romme pasientens psykiske smerte - være en *container*, trenger hun selv også å bli *contained* av sine kolleger. Funn viste hvordan samhold i kollegafellesskapet og muligheten for å kunne uttrykke og forstå egne følelser var viktig for informantene. Gjennom å ta vare på hverandre og komme sammen for å reflektere over følelsene som oppstod i arbeidet og hvordan disse kunne forstås, kunne helsearbeiderne lettere holde ut de emosjonelle belastningene i arbeidet.

Teamorganisering var den foretrukne pasientorganiseringsformen og informantene snakket om viktigheten av samhold i kollegafellesskapet. I teamet ble ansvaret for pasientoppfølgingen delt av flere personer og det kunne lettere deles på både

arbeidsoppgaver og belastninger. Kanskje ble team foretrukket nettopp fordi ansvaret kunne deles med andre? Eller var det fordi helsearbeiderne følte seg mer ivaretatt i teamet? Teamorganisering kan imidlertid ikke forhindre at det oppstår tette bånd mellom helsearbeider og pasient hvor relasjonen kan oppleves vanskelig fordi en er for nært knyttet. Utfordringen med å finne balanse mellom nærhet og distanse er kanskje like stor uavhengig av hvordan man organiserer pasientoppfølgingen. Det kan imidlertid tenkes det er lettere å distansere seg fra pasienten som medlem av et team enn som primærkontakt. I teamet kunne man distansere seg ved å ha mindre kontakt - dele på å være kontaktperson for pasienten. Funn i studien tydet på at terskelen for å distansere seg var høyere for primærkontakten enn for helsearbeideren som var i team. Å være primærkontakt gir kanskje opplevelsen av et større personlig ansvar. Kanskje er det sånn at man som primærkontakt kan oppleve sin rolle som så betydningsfull at man føler man vanskelig kan erstattes? I så fall kan man overveie betydningen dette vil kunne få for helsearbeideren med tanke på viljen til å holde ut i relasjonen. Funn i studien kan tyde på en sammenheng her. En av helsearbeiderne holdt ut som primærkontakt selv om hun møtte motgang fordi relasjonen var blitt så betydningsfull. Slik sett kan det virke som primærkontaktorganisering gjør det vanskeligere for helsearbeideren å distansere seg. Helsearbeideren blir stående i den emosjonelle erfaringen som i følge Bion må være tilstede for å lære av erfaring.

Sett fra et psykodynamisk perspektiv vil man kunne hevde at det å distansere seg i relasjonen vil kunne blokkere for muligheten til personlig utvikling - til å lære av erfaring. Som nevnt tidligere gir Bion innsikt i hvordan man gjennom container/contained kan lære av emosjonell erfaring. Ved å bli værende i det smertefulle, erkjenne og akseptere følelsene og gi dem mening kan det finne sted en radikal personlig utvikling. Helsearbeiderne må altså våge å bli værende i de vanskelige relasjonene, de må holde ut det som framkaller angst eller annen psykisk smerte. På denne måten kan de emosjonelle erfaringene danne grunnlaget for det Bion kalte en *katastrofal forandring*, en permanent og dyptgripende forandring i personen (Ramvi, 2010). Men for å klare dette trenger helsearbeideren noen som lytter og prøver å forstå, som i et container/contained forhold.

Man kan gå glipp av viktige erfaringer ved å distansere seg i relasjonen. Det betyr likevel ikke at helsearbeideren ikke skal kjenne sine egne grenser, kjenne at nok er nok. Men for å forstå sine egne grenser - kjenne seg selv - trenger helsearbeideren en trygg relasjon å vokse i. Uten dette kan helsearbeideren komme til å beskytte seg mot det emosjonelle ubehaget som kan oppstå når hun engasjerer seg i en terapeutisk relasjon. Det personlige ved arbeidet kan ikke fjernes og de emosjonelle belastningene kan ikke unngås, men man kan ivareta helsearbeideren ved å skape flere arenaer hvor helsearbeiderne kan uttrykke og forstå de følelsene som vekkes i arbeidet. Dette innebærer en åpenhet og aksept for alle følelser - også de negative og *uprofesjonelle* følelsene som kan oppstå, men som kan være vanskelig å erkjenne. Agass (2002) hevder at dersom man ikke anerkjenner og bearbeider følelsene som oppstår i terapeutisk arbeid, kan dette få alvorlige følger både for pasienten og den profesjonelle. Han understreket viktigheten av psykodynamisk tilnærming i veiledning. Funn fra denne studien, som antydte at nytten av veiledning hang sammen i hvilken grad den bidro til å øke helsearbeidernes forståelse for hvordan de selv ble påvirket av arbeidet, synes å støtte opp om viktigheten av en psykodynamisk og innsiktsorientert veiledning. Gjennom veiledning og refleksjon kan container/container forholdet gjenskapes og helsearbeideren kan etablere en trygg relasjon å vokse i.

Avslutning

I denne studien har fokus vært på helsearbeidernes følelser og erfaringer fra terapeutisk relasjonsarbeid med reinnlagte pasienter. Å utvikle gode relasjoner krever tid - og tiden er under press i dagens helsetjeneste. Det kunne derfor vært interessant å se nærmere på hvordan helsearbeiderne opplever at spesialisthelsetjenestens fokus på effektivitet og korte innleggelse kan få betydning for relasjonsarbeidet. Dette kan være et aktuelt tema for videre forskning.

En begrensning ved studien er at utvalget ble rekruttert fra et avgrenset fagmiljø. Tre av informantene jobbet på samme avdeling og kan slik sett være representanter for en

avdelingskultur. En bredere sammensatt gruppe informanter kunne gitt andre perspektiver på de relasjonelle erfaringene fra arbeidet.

Studien har imidlertid vist hvordan helsearbeidere kan utsettes for emosjonelle belastninger i oppfølgingen av reinnlagte pasienter. Samtidig har det kommet tilsyne forutsetninger for at helsearbeiderne skal kunne holde ut disse belastningene og dermed opprettholde en profesjonell og terapeutisk relasjonen til pasientene. Det er blitt argumentert for at helsearbeideren må bli emosjonelt ivaretatt for å kunne romme pasientens psykiske smerte. Emosjonell ivaretagelse gjør helsearbeideren bedre i stand til å engasjere seg fullt og helt i relasjonen, og legger på den måten grunnlaget for emosjonelle erfaringer som kan lede til personlig vekst og utvikling.

Litteratur

Agass, D. (2002). Countertransference, supervision and the reflection process. *Journal of Social Work Practice*, Vol. 16 Nr. 2, s. 125-133.

Bion, W. (1962 [1994]). *Learning from experience*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.

Cartwright, D. (2010). *Containing States of Mind*. Exploring Bion's 'Container Model' in Psychoanalytic Psychotherapy. London: Routledge

Foster, A. (2001). The duty to care and the need to split. *Journal of Social Work Practise: Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community*, 15, s. 81-90

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. Symonds, D. & Horvath, A. O. (2012). How Central Is the Alliance in Psychotherapy? A Multilevel Longitudinal Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 59, Nr. 1, s. 10–17 DOI: 10.1037/a0025749

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk helsearbeid* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet. (2010). *Pasienter i det psykiske helsevernet 2009*. Oslo: Helsedirektoratet.
Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasienter-i-det-psykiske-helsevernet-2009/Sider/default.aspx>

Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993, Vol. 61, Nr. 4, s.561-57

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, s. 139–149.

- Machado, V. V., Leonidas, C. C., Santos, M. A., & Souza, J. J. (2012). Psychiatric readmission: an integrative review of the literature. *International Nursing Review*, 59(4), s. 447-457. DOI:10.1111/j.1466-7657.2012.01011.x
- McMahon, L. (2010). Long-Term Complex Relationships. I G. Ruch, D. Turney & A. Ward (Red.), *Relationship-Based Social Work* (s. 148-163). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Mellesdal, L., Mehlum, L., Wentzel-Larsen, T., Kroken, R., & Arild Jørgensen, H. (2010). Suicide risk and acute psychiatric readmissions: A prospective cohort study. *Psychiatric Services*, 61(1), s. 25-31.
- Menzies Lyth, I. (1959 [1988]). *Containing Anxiety in Institutions: Selected Essays*. (Vol.1). London: Free Association Books.
- OECD (2011). Unplanned hospital re-admissions for mental disorders. I: *OECD, Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. DOI: 10.1787/health_glance-2011-46-en
- Parry, R. (2010). *A critical examination of Bion's concept of containment and Winnicott's concept of holding, and their psychotherapeutic implications*. Masteroppgave, University of the Witwatersrand, Johannesburg, Republic of South Africa
- Priebe, S. & McCabe R. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006: 113 (Suppl. 429): s. 69–72. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00721.x

Priebe, S. & McCabe, R. (2008). Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry*, Desember 2008; 20(6): s. 521–526. DOI: 10.1080/09540260802565257

Ramvi, E. (2010). *Læring av erfaring? Et psykoanalytisk blikk på læreres læring*. Stavanger: Hertervig Akademisk.

Rovik, A.M. (2005). Selvskading og miljøterapi. Miljøterapeutiske utfordringer ved selvskadende atferd. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2005; 7(2), s. 15-27.

Smith, J.A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, Vol. 5, Nr. 1, Mars 2011, s. 9-27.

Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications Ltd.

Snell, L., Crowe, M. & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19, s. 351–358.
DOI:10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x

Thompson, A.R., Powis, J. & Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, Juni 2008, 17(3), s. 153-161. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2008.00533.x

Waddell, M. (1998). *Inside Lives: Psychoanalysis and the Growth of personality*. London: Duckworth

Wilstrand, C., Lindgren, B.M., Gilje, F. & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients

who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Februar 2007, 14(1), s. 72-78. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x

Wright, K. M. (2010). Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, Juni 2010, 19(3), s. 154-161. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2009.00657.x

Del 2

Sammenfatning

Introduksjon

Denne sammenfatningen er en utdyping av hvordan studien ble gjennomført. Hensikten er å gi en grundigere redegjørelse for den metodiske framgangsmåten og utdype studiens teoretiske grunnlag. Sammenfatningen er ikke en oppsummering av artikkelen og må leses som et supplement til denne. Av den grunn vil det henvises til artikkelen enkelte steder. Samlet vil artikkelen og sammenfatningen gi en bred og detaljert forståelse av forskningen som ble gjort i forbindelse med denne masteroppgaven.

Innledning

Den terapeutiske relasjonen er bindeleddet mellom helsearbeider og pasient. I denne relasjonen ligger kraften til terapeutisk endring (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009). For at denne endringen skal kunne skje må helsearbeideren være åpen og la seg berøre av pasienten og bli oppmerksom på hvilke følelser som vekkes. Begge parter i den terapeutiske relasjonen vil kunne berøres og forandres, og noen ganger kan dette kjennes belastende for helsearbeideren.

Egen erfaring fra klinisk praksis i psykisk helsetjeneste er bakgrunn for min interesse for temaet i denne masteroppgaven. Som sykepleier i akuttpsykiatrisk døgnavdeling har jeg selv erfart hvordan arbeidet med pasienter som reinnlegges kan være frustrerende og til tider utmattende. Selv om de emosjonelle belastningene tidvis har vært store, har dette arbeidet også vært berikende og faglig utviklende for meg. Det har til tider satt min profesjonalitet på prøve, spesielt når de negative følelser har blitt overveldende. Det kan være både faglig og personlig krevende å opprettholde en profesjonell, respektfull og terapeutisk relasjon til pasienter som har gjentatte innleggelser, og derfor er det viktig å få fram kunnskap om hva som skal til for at helsearbeider skal klare å stå i en profesjonell relasjon til disse pasientene.

Studiens hensikt og problemstilling

Studiens hensikt er å oppnå innsikt i helsearbeideres erfaringer knyttet til det å ha oppfølging av pasienter som reinnlegges i en psykiatrisk døgnavdeling. Ved å undersøke hvordan helsearbeidere opplever det å få samme pasient tilbake til behandling vil denne studien kunne bidra til økt forståelse for hva som er utfordrende med en slik relasjon og hva som kreves for at helsearbeidere kan stå i en profesjonell relasjon til pasienter som reinnlegges.

Problemstillingen er formulert på følgende måte:

Hvordan opplever helsearbeidere den terapeutiske relasjonen til pasienter med reinnleggelser i psykiatrisk døgnavdeling?

For å undersøke dette nærmere tar studien utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke følelser vekkes hos helsearbeider når pasienter kommer tilbake til behandling?
2. Hvordan beskrives den terapeutiske relasjonen i oppfølgingen av pasienter som reinnlegges?

Noen avklaringer

Begrepene terapeutisk relasjon og profesjonell relasjon brukes begge i denne oppgaven. De ulike begrepene beskriver slik jeg forstår det ulike perspektiver på det samme - den relasjonen som utvikler seg mellom den hjelpesøkende og den som i arbeidsmessig sammenheng forsøker å hjelpe. Begrepet terapeutisk relasjon vektlegger det faktum at relasjonen har til hensikt å bidra til en fordelaktig endring hos den hjelpesøkende.

Den terapeutiske relasjonen kan sees på et kontinuum over profesjonell atferd i relasjonen mellom helsearbeider og pasient. Kontinuumet plasserer underinvolvering i den ene enden og overinvolvering i den andre, og i midten finnes en sone av hjelpsomhet hvor den terapeutiske relasjonen ligger (National Council of State Boards of Nursing, 2007).

Underinvolvering	Sone av hjelpsomhet	Overinvolvering
Omsorgssvikt	Terapeutisk relasjon	Grenseovertredelser

Sammenfatningens disposisjon

I neste kapittel følger en oversikt over noe av den forskning som eksisterer på området. I påfølgende kapittel presenteres studiens teoretiske rammeverk. Deretter redegjøres det for metode og analyse, før en oppsummering av resultatene blir presentert. Videre legges det vekt på å drøfte studiens reliabilitet og validitet, før sammenfatningen avsluttes med forslag til videre forskning og det pekes på noen implikasjoner studien har for praksis.

Forskning på området

Det ble foretatt søk i databasene Cinahl, Medline, Academic Search Elite, PsycInfo og Swemed+ for å finne forskning på området. Søkene ble foretatt i november 2012. Kombinasjonen "therapeutic relationship" (OR "professional relationship") AND "readmission" AND "psychiatric unit" (OR "mental health unit") ga ingen treff. Det kunne se ut som det ikke forelå publisert forskning med fokus på den terapeutiske relasjonen knyttet opp mot reinnleggelse i psykiatrisk døgnavdeling, noe som i seg selv tyder på at fenomenet er relativt utforsket. Ved å utelate søkeordet "psychiatric unit" ble det foretatt et bredere søk for å se om det kunne finnes annen forskning som kunne belyse hvorfor det er relevant å studere nettopp dette fenomenet. Det er også benyttet forskning som jeg er blitt gjort kjent med gjennom masterstudiet forøvrig. Det vises til artikkelen for ytterligere redegjørelse for tidligere forskning.

Reinnleggelser er ofte fokus for kvantitativ forskning (Helsedirektoratet, 2011; Machado, Leonidas, Santos & Souza, 2012; Mellesdal, Mehlum, Wentzel-Larsen, Kroken & Jørgensen, 2010; OECD, 2011). De kvantitative dataene tar ofte utgangspunkt i reinnleggelse definert som en ikke-planlagt innleggelse i løpet av 30 dager/1 måned etter utskrivelse. Selve tidspunktet for reinnleggelsen var ikke viktig for denne studien siden hensikten var å undersøke erfaringer knyttet til oppfølgingen av reinnlagte pasienter. Allikevel vil disse dataene kunne belyse omfanget av reinnleggelser i den norske psykiske helsetjenesten. Data fra Helsedirektoratet beskriver situasjonen i Norge i 2009. Reinnleggingsraten var da høyest

blant pasienter som ble utskrevet med hoveddiagnose i gruppene personlighetsforstyrrelse (31 %), schizofreni (20 %) og ruslidelse (20 %). For pasienter med ruslidelse i tillegg til personlighetsforstyrrelse eller schizofreni finner vi den aller høyeste reinnleggelsesraten med henholdsvis 35 og 32 prosent (Helsedirektoratet, 2011).

Fakhoury, White & Priebe (2007) undersøkte hvorvidt kvaliteten på den terapeutiske relasjonen mellom pasient og helsearbeider kunne forutsi reinnleggelse for pasienter som var under oppfølging av Assertive Outreach Teams¹ (AOT). Funn viste en signifikant sammenheng mellom en mer positiv terapeutisk relasjon og lavere reinnleggelsesrate for de av pasientene som nylig hadde startet med oppfølging fra AOT. For de allerede etablerte pasientene ble det imidlertid ikke funnet en sammenheng. Forfatterne kunne bare spekulere om årsaken til denne forskjellen og mente dette må undersøkes nærmere.

Terapeutisk allianse kan sees på som et element i en god terapeutisk relasjon. Alliansen beskriver en enighet blant partene om mål og metode for terapien, og dette skal føre til større engasjement i terapien (Berge & Repål i Christensen, 2011, s. 23). Funn fra en studie (Prince, 2007) tydet på at den terapeutiske alliansen ble svekket hos personer med flere kontra færre innleggelser for schizofreni. Det vises spesielt til graden av medvirkning i behandlingen som ser ut til å falle ved flere innleggelser. Forfatterne tror dette kan henge sammen med at pasientene kan ha mistet motivasjon eller håp etter flere innleggelser. Det kan i denne sammenheng overveies hvorvidt tapet av håp hos pasientene også deles av helsearbeiderne og om det er en sammenheng her.

Teoretisk rammeverk

Relasjonen mellom terapeut og klient har vært et tema siden Freud utviklet psykoanalysen i 1890-årene. Hans arbeid er utgangspunktet for det som i dag kan kalles psykodynamisk

¹ Tverrfaglige team som er skreddersydd for å møte behovene til de mest alvorlig psykisk syke i lokalsamfunnet hvor de bor. Teamene arbeider proaktivt for utvikle og opprettholde en varig, støttende og terapeutisk relasjon til brukere og deres pårørende (South Essex Partnership University NHS Foundation Trust, u.å).

tekning. Denne tenkningen er spesielt interessant i det som foregår i samspillet mellom mennesker. For å forstå relasjonen mellom helsearbeider og pasient ved gjentatte innleggelse i en psykiatrisk døgnavdeling har jeg valgt å benytte psykodynamisk teori. Ut fra funnene i studien vil Wilfred Bions (1962 [1994]) forståelse av læring av erfaring der begrepet container/contained er sentralt, kunne belyse helsearbeiderens erfaringer. Den psykodynamiske teorien er det gjort rede for i artikkelen, og det tas derfor sikte på å utvide og utdype det teoretiske rammeverket for studien i dette kapittelet.

Psykisk helsearbeid kan være emosjonelt belastende fordi det innebærer at man utsettes for mange former for menneskelig lidelse og smerte. Menzies-Lyth (1959 [1988]) klassiske studie av sykepleiertjenesten i et sykehus hadde til hensikt å undersøke hvorfor så mange sykepleiere sluttet i yrket. Hennes studie ga verdifull innsikt i hvordan sykepleiere som utsattes for stress og angst i arbeidet ikke maktet å holde ut de emosjonelle belastningene, noe som førte til at de trakk seg unna arbeidet på ulike måter. Det kunne tyde på at jo tettere relasjon det var mellom sykepleier og pasient, desto større sannsynlighet for at sykepleier kunne oppleve sterke følelser.

Sosialt arbeid er, som psykisk helsearbeid, et relasjonsarbeid hvor man kommer nært inn på menneskelig lidelse. Foster (2001) beskrev emosjonelle belastninger i sosial arbeid. Hun pekte på hvordan man i det ene øyeblikket kan ønske å bruke tiden sammen med klientene, mens i det neste ønsker man helst å unngå dem. Hun beskriver dette som en følelsesmessig berg og dalbane som kan svinge mellom bunnløs fortvilelse og voldsom overinvolvering. Dette gjør at den profesjonelle kan miste troen på sine faglige ferdigheter. Forfatteren påpekte i tråd med Menzies-Lyth at å trekke seg tilbake fra emosjonelt krevende arbeid både er en form for selvbeskyttelse og en fare. Faren ligger i at man ikke lenger kan forholde seg terapeutisk til klienten. Det emosjonelle ubehaget i slikt arbeid vil den profesjonelle prøve å kvitte seg med. Foster hevder at det mest hensiktsmessige er å reintegrere disse følelsene ved å reflektere over det emosjonelle innholdet i arbeidet i ulike former for veiledning og refleksjon.

McMahon (2010) har beskrevet noen av utfordringene som kan oppstå i langvarige og kompliserte profesjonelle relasjoner. Hun argumenterer for at den profesjonelle må finne et ståsted hvor man er tilstrekkelig involvert, samtidig som man beholder evnen til å tenke over situasjonen og er i stand til å tilby emosjonell ivaretagelse. Å gjøre dette over lang tid kan være utrolig berikende, men også svært krevende. Langvarig relasjonsarbeid stiller særskilte krav både til den profesjonelle og av organisasjonen. Arbeidet innebærer dannelsen av nære relasjoner og fører til en tilknytning mellom den profesjonelle og hjelpesøkende. Å bruke seg selv i dette arbeidet er avgjørende, men det kan være vanskeligere å reflektere over egne følelser enn å benekte dem. McMahon mener det er viktig at organisasjonens ledelse anerkjenner betydningen av å sikre et arbeidsmiljø som tar vare på den profesjonelle.

Motoverføring er et sentralt begrep i psykisk helsearbeid. I en artikkel om motoverføring, veiledning og refleksjonsprosessen (Agass, 2002) ble det beskrevet hvordan motoverføring er en viktig del av hjelpeprosessen, og at det er viktig den profesjonelle lærer å forstå og bruke sin egen motoverføring. Forfatteren hevder at viss man ikke anerkjenner og bearbeider følelsene som oppstår i arbeidet kan dette få alvorlige følger for både pasienten og den profesjonelle. Han skriver: *Not only is there the ever-present danger of acting out with the client, workers may also become so disturbed by projections they can neither understand nor process that their own internal equilibrium becomes adversely affected* (Agass, 2002, s. 150). Agass mener at psykoanalytisk tilnærming i veiledning er viktig, ikke bare for både kvaliteten på helsearbeidet, men for å sikre helsearbeiderens overlevelse og utvikling.

Metode

Dette kapittelet gjør rede for den metodiske framgangsmåten fra planleggingsfasen fram til presentasjonen av resultatene. Det gis en begrunnelse for valget av vitenskapsteoretisk perspektiv og av forskningsdesign, og om kvalitativt intervju som metodisk verktøy. Videre presenteres utvalget og det redegjøres for hvordan rekruttering og datainnsamlingen

foregikk. Analysen skisseres deretter i grove trekk. Til slutt presenteres noen betraktninger om reliabilitet og validitet, før kapittelet avsluttes med de forskningsetiske overveielserne.

Vitenskapsteoretisk perspektiv og valg av forskningsdesign

All forskning bygger på filosofiske betraktninger om kunnskapens natur og hvordan den relaterer seg til begrepet sannhet. Når studiens hensikt var å oppnå innsikt i helsearbeidernes erfaringer var det viktig å forstå dette fenomenet fra helsearbeiderens eget perspektiv. Jeg valgte derfor et kvalitativt, beskrivende og utforskende design med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.

Fenomenologi interesserer seg for å forstå sosiale fenomener fra menneskenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av disse. Det interessante er menneskenes subjektive erfaringer og vurderinger. Fenomenologien legger til grunn en forståelse av at den virkelige virkeligheten er den menneskene oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2009). For å få tilgang til helsearbeidernes subjektive erfaringer måtte jeg som forsker involvere meg. *Ingen av oss møter verden forutsetningsløst, og vår bakgrunn - både personlig og faglig - vil være en del av prosessen med å etablere kunnskap* (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010, s. 55). Gjennom forskningsprosessen har jeg medvirket og tilrettelagt for å forstå dette fenomenet. Filosofisk hermeneutikk er en teori om forståelse (Gadamer i Nortvedt & Grimen, 2004, s. 38). Hermeneutikk er opptatt av forståelse og fortolkning innenfor språkets rammer. All forståelse er kontekstuell, det vil si at det skjer i en historisk og kulturell sammenheng (Nortvedt & Grimen, 2004). Den hermeneutiske sirkel dreier seg om det dynamiske forholdet mellom helhet og del på flere nivåer. For å forstå en del, ledes oppmerksomheten til helheten. For å forstå helheten, ser man på delene (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Disse stadige bevegelsene mellom helhet og del er essensen i fortolkning, og egen forforståelse er en viktig del av dette.

Valget av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) som metode var fordelaktig i og med at studien og IPA deler vitenskapsteoretiske grunnlag. IPA er en kvalitativ metode

utviklet innen psykologi som søker å forstå levd erfaring og hvordan informantene forstår sine opplevelser. Metoden bygger på fenomenologi, hermeneutikk og ideografi.

IPA is concerned with the detailed examination of human lived experience. And it aims to conduct this examination in a way which as far as possible enables that experience to be expressed in its own terms, rather than according to predefined category systems (Smith et al., 2009, s. 32).

IPA er fenomenologisk når den søker å komme så nær som mulig den subjektive erfaringen til informanten. Metoden erkjenner at det ikke finnes en direkte vei til erfaringen og at forskning derfor er et forsøk på å være nær erfaringen i stedet for fjernt fra den. Metoden er beskrevet som dobbelt hermeneutisk - nemlig at forskeren forsøker å forstå hva informantene forsøker å forstå om hva som skjer med dem (Smith, 2011). IPA kombinerer empatisk hermeneutikk med mistankens hermeneutikk - den er både medfølende og spørrende. *We are attempting to understand, both in the sense of "trying to see what it is like for someone" and in the sense of "analysing, illuminating, and making sense of something"* (Smith et al., 2009, s 36). IPA har et ideografisk fokus som betyr at formålet er å gi en så detaljert og nyansert analyse som mulig av det unike ved menneskers levde erfaring.

Forforståelse

I og med at studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming vil min forforståelse ha betydning for dens validitet, og derfor er det et poeng å redegjøre for denne. Forforståelsen består ikke bare av egne erfaringer, men også av kunnskap og teorier. Selv om jeg har benyttet psykodynamisk teori som en ramme for å belyse funn som ble gjort i studien, har ikke teorien vært styrende for analysen av datamaterialet. For å bli bevisstgjort mine egne erfaringer fra arbeid med oppfølging av reinnlagte pasienter gjennomførte veileder et intervju av meg før jeg startet med datainnsamlingen. Dette var dessuten også en god anledning til å teste ut intervjuguiden. Deler av redegjørelsen for min forforståelse knyttet til studiens tema finnes i sammenfatningens innledning.

Det kvalitative intervjuet

For å undersøke hvordan helsearbeideren erfarte fenomenet i fokus for denne studien var det nødvendig å anvende en metode som gjorde det mulig å få tak i deres egne subjektive erfaringer. Intervjuet er et slikt metodisk verktøy. Det er velegnet for å undersøke hvordan mennesket forstår seg selv og sine omgivelser, og vil kunne gi fyldige og detaljerte kvalitative data. I denne studien falt valget på semistrukturert intervju.

Rekruttering og utvalg

Inklusjonskriteriet i denne studien var minimum treårig universitets- eller høyskoleutdanning innen helse- eller sosialfag og arbeidserfaring fra en psykiatrisk døgnavdeling hvor helsearbeiderne hadde hatt oppfølging av tre ulike pasienter med minst tre innleggelses. For å sikre inklusjonskriteriet henvendte jeg meg til avdelingsledelsen ved to psykiatriske døgnavdelinger for å be om hjelp til å rekrutteringen. Ledelsen fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og videreformidlet dette til de aktuelle helsearbeiderne. Det var så opp til hver enkelt å ta kontakt viss man var interessert i å delta. Smith et al. (2009) mener at tre til seks informanter er et fornuftig utvalg for et studentprosjekt som benytter IPA. Jeg planla å rekruttere seks informanter, men dette viste seg å bli vanskeligere enn først antatt. Når det etter en stund ikke hadde meldt seg flere enn tre informanter, så jeg meg nødt til å ta i bruk andre rekrutteringsstrategier. Jeg tok kontakt med en tredjeperson og bad denne om hjelp til å komme i kontakt med personer som oppfylte kriteriene for deltakelse i studien. Det meldte seg da ytterligere tre informanter som kvalifiserte for deltakelse.

Alle informantene var kvinner og i alderen 29 til 57 år. Det var fem sykepleiere og en vernepleier, noen med videreutdanning innen psykisk helse og andre med andre typer videreutdanninger. De hadde mellom 2,5 og 14 års erfaring fra psykisk helsetjeneste. Tre av informantene hadde også erfaring fra andre deler av helsetjenesten.

Datainnsamling

Intervjuene ble utført på bakgrunn av en intervjuguide som inkluderte narrative spørsmål. Dette fordi det var ønskelig å få informanten til å erindre sine tanker og følelser slik de opplevdes i hendelsesforløpet. Det ble gjort små revideringer av intervjuguiden i løpet av datainnsamlingsperioden. Den siste versjonen av intervjuguiden finnes som vedlegg (Vedlegg 2). Intervjuene ble gjennomført i perioden januar til mars 2013. Alle informantene ble intervjuet på egen arbeidsplass og det ble innhentet informert samtykke før intervjuene startet. Intervjuene varte mellom 45 og 70 minutter. Det ble brukt lydopptaker under intervjuene. Ingen av informantene hadde innvendinger mot det. Intervjuene ble transkribert ordrett av forskeren selv. Enkelte ord og uttrykk på dialekt måtte imidlertid endres, men dette ble gjort med varsomhet sånn at meningen ikke forsvant. Verbale uttrykk som latter, sukk og lengre pauser ble også ført inn i transkripsjonen. Det totale transkriberte datamaterialet bestod av 43270 ord.

Analyse

IPA kan karakteriseres som et sett med prosesser som beveger seg fra de spesielle opplevelsene til det som deles og er felles, samt fra det beskrivende til det fortolkende. IPA krever at man engasjerer seg i å forstå informantenes synspunkt og at man fokuserer på den personlige dannelsen av mening i bestemte sammenhenger. Metoden beskrives som en stadig gjentagende syklus hvor man på grunnlag av individuelle erfaringer søker å komme fram til mer generelle erfaringer eller tema. Den analytiske prosessen begynner med en detaljert undersøkelse av hvert enkelt tilfelle, men så flyttes fokus til å undersøke likheter og forskjeller på tvers av tilfellene og se etter meningsmønstre som oppstår. *[Thus] producing fine-grained accounts of patterns of meaning for the participants reflecting upon shared experience* (Smith et al., 2009, s. 36).

IPA er ikke en lineær prosess men dynamisk og veksler mellom de ulike analytiske prosessene. Et ord sees på i konteksten av hele linjen, og en linje tekst sees på i konteksten

av hele transkripsjonen. Tanken er at den analytiske inntreden i meningen av teksten kan skje på ulike nivåer. Nivåene er alle knyttet til hverandre, og kan gi ulike perspektiver på sammenhengen mellom del og helhet i teksten. Siden prosessen er kompleks og kan virke overveldende, særlig for nybegynnere, har Smith et al. (2009) utarbeidet en steg for steg framgangsmåte for å gjøre prosessen mer håndterbar. Forfatterne har imidlertid hele tiden erkjent at slike retningslinjer er nettopp bare det - retningslinjer, og at de er åpne for tilpasning i forskningsprosessen særlig for mer erfarne IPA forskere. For en utfyllende informasjon om stegene og hvordan analysen i denne studien ble gjennomført vises det til artikkelen eller vedlegg 3.

Alle intervjuene ble i tråd med fenomenologisk metode, analysert med et så åpent sinn som mulig, uten å la funn fra et intervju påvirke de andre, for dermed å la nye temaer få mulighet til å framtre. Etterhvert begynte det å komme til syne et mønster i de framtrede temaene. Når alle intervjuene var analysert og strukturen og mønstrene trådte fram i enda sterkere grad, ble de første intervjuene analysert på ny. Min forståelse utviklet seg i tråd med den hermeneutiske prosessen i det jeg bevegde meg i en dynamisk interaksjon mellom del og helhet: mellom den enkelte informants ord og sammenhengen det ble uttrykt i, og mellom det enkelte intervju og forskningsprosjektet som helhet. Hele tiden skjedde nye oppdagelser og nye forbindelser mellom temaer på tvers av intervjuene trådte fram. Analyseprosessen var omfattende og tidkrevende og jeg måtte flere ganger gå tilbake til datamaterialet for å sikre temaenes forankring i informantenes egne erfaringer. Den største utfordringen i prosessen var å sikre nærhet til informantenes subjektive erfaringer og meninger kombinert med en tilfredsstillende tolkning og dypere forståelse. Deler av materialet ble gjennomgått av veileder. Temaene ble diskutert og bearbeidet i samarbeid med veileder to ganger i løpet av analysen. Det var til stor hjelp med en annen forskers overblikk når det kom til selve organiseringen av de overordnede temaer og dette bidrog til å validere resultatet av analysen. Den analytiske prosessen foregikk langt inn i skrivefasen. Når temaene etterhvert ble skrevet ut ble min tolkning av dem stadig mer utviklet, noe som førte til ny forståelse og endringer i sammensetning og merking av tema. Sluttresultatet ble

presentert i en hovedtabell som viste hvordan de temaene som ble tatt videre passet sammen i overordnede temaer. Denne presenteres i starten av neste kapittel.

Reliabilitet og validitet

Forskningens pålitelighet også kalt reliabilitet, avhenger av dens konsistens og troverdighet. Det handler ofte om reproduserbarhet, det vil si at en annen forsker skal kunne komme til de samme resultatene på et annet tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2009). Reproduserbarhet er knyttet til positivistisk forskningslogikk som framhever nøytralitet som forskningsideal. Fra et konstruktivistisk ståsted, som denne studien fastholder, utvikles data i samarbeid mellom forsker og informant, og fra dette ståstedet er ikke reproduserbarhet relevant. Det må i stedet argumenteres for reliabiliteten ved å redegjør for hvordan dataene er utviklet (Thagaard, 2009). Reliabiliteten styrkes ved åpenhet om framgangsmåten i forskningsprosessen. I den grad andre kan kjenne seg igjen i informantenes erfaringer eller dersom annen forskning kommer fram til samme funn, vil denne studiens reliabilitet styrkes. At forskningen er gjennomført under veiledning av en annen forsker, vil også bidra til å styrke reliabiliteten.

Det er ulike metodologiske tilnærminger til validitet og denne studien legger til grunn en postmoderne forståelse av validitet hvor valid kunnskap oppnås gjennom dialog og diskurs blant medlemmene av forskningsfelleskapet (Kvale og Brinkmann, 2009). I samfunnsvitenskap handler validitet om hvorvidt metoden undersøker det den er ment til å undersøke. Valideringen blir av Kvale og Brinkmann presentert som en kontinuerlig prosess som skal fungere som kvalitetskontroll gjennom alle stadiene av kunnskapsproduksjon. Denne studiens validitet avhenger av i hvilken grad forskningen er et resultat av et godt håndverk.

Etiske overveielser

Etiske vurderinger foregikk gjennom hele forskningsprosessen. Et viktig prinsipp i forskning er en grunnleggende respekt for menneskeverdet. Dette innebærer å beskytte integriteten til informantene ved å søke å unngå negative konsekvenser for de som deltar (Thagaard, 2009). For å sikre at studien tilfredstilte kravene i personopplysningsloven ble den meldt til Personvernombudet for forskning (Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste - NSD) (Vedlegg 4). Studien ble godkjent av Forskningsavdelingen ved Stavanger Universitetssjukehus (Vedlegg 5). Informantene fikk utfyllende skriftlig informasjon om studien (Vedlegg 6), og fikk anledning til å stille spørsmål i forkant av intervjuet dersom de hadde behov for ytterligere informasjon. Det ble innhentet informert samtykke før intervjuene startet. Informantene ble informert om at deltakelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å måtte oppgi noen årsak til dette, og at det ikke ville få noen konsekvenser for de som eventuelt ville trekke seg.

For å sikre informantenes konfidensialitet vil ikke den enkelte informant tilkjenne i denne studien. Informantene kommer fra et avgrenset fagmiljø i et lokalt helseforetak og det vil derfor være en fare for gjenkjennelsesproblematikk. Siden det presenteres erfaringer knyttet til særskilte episoder og hendelser i resultatdelen av studien vil dette øke risikoen for gjenkjennelse. For å motvirke dette vil sitatene ikke bli knyttet til den enkelte informant på tross av at dette kunne vært fordelaktig både for studien og leseren ved å gi en mer helhetlig skildring av informantene. Hensynet til informantenes konfidensialitet er blitt vurdert større enn den potensielle fordelen ved å tilkjenne hver enkelt.

Når man snakker med helsearbeidere om deres relasjoner med pasienter er det umulig å få utfyllende beskrivelser av denne relasjonen uten å komme inn på den andre part i relasjonen. Jeg har hele tiden vært oppmerksom på at bildet som danner seg av pasienter bare er basert på informantenes subjektive erfaringer. For å ivareta konfidensialitetshensyn ble det presisert i forkant av intervjuene at personidentifiserende opplysninger om tredjepersoner måtte unngås.

Dette kapitlet har beskrevet studiens vitenskapsteoretiske perspektiv og gjort rede for den metodiske framgangsmåten. I neste kapittel presenteres en oppsummering av studiens resultater.

Resultater

Studiens funn presenteres som seks temaer under to overordnede tema: (I) Kjenne på sterke følelser og (II) Holde ut emosjonelle belastninger. Her presenteres en oversikt over temaene:

(I) Kjenne på sterke følelser	(II) Holde ut emosjonelle belastninger
Bli avvist	Ta vare på hverandre
Kjenne seg skuffet, motløs og utmattet	Uttrykke og forstå egne følelser
Når jobben blir med hjem	Balansere nærhet og distanse

Dette kapitlet presenterer en kort oppsummering av resultatene. Det vises til artikkelen for en utfyllende og grundig gjennomgang av studiens funn.

Alle informantene hadde kjent på sterke følelser i oppfølgingen av pasienter med gjentatte innleggelse. De var blitt utsatt for sinne og avvising, hadde opplevd skuffelse, motløshet og utmattelse. Informantene hadde ulike erfaringer knyttet til det at jobben ble med hjem, noen så det som en normal reaksjon på arbeidet, mens andre hadde erfart hvordan det fikk uønskede virkninger i privatlivet. Noen ganger var det vanskelig å gi slipp på de sterke følelsene. For å holde ut de emosjonelle belastningene var det avgjørende for helsearbeiderne å ta vare på hverandre og stå sammen. Å avlaste hverandre var viktig. En åpen og tolerant atmosfære gjorde det mulig for informantene å uttrykke egne følelser. For å forstå egne følelser som ble vekket i arbeidet var det hjelp i både uformell veiledning blant kolleger og formelle veiledningsgrupper. Helsearbeiderne hadde dessuten et behov for å

balansere nærhet og distanse i relasjonen til pasienten. De ønsket nærhet til pasienten, men hadde noen ganger et behov for å trekke seg litt unna.

Diskusjon

For en diskusjon av studiens funn henvises det til artikkelen. I dette kapittelet gjøres en kritisk granskning av studiens reliabilitet og validitet før sammenfatningen avsluttes i neste kapittel hvor det gis noen forslag til videre forskning og det pekes på implikasjoner for praksis.

Metodekritiske refleksjoner

I denne studien opptrådte jeg som forsker i eget fagfelt. Jeg hadde kjennskap til det miljøet hvor informantene arbeidet, samtidig som vi hadde lignende faglig bakgrunn. Thagaard (2009) påpeker hvordan den sosiale avstanden mellom forsker og informant reduseres når undersøkelsen foregår i et miljø som forskeren kjenner godt. Dette var noe jeg erfarte når jeg gjennomførte intervjuene. Jeg opplevde at informantene var åpne og følte seg komfortable med å fortelle om sine erfaringer. Samtidig var jeg bevisst på hvordan enkelte ting kunne forbli usagt på grunn av vår fellesfaglige forståelse. For å motvirke dette bad jeg informantene om å klargjøre begreper underveis som jeg oppfattet å være av faglig karakter.

Fordi jeg delte noe av den samme erfaringsbakgrunnen som informantene, var det en fare for at min innsidekunnskap kunne føre til at jeg gikk glipp av de overraskelsesmomenter som en utenforstående forsker kanskje hadde lagt vekt på i analysen av datamaterialet. For eksempel kan det tenkes at informantenes beskrivelser av emosjonelle belastninger ikke ville få meg til å reagere på samme måte som en utenforstående ville gjort - nettopp fordi jeg har opplevd det selv. Jeg har derfor lagt vekt på det som har kommet fram av rike og potente beskrivelser som ble fortalt med engasjement av informantene - kort sagt det som var viktig for dem å formidle.

Både mitt kjennskap til fenomenet som ble undersøkt og min interesse for det har vært med å påvirke de valgene som ble foretatt i forskningsprosessen. Disse valgene representerer muligheter, men de har ofte konsekvenser. Å velge noe kan bety å velge bort noe annet. Det har vært viktig for meg å være klar over at det kan ligge både bevisste og ubevisste motiver bak disse valgene. I denne studien har jeg vært interessert i å finne svar på mine forskningsspørsmål, og i den sammenheng kan jeg ha forstått og tolket informantenes uttalelser på en måte som informantene ikke kjenner seg igjen i. Det kunne styrket validiteten av studien dersom informantene hadde fått anledning til å lese gjennom og kommentere min tolkning av deres uttalelser. Imidlertid vises det en sensitivitet til datamaterialet ved utstrakt bruk av direkte sitater fra informantene i presentasjonen av studiens funn. Dette er et kjennetegn ved IPA forskning. Ved å bruke sitater fra informantene vil leserne til en viss grad kunne sjekke fortolkningen som er blitt gjort. En IPA studie skal også vise sensitivitet til konteksten ved å være bevisst den eksisterende litteraturen. Det betyr at funnene alltid bør være relatert til relevant litteratur i diskusjonsdelen (Smith et al., 2009). I den grad jeg har lykket med dette er opp til leseren å bedømme.

Avslutning

I denne studien har fokus vært på helsearbeidernes følelser og erfaringer fra terapeutisk relasjonsarbeid med reinnlagte pasienter. Når informantene ble bedt om å beskrive deres erfaringer og opplevelser fra dette arbeidet, kom det fram hendelser som illustrerte hvorfor det er så viktig å ha en god relasjon i psykisk helsearbeid. Dette var det ikke mulig å gå inn på innenfor rammen av denne masteroppgaven, men ville vært interessant å se nærmere på og er aktuelt for videre forskning. Det vises til artikkelen for andre aktuelle tema for videre forskning.

Denne studien har gitt innsikt i seks helsearbeideres erfaringer knyttet til det å ha oppfølging av pasienter som reinnlegges i psykiatrisk døgnavdeling. Studien har vist hvordan helsearbeidere kan utsettes for emosjonelle belastninger i oppfølgingen av reinnlagte pasienter. Samtidig har det kommet tilsyne forutsetninger for at helsearbeiderne skal kunne holde ut disse belastningene og dermed opprettholde en profesjonell og terapeutisk relasjonen til pasientene. Studien har argumentert for at helsearbeideren må bli emosjonelt ivaretatt for å kunne romme pasientens psykiske smerte. Emosjonell ivaretagelse gjør helsearbeideren bedre i stand til å engasjere seg fullt og helt i relasjonen, og legger på den måten grunnlaget for emosjonelle erfaringer som kan lede til personlig vekst og utvikling.

Basert på denne studien kan noen implikasjoner for praksis synes å være:

- En åpenhet og aksept for å snakke om alle følelsene som oppstår i arbeidet - også de negative og "uprofesjonelle".
- Skape flere arenaer hvor helsearbeiderne kan møtes for å reflektere sammen og forstå de følelser som oppstår i relasjonsarbeidet.
- Vektlegge psykodynamisk og innsiktsorientert tilnærming i veiledning.

Referanser

- Agass, D. (2002). Countertransference, supervision and the reflection process. *Journal of Social Work Practice*, Vol. 16 Nr. 2, s. 125-133.
- Bion, W. (1962 [1994]). *Learning from experience*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Christensen, D. (2011). Terapeutisk relasjon og allianse i kognitiv terapi for barn og unge. *Spesialpedagogikk*, 03/2011, s. 22-30.
- Fakhoury, W.K., White, I. & Priebe, S. (2007). Be good to your patient: how the therapeutic relationship in the treatment of patients admitted to assertive outreach affects rehospitalization. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, Vol. 195, Nr. 9, September 2007, s. 789-791.
- Foster, A. (2001). The duty to care and the need to split. *Journal of Social Work Practise: Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community*, 15, s. 81-90
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk helsearbeid* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2010). *Pasienter i det psykiske helsevernet 2009*. Oslo: Helsedirektoratet.
Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasienter-i-det-psykiske-helsevernet-2009/Sider/default.aspx>
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode* (4. utg). Oslo: Abstrakt Forlag
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Machado, V. V., Leonidas, C. C., Santos, M. A., & Souza, J. J. (2012). Psychiatric readmission: an integrative review of the literature. *International Nursing Review*, 59(4), s. 447-457. DOI:10.1111/j.1466-7657.2012.01011.x
- McMahon, L. (2010). Long-Term Complex Relationships. I G. Ruch, D. Turney & A. Ward (Red.), *Relationship-Based Social Work* (s. 148-163), London: Jessica Kingsley Publishers.
- Mellesdal, L., Mehlum, L., Wentzel-Larsen, T., Kroken, R., & Arild Jørgensen, H. (2010). Suicide risk and acute psychiatric readmissions: A prospective cohort study. *Psychiatric Services*, 61(1), s. 25-31.
- Menzies Lyth, I. (1959 [1988]). *Containing Anxiety in Institutions: Selected Essays*. (Vol.1). London: Free Association Books.
- National Council of State Boards of Nursing (2007). *Professional boundaries. A nurse's guide to the importance of appropriate professional boundaries*. Chicago: Forfatter
- Nordtvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- OECD (2011). Unplanned hospital re-admissions for mental disorders. I *OECD, Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. DOI: 10.1787/health_glance-2011-46-en
- Prince, J. D. (2007). Therapeutic alliance, illness awareness, and number of hospitalizations for schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 195, Nr. 2, Februar 2007, s. 170-174.

Smith, J.A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis.
Health Psychology Review, Vol. 5, Nr. 1, Mars 2011, s. 9-27.

Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*.
Theory, Method and Research. London: Sage Publications Ltd.

South Essex Partnership University NHS Foundation Trust (u.å). *Assertive Outreach Teams*.
Hentet fra <http://www.sept.nhs.uk/Mental-Health/Adult-Mental-Health-Services/Assertive-Outreach-Teams.aspx>

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.).
Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg 1



Forfatterinstruks

Tidsskriftet er et tilbud til nordiske lesere innenfor helsefaglige miljøer, og til forskere innen helsefagene som ønsker å publisere egen forskning..

Tidsskriftet vil holde en bred fagprofil som reflekterer forskning og utviklingsarbeid ved nordiske helsefagutdanninger og tilhørende praksisfelt. Innholdsmessig vil hvert nummer av tidsskriftet presentere referee-bedømte, vitenskapelige artikler eller vitenskapelige essays.

Det er knyttet anerkjente forskere på professor, undervisningsdosent- og førstenivå til vurderingen og referee-bedømmelsen av artiklene. Tidsskriftet tar og inn FOU- artikler, som ikke vil bli referee-bedømte, men blir gjenstand for redaksjonell vurdering. Vi ta og inn kronikker, bokanmeldelser, debattinnlegg mm.

Tidsskriftet har ikke kapasitet til å vurdere uferdige manuskripter.

Manuskriptene sendes i World-format til hovedredaktør Inger Lise Wang Epost adresse; Inger.Lise.Wang@uin.no De innsendte arbeidene må tydelig merkes, hvorvidt de er forskningsartikler, vitenskapelige essays eller annet.

Fri og åpen adgang til publisering

De innsendte arbeidene må være originale dvs. ikke publisert tidligere. Tidsskriftets første publiseringskanal er papirutgaven. Deretter vil vitenskapelige essays, artikler og utviklingsarbeid bli lagt ut gratis på nettet. Publisering skjer gjennom tidsskriftets nettside på søkerportalen Open Access.

<http://www.ub.uit.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/index>

Andre søkerportaler er også aktuell. Alle leserne kan bruke og distribuere artiklene videre så lenge de oppgir forfatter og tidsskriftsreferansen. Forfatterne til bidragene har copyright (opphavsrett), og tidsskriftet har ikke-eksklusiv rett til å publisere bidragene. Denne forandringen endrer ikke kravet om høy kvalitet i publiseringen av artikler i tidsskriftet.

Språk og form

Bidragene skal skrives på et nordisk språk. Det vil si norsk, svensk eller dansk.

Hele materialet inkludert figurer, tabeller og referanser må skrives med enkel linjeavstand. Venstre marg må være minst 20 mm og høyre marg 20. Lengden på manuskriptet bør være

mellom 4000 og 7000 ord for vitenskaplige referee-bedømte artikler og essays. Andre bidrag mellom 2000 og 7000 ord.. Bruk 12 punktts skriftstørrelse. Unngå appendikser. Ikke bruk mer enn tre nivåer av overskrifter og marker hvert nivå tydelig.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning gir ikke språkvask, men forutsetter at manuskriptet er vasket og korrekturlest ved mottagelse.

Tittelside og sammendrag

Det skal være en separat tittelside. Denne skal inneholde bidragets tittel, navn på forfattere og institusjonell tilknytning. Det må videre være en komplett postadresse med riktig postkode. Det er og ønskelig å få e-post adresse og telefonnummer til ansvarlig forfatter. For vitenskapelige artikler og essays skal tittelsiden og ha et sammendrag på maksimum 150 ord. Til slutt i sammendraget ber vi forfatterne komme med forslag til 3-6 nøkkelord som kan være en veiviser mot essayets eller artikkelens innhold. Tittelsiden blir fjernet før bidraget sendes til referee.

Tabeller og illustrasjoner

Tabeller og figurer bør nummereres med arabiske tall. Vær oppmerksom på proporsjonene i tabellen slik at den passer inn på en trykt side. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning trykkes i A4-format og kun i svart/hvitt. Illustrasjoner bør være profesjonelt tegnet og gjengitt på en slik måte at den egner seg for trykking.

Litteraturhenvisninger i teksten

I teksten settes forfatters etternavn og publikasjonens utgivelsesår: Duncan (1959). Dersom forfatter ikke er nevnt i teksten, oppgis etternavn og utgivelsesår i parantes: (Holmboe 1999). Oppgi sidetall dersom du mener det er til hjelp for leseren. Sideangivelse oppgis etter utgivelsesår: (Borg 1985:24). Dersom verket det refereres til har to eller flere forfattere, oppgis begge etternavn: (Andersen og Hansen 2000). Dersom verket det refereres til har mer enn to forfattere, oppgis alle navn ved første referanse. (Hanson, Jensen og Pedersen 2000). Bruk dernest "et al."(Hanson et al. 2000).

Litteraturliste

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten. Bruk overskriften Litteratur. Listen skal settes opp alfabetisk og inneholde alle forfattere det er referert til i tekst og tabeller. Navn/tittel på tidsskrift eller bok kursiveres.

Eksempel på referanse til bøker:

Alvesson, Mats og Kaj Sköldberg (1994)*Tolkning och reflektion*, Lund: Studentlitteratur

Eksempel på referanse til artikler i bøker

Beston, G (2003) Brukerperspektiv på prosjektundervisning. I Hummelvoll, J. K. (red) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forsknings samarbeid iakuttpsykiatrien*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 220-229

Eksempel på referanse til artikler i tidsskrift:

Ørstavik, S (2003) Det tvetydige brukerperspektivet. *Psykisk helse*, 6:19

Noter

Bruk sluttnoter, ikke fotnoter. Sluttnoter plasseres til slutt i manuskriptet.

Elektronisk kopi

Når artikkelen er akseptert for publisering i sin endelige form, vil vi be om en elektronisk kopi, enten som diskett eller som E-post. Software og programversjon nummer må merkes tydelig, likeledes diskettformat. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning foretrekker en ny versjon av Microsoft Word.

Bekreftelse

Bekreftelse på at manuskriptet er mottatt og antatt sendes til forfatter og kun til førsteforfatter der det er flere forfattere.

Forfatterne vil motta et eksemplar av den aktuelle utgivelse. Den aktuelle utgivelsen sendes til førsteforfatter. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning betaler ikke ut forfatterhonorar.

Sjekkliste for klargjøring av manuskript

Som del av innsendingsprosessen må forfatteren krysse av for at manuskriptet oppfyller følgende krav, og manuskript som ikke oppfyller kravene og følger retningslinjene, kan bli returnert til forfatteren.

Erklæring om copyright

Forfattere som publiserer i dette tidsskriftet aksepterer følgende vilkår:

- a. Forfattere beholder opphavsretten til sine verker, og gir tidsskriftet rett til første publisering av verket, som samtidig lisensieres under en [Creative Commons Attribution License](#) som tillater andre å dele verket under forutsetning av at opphavsmannen og den opprinnelige publiseringen krediteres.

- b. Opphavsmenn kan inngå separate tilleggsavtaler om ikke-eksklusiv distribusjon av den publiserte utgaven av sine artikler (f.eks. avgi den til et institusjonelt vitenarkiv) så lenge dette tidsskriftet blir kreditert som første utgiver.
- c. Opphavsmenn tillates og oppmuntres til å gjøre sine verk tilgjengelig på internett (f.eks. i institusjonelle vitenarkiver eller på egne hjemmesider) før og under behandlingen av manuskriptet i tidsskriftet, da dette kan lede til fruktbare meningsutvekslinger såvel som til tidligere og mer sitering av verkene (se [The Effect of Open Access](#)).

Erklæring om personopplysninger

Navn og e-postadresser som avgis til tidsskriftet på dette nettstedet vil kun bli benyttet til de formål de er innsamlet, og vil ikke bli gjort tilgjengelig for andre formål eller andre personer.



Utviklet og vedlikeholdt av
Septentrio Academic Publishing
© 2010 - [Universitetsbiblioteket i Tromsø](#)

Vedlegg 2

Intervjuguide

Introduksjon:

Introduksjon av meg selv, informasjon om studien og dens hensikt. Informere om antatt varighet og mulighet for pause dersom det er behov for det. Informere om at det benyttes lydopptaker.

Innledende spørsmål:

Hvor lang erfaring har du fra psykisk helsearbeid? Hva slags utdanning har du?

Hvordan organiseres pasientoppfølgingen i avdelingen? Hva er rutineene knyttet til oppfølging av reinnlagte pasienter? Er det rom for å endre dette?

Har du noen ganger (ønsket å slippe / bedt om) å ha oppfølgingen av reinnlagte pasienter?

Hvordan forstår du din rolle som miljøterapeut i forhold til opprettholdelsen av en terapeutisk relasjon til pasienter gjennom gjentatte innleggelse?

Narrative spørsmål:

Jeg vil be deg om å tenke tilbake på ett av disse pasientforløpene hvor du hadde oppfølging av en pasient som ble innlagt minst tre ganger. Prøv å beskriv så konkret som mulig dine erfaringer med relasjonen til pasienten. Fortell gjerne om konkrete hendelser og utfordringer dere imellom, og du kan begynne hvor du vil.

- Hvordan ble dere kjent? Hvordan utviklet relasjonen seg?
- Hvilke forventninger hadde du til denne relasjonen? Endret dine forventninger seg?
- Hva tenkte du når pasienten ble innlagt igjen? Hva følte du? Hvordan møtte (du pasienten / pasienten deg) ved reinnleggelse?

Hvordan vil du så oppsummere ditt forhold til denne pasienten? Er det særlige episoder med pasienten du ikke har fortalt? Hvorfor valgte du å fortelle om akkurat denne pasienten?

Hvordan har disse erfaringene påvirket deg? Har de endret deg på noe vis?

Kan du fortelle om et av de andre forløpene du har hatt med reinnlagte pasienter?

Syns du denne relasjonen utviklet seg annerledes? Hva var utfordringene i denne relasjonen?

Avsluttende spørsmål:

Hvordan opplever du muligheten for å ta opp dine egne følelser knyttet til pasienter med dine kolleger i avdelingen? Hvordan er mulighetene for å delta i formalisert veiledning?

Er det noe du tenker er viktig å få fram om din relasjon til reinnlagte pasienter som jeg ikke har spurt om?

Vedlegg 3

Steg for steg - Interpretative Phenomenological Analysis (Smith et al., 2009)

Steg 1 Lesing og gjenlesing

Transkripsjonen ble gjennomlest flere ganger. Den gjentatte lesningen gjorde at den overordnede strukturen i intervjuet kom fram og de rike og detaljerte delene ble identifisert. At jeg selv hadde gjennomført og transkribert intervjuene var en fordel og gjorde det lettere å bli kjent med datamaterialet

Steg 2 Innledende notering

I realiteten foregår steg 1 og 2 samtidig og noteringen startet allerede ved første gjennomlesning. I dette steget ble det språklige innholdet og språkbruken utforsket på en svært detaljert måte. Det begynte med å prøve å identifisere hvordan informanten snakket om og forstod de aktuelle fenomenene. Kommentarer til interessante og viktige utsagn, samt kommentarer på språkbruk ble notert ned i marginen av transkripsjonen. Datamaterialet ble også tatt for seg på et mer begrepsmessig nivå ved å stille spørsmål ut fra interessante trekk ved informantens redegjørelse. Denne fasen var viktig for å få analysen videre fra det overfladiske og rent beskrivende, og innebar en personlig refleksjon hvor tolkningen trakk på egen erfaring og kunnskap.

Steg 3 Utvikle framtrede tema

På bakgrunn av de innledende notatene og de enkelte delene i transkripsjonen ble det utviklet framtrede tema. Disse temaene reflekterte både informantens originale ord og min tolkning av dem. Det var en synergisk prosess av beskrivelse og tolkning. Under vises eksempler på hvordan framtrede tema hadde sitt grunnlag i datamaterialet:

Framtrede tema	Informantens ord
Åpenhet om egne følelser med kollegaer	<i>Så er vi et utrolig team synes jeg, veldig godt å kunne snakke, det er ikke noe problem å prate med de du jobber med(..) det går an å si: Dette orker jeg ikke, kan vi bytte? Nå kjenner jeg at jeg er trøtt og sliten kan noen andre overta?</i>
Å være profesjonell, men samtidig medmenneske	<i>Dette med å på en måte vise at uansett om jeg går her med skilt og nøkler så er jeg like mye menneske som det mennesket som kommer inn og har behov for hjelp.</i>
Gjensidighet i relasjonen	<i>Og jeg ble møtt på en god måte tilbake</i>

Steg 4 Lete etter forbindelser mellom framtrede tema

I dette steget ble det kartlagt hvordan de framtrede teamene passet sammen. I denne fasen var forskningsspørsmålene ledende for hvilke temaer som ble tatt med videre i analysen. Mønstre mellom framtrede tema identifisert og det ble utviklet et overordnet tema. Dette ble gjort ved å skrive ut lapper med alle temaene, legge de ut over et bord og flytte temaene rundt. På denne måten ble det mulig å undersøke hvordan temaene var relatert til hverandre og hvordan de sammen kunne representere et overordnet tema. Resultatet ble deretter presentert i en tabell.

Steg 5 Gå til neste intervju

I tråd med IPAs ideografiske fokus ble vært intervju analysert uavhengig av de andre. Prosessen i steg 1-4 ble med andre ord gjennomført på alle intervjuene.

Steg 6 Lete etter mønstre mellom intervjuene

Neste steg var å lete etter mønstre mellom intervjuene. Dette innebar å legge ut hver tabell ut over en stor overflate og se over dem. Fokus var på å se etter hvilke forbindelser det var mellom intervjuene. Hvordan et tema i et intervju kunne belyse et annet intervju? Hvilke tema var mest potent? Dette steget var et kreativt arbeid, og førte til endringer i sammensetning og merking av tema. Sluttresultatet ble presentert i en hovedtabell som viste hvordan de temaene som ble tatt videre passet sammen i overordnede temaer. Under vises et utdrag fra hovedtabellen. Sitatene på høyre side er tatt med for å illustrere hvordan temaene har sitt grunnlag i datamaterialet.

Kjenne på sterke følelser

Å bli avvist

Men de gangene har gråter - ja det er jo hjerteskjærende, men så blir han jo sint i neste øyeblikk viss du prøver å gi han omsorg

Men hun har jo blitt rasende sint på meg flere ganger. Mener at jeg ikke er snill, mener at jeg ikke vil henne godt.

Å kjenne seg skuffet, motløs og utmattet

Følelsen var vel at hun bare sugde ut all energien (..) Viss alt blir feil hele tiden, viss du alltid misforstår(..) så kan energien suges ut

Du klarer ikke helt å involvere deg like mye når det er så mange reinnleggelser som det er (..) og at den motivasjonen synker litt etterhvert da

Når jobben blir med hjem

Ja, jeg har jo ligget å gruble på det hjemme og har jo vært sur når jeg har kommet hjem (..) Jo klart det er slitsomt, men det er ikke direkte plagsomt

Når jeg gikk hjem på fredag så klarte jeg ikke å slippe henne

Vedlegg 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Ellen Ramvi
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 07.11.2012

Vår ref:32039 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.11.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

32039	<i>Relasjonsarbeid med reinlagte pasienter</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellen Ramvi</i>
<i>Student</i>	<i>Thor Henrik Øvestad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

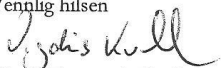
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Sondre S. Arnesen

Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Thor Henrik Øvestad, Ståle Kyllingstad vei 9, 4317 SANDNES

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyme.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 32039

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Ombudet forutsetter at det ikke innhentes opplysninger om 3. person (pasienter) og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandlingen som finner sted. Ombudet anbefaler at forsker gjør informanten tydelig oppmerksom på dette i forkant av intervju.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 5

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF
Forskningsavdelingen

Thor Henrik Øvestad

Vår ref:
2011/4660 - 1168/2013

Deres ref:

Saksbehandler:
Kirsten Lode

Dato:
09.01.2013

Godkjennelse masterprosjekt - MA9

Mastergradsprosjektet: «Relasjonsarbeid med reinnlagte pasienter: Helsearbeideres erfaringer fra terapeutisk relasjonsarbeid med pasienter som reinnlegges i psykiatrisk døgnavdeling».

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte mastergradsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA9

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av mastergradsprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjennelse av REK følges
- foreligger det godkjennelse fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres aidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektstutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av våre data, må tillatelse fra Forskningsavdelingen innhentes.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Med vennlig hilsen

Kirsten Lode
fagsjef

Kopi til:
fagsjef Solve Braut
divisjonsdirektør Psykiatrisk divisjon
prosjektleder ellen.ramvi@uis.no

Vedlegg 6

Forespørsel om deltakelse i masteroppgavestudien "Relasjonsarbeid med reinnlagte pasienter"

Introduksjon

I forbindelse med avslutningen av masterstudiet i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger planlegger jeg å gjennomføre en studie som ser på den profesjonelle relasjonen mellom helsearbeider og pasient. Studiens hensikt er å oppnå innsikt i helsearbeideres erfaringer og refleksjon knyttet til det å ha oppfølging av pasienter som reinnlægges i en psykiatrisk døgnavdeling. Ved å undersøke hvordan helsearbeidere opplever det å få samme pasient tilbake til behandling vil denne studien kunne bidra til økt forståelse for hva som er utfordrende med en slik relasjon og hva som kreves for at helsearbeidere kan stå i en profesjonell relasjon til pasienter som reinnlægges.

Jeg ønsker å intervju helsearbeidere med minimum treårig universitets- eller høyskoleutdannelse innen helse- og/eller sosialfag. For å oppnå en viss bredde i erfaringsgrunnlaget ønsker jeg at du som sier deg villig til å bli intervjuet har erfaring fra minst tre ulike forløp hvor du har hatt oppfølging (primærkontakt, teamarbeid etc.) av pasienter som er blitt innlagt minst tre ganger.

Invitasjon

Jeg ønsker å invitere deg til å delta i denne studien fordi du fyller kriteriene som er satt for deltakelse. Intervjuet vil dreie seg om dine egne erfaringer og refleksjoner fra arbeidet med reinnlagte pasienter. Intervjuet må gjennomføres på et uforstyrret sted og det er opp til deg om intervjuet skal foregå på din egen arbeidsplass eller ved UiS. Intervjuet vil ta om lag en times tid. Det vil bli brukt lydopptaker under selve intervjuet.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene vil anonymiseres og bli behandlet konfidensielt. Ingen andre enn jeg og min veileder, førsteamanuensis Ellen Ramvi, vil ha tilgang til opplysningene. Datamaterialet slettes når oppgaven er ferdig, senest innen utgangen av 2013. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og er godkjent av Forskningsavdelingen ved Stavanger Universitetssjukehus.

Dersom du har lyst å delta vennligst ta kontakt med meg på epost eller mobil. Det er en forutsetning at du gir ditt skriftlige samtykke til deltakelsen. Bruk vedlagte samtykkeerklæring til dette.

Kontakt meg gjerne på epost thor.henrik.oevestad@gmail.com eller mobil ved eventuelle spørsmål. Du kan også kontakte min veileder Ellen Ramvi, førsteamanuensis ved Institutt for Helsefag, på epost ellen.ramvi@uis.no eller telefon

Med vennlig hilsen

Thor Henrik Øvestad
Masterstudent ved Institutt for Helsefag, Universitetet i Stavanger