

Fokus på praksis

En kvalitativ studie av psykiatriske sykepleieres bidrag i spesialisthelsetjenestens akutte døgntilbud ved psykisk helsevern

Focus on practice

A qualitative study of psychiatric nurses' contributions in the specialist health service acute day and night supplies of mental health care

Hjalmar Skøien Varsi



Høgskolen i Hedmark



**HØGSKOLEN
I VESTFOLD**

Master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og idrettsfag

HØGSKOLEN I HEDMARK

2010

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	4
SUMMARY:	5
FORORD	6
1. INNLEDNING	7
1.1 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	7
2. BAKGRUNN	8
2.1 BAKGRUNN FOR STUDIEN	8
2.2 BILDE AV DEN AKUTTPSYKIATRISKE VIRKSOMHET	9
2.3 EGEN FORFORSTÅELSE.....	12
3. TIDLIGERE FORSKNING	14
4. TEORETISK REFERANSERAMME	19
4.1 PSYKIATRISK SYKEPLEIE.....	19
4.2 PROFESJON OG KOMPETANSE	23
4.3 FORSTÅELSE AV PSYKISK HELSE, SYKDOM OG LIDELSE	26
4.4 TVERRFAGLIG SAMARBEID.....	27
5. METODE	29
5.1 DESIGN OG METODOLOGISKE BETRAKTNINGER.....	29
5.2 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU.....	30
5.3 UTVALG	32
5.4 GJENNOMFØRING.....	33
5.5 ANALYSE	34
5.6 FORSKNINGSETISKE BETRAKTNINGER	36
5.7 GENERALISERBARHET, RELIABILITET OG VALIDITET	37
6. PRESENTASJON AV FUNN	39
6.1 MANGEFASSETERT	40
6.1.1 <i>Allrounder</i>	40
6.1.2 <i>Variert arbeid</i>	42
6.2 TIDSPRESS	43
6.2.1 <i>Ikke tid nok</i>	43
6.2.2 <i>Stykkevis og delt arbeid</i>	44
6.3 UTVISKET.....	45
6.3.1 <i>Utydelig</i>	46
6.3.2 <i>Føler jeg har stoppet opp</i>	47
6.4 AVSTAND TIL PASIENT	48
6.4.1 <i>Administrativt arbeid</i>	48
6.4.2 <i>Økende avstand til pasient</i>	50
6.5 PROFESJONELL NÆRHET TIL PASIENT.....	51
6.5.1 <i>Observerende nærvær</i>	52
6.5.2 <i>Kunnskap om kroppen</i>	56

6.5.3	Tøft å stå i.....	57
7.	DISKUSJON AV STUDIENS FUNN.....	59
7.1	Å ARBEIDE I EN AKUTTPOST.....	59
7.2	PASIENTENS BEHOV.....	62
7.3	SYKEPLEIER OG PASIENTFELLESSKAPET.....	63
7.4	PÅ VEGNE AV PASIENTEN.....	63
7.5	MILJØ FOR UTVIKLING OG VEKST.....	64
7.6	Å ARTIKULERE EGET BIDRAG.....	66
8.	KONKLUSJON OG ANBEFALINGER.....	70
8.1	KONKLUSJON.....	70
8.2	ANBEFALINGER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING.....	71
	VEDLEGG 1: FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSINTERVJU.....	77
	VEDLEGG 2: SAMTYKKEERKLÆRING.....	79
	VEDLEGG 3: SEMISTRUKTURERT INTERVJUGUIDE.....	80
	VEDLEGG 4: TILRÅDNING FRA NSD.....	81

Antall ord: 23433

Tittel:**Fokus på praksis**

En kvalitativ studie av psykiatriske sykepleieres bidrag i spesialisthelsetjenestens akutte døgntilbud ved psykisk helsevern

Forfatter:

Hjalmar Skøien Varsi

Emneord:

Psykiatrisk sykepleie, sykepleie, akutt psykiatri, bidrag, tverrfaglig

Sammendrag

Stadige omstillinger innenfor psykisk helsearbeid og helsevern ligger som bakgrunn for studien. Organiseringen har endret seg og en ser i stortingsmeldingene fra staten at samordning, samhandling og tverrfaglighet har fått styrket sin plass. Samtidig gir forskning et inntrykk av at arbeidet ved de akuttpsykiatriske døgntilbudene innehar et akutt og uforutsigbart preg som kan gi følger for behandlingen. Virksomheten og reorganiseringene stiller store krav til psykiatriske sykepleiere og muligheten til å bevare en meningsfull profesjonell identitet. Hensikten med studien er å belyse hva psykiatriske sykepleiere beskriver som sitt bidrag i det tverrfaglige arbeidet ved det akuttpsykiatriske døgntilbudet. Jeg ønsker økt kunnskap og innsikt i deres kliniske arbeid i en tid som preges av omstillinger.

Åtte psykiatriske sykepleiere har deltatt i forskningsintervju. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide og materialet ble analysert etter prinsipper fra den kvalitative innholdsanalyse. Studien er inspirert av en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming med vekt på en deskriptiv design.

Samtlige gav et inntrykk av at hverdagen var travel og at eget arbeid bestod av mange og varierte oppgaver. Det kom frem en opplevelse av å være allsidig ved at en kunne bidra med både praktiske gjøremål og oppgaver med større og mindre faglig relevans. Eget bidrag oppleves av flere som utydelig og det virker som det er vanskelig å synliggjøre sin profesjon i det tverrfaglige arbeidet. Noen stiller seg kritiske til innholdet i det samlede arbeidet ved institusjonen. Samlet sett synes det pasientnære arbeidet å være det som oppleves som spennende og faglig utfordrende. En har mulighet til å tilbringe mye tid sammen med pasient og dermed bidra med mengder av observasjoner som tenkes vil kunne være nyttig for det samlede pasientarbeidet. En motsetning synes å være en opplevelse av økende avstand til pasient ved at en pådro seg arbeid av mer administrativ karakter. Flere hadde ofte rollen som ”vaktansvarlig” som innebar at en ikke hadde direkte pasientkontakt.

Title:**Focus on practice**

A qualitative study of psychiatric nurses' contributions in the specialist health service acute day and night supplies of mental health care

Author:

Hjalmar Skøien Varsi

Key-Words:

Psychiatric nurses, nurse, acute psychiatric care, contribution, interdisciplinary

Summary:

Continuously restructuring of mental health care and health care is the background for the study. The organization has changed and one can see in the White reports from the state that coordination, collaboration and interdisciplinary have strengthened their position. At the same time research lead to the impressions that the work of the emergency psychiatric day and night supplies possess an acute and unpredictable character that can provide implications for treatment. Activities and the reorganizations require significant demands to psychiatric nurses, and the opportunity to preserve a meaningful professional identity. The purpose of this study is to clarify on what psychiatric nurses describe as their contribution to the interdisciplinary work of the acute psychiatric day and night supplies. I want more knowledge and enlightens into their clinical work in an era marked by restructuring.

Eight psychiatric nurses participated in the research interview. It was used a semi-structured interview guide and the material was analyzed according to the principles of the qualitative content analysis. The program is inspired by a hermeneutic-phenomenological approach with emphasis on a descriptive design.

All gave the impression that their workdays were busy and that their own work consisted of many and varied tasks. More experienced to be versatile in helping with practical tasks, and assignments with major and minor academic relevance. Some find that their own contribution seems unclear and that it was difficult to visualize their profession in the interdisciplinary work and some were very critical to the content of the overall work of the institution. Overall, it seems patient-centered efforts to be what is perceived as exciting and academically challenging. One has to spend much time with the patient and thereby provide a lot of observations that conceivably could be useful for the overall patient work. A contradiction seems to be an experience of increasing distance from the patient by a sustained work of a more administrative nature. More often had the nurses' role as "duty manager" which meant that they did not have direct patient contact. The analysis shows consistent and clear outstanding experience but also the variety and some personal experiences.

Forord

Denne studien er mer enn bare resultatene og en del av min mastergrad. Arbeidet inkluderer flere som jeg vil takke. Studien er motivert gjennom egen praksis og gjennom refleksjoner sammen med mine kolleger. Derfor vil jeg takke mine kolleger som med en positiv og reflektert holdning inspirerer til nysgjerrighet omkring det kliniske arbeid og ikke minst granskning av denne. Også mitt arbeidssted med tilhørende ledere fortjener en takk for fleksibiliteten vedrørende mitt arbeid som har krevd tid og fokus. Flexibiliteten og støtten rundt arbeidet er noe jeg også ser som et håp og en styrke for virksomhetens fagmiljø. Det empiriske material er selve kjernen ved denne studien og jeg vil derfor takke de som har tatt seg tid og latt seg intervjuet. Takk til min veileder førstelektor Ellen Andvig ved Høgskolen i Vestfold for engasjement og konstruktive samtaler, samt arbeidsgruppen ved Høgskolen i Hedmark som i stor grad bidro til utvikling og inspirasjon i idèfasen av studien. Jeg håper undersøkelsen har bidratt til økt nysgjerrighet i forhold til hva vi som fagpersoner egentlig driver med. Deltakerne fra intervjuene ytret en positiv opplevelse i forbindelse med å bli intervjuet. De uttrykte at det var givende å få reflektere og diskutere ulike aspekter ved eget bidrag og arbeidssituasjon. Jeg sitter med en følelse av at de intervjuede synes det var nyttige diskusjoner med tanke på det engasjement som viste seg under intervjuene. Bevissthet, endringer og økt refleksjon håper jeg vil kunne tydeliggjøre og utvikle psykiatrisk sykepleie som fag til pasientens beste.

Ski, november 2010

Hjalmar Skøien Varsi

1. INNLEDNING

Psykiatriske sykepleier fremstår som en betydningsfull del av behandlingsapparatet som er en viktig del av pasientens bedring. Tilbudet den psykiatriske sykepleieren bidrar med dannes på bakgrunn av grunnutdanning i sykepleie og en spesialiseringsdel, altså videreutdanning innen psykisk helse. Denne studie gransker psykiatriske sykepleieres opplevelse av eget bidrag i et utvalg akuttposter på Østlandet. Ved en kvalitativ tilnærming vil jeg forsøke å tilnærme meg og beskrive deres erfaringer og opplevelse fra hverdagen i det kliniske tverrfaglige arbeidet i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Virksomheten og reorganiseringene i feltet stiller store krav til psykiatriske sykepleiere og muligheten til å bevare en meningsfull profesjonell identitet.

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikt med studien er å belyse psykiatriske sykepleieres bidrag i det tverrfaglige arbeidet ved det akuttpsykiatriske døgntilbudet. Jeg ønsker å få frem et utvalg psykiatriske sykepleieres opplevelse av eget bidrag fra den kliniske hverdagen i akuttpost for økt kunnskap og innsikt i dere hverdag og deres spesielle bidrag. Økt kunnskap om psykiatriske sykepleieres bidrag håper jeg vil kunne bidra til økt fokus og bevissthet omkring arbeidet i den tverrfaglige konteksten. Jeg håper også å kunne stimulere til økt refleksjon og kritiske holdninger til egen utøvelse av eget fag. Med utgangspunkt i tidligere litteratur og egen forforståelse har jeg kommet frem til følgende problemstilling; Hvordan opplever den psykiatriske sykepleieren eget bidrag i spesialisthelsetjenestens tverrfaglige akutte døgntilbud?

2. BAKGRUNN

2.1 Bakgrunn for studien

Gjennom fokus på akuttpsykiatrien får Hummelvoll og Røsset (1999) frem et bilde av virksomheten ved det akuttpsykiatriske døgntilbudet. Gjennom observasjoner og intervjuer søkte de etter pasienters og personalets opplevelse i det daglige arbeidet. Studien viser et akutt og uforutsigbart preg som gir arbeidet et initialt, tentativt og summarisk preg.

Travelheten bidrar til at pasientens sivile liv og brukermedvirkningen lider til fordel for en mer overfladisk omsorg. En tenderer mot å forsegle sykdomsopplevelsen fremfor å gi pasient mulighet til å integrere den. Det fremkommer en konfliktfylt balansering mellom de profesjonelle og humanistiske idealer, og de plagsomme realiteter som innebærer krav om behandlingseffektivitet.

Også endringene innenfor det psykiske helsevernet ligger som bakgrunn for studien. Jeg vil trekke frem hvordan Schönfelder (2007) gjennom sitt doktorgradsarbeid viser hvordan organiseringen har endret seg innen psykisk helsevern. Gjennom en analyse av innholdet fra stortingsmeldingene: stortingsmelding nummer 25 (1996-1997) og stortingsmelding 9 (1974), ser en hvordan ordspråket har endret seg til fordel for et økt fokus på tverrfaglig arbeid i tjenesten. Innholdet i *samarbeid* synes å ha endret seg ved at det tidligere ble knyttet til ledelsesaspektet og ved siste stortingsmelding opptrer som en organisatorisk verdi. Den organisatoriske verdien gir et bilde av det hierarkiske styringsaspektet som langt mindre fremtredende. I stedet for styring står heller det mer nøytrale begrepet samordning sentralt. Ord som fremhever det samlende aspekt fremfor et styrende, fremkommer i langt større grad ved siste stortingsmelding.

Dokumenter fra myndighetene ligger også til grunn. En ser ønsket om utvikling av kompetanse, brukerperspektiv og ønsket om å få mer kunnskaper om ressursene innenfor det psykiske helsevernet. Den nasjonale helseplan (2007-2010) forteller at spesialisthelsetjenesten skal drive med diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter som har alvorlige og kroniske sykdommer. Planen sier også at tjenesten skal ha fokus på veiledning til pasienter og kommunalt helsepersonell og drive undervisning og forskning. Spesialisthelsetjenesten er ment å løse de oppgaver som krever kompetanse og ressurser utover det kommunen innehar. Det anses som en sentral utfordring at psykiske helseproblemer øker i samfunnet. I forhold til videre vektlegging nevnes blant annet at det

faglige innholdet er viktig for utøverens motivasjon, sammen med god ledelse og en bedre forståelse av kompetanseutvikling. Personell og kompetanse omtales i eget kapittel der en leger til grunn at personellens kompetanse og egnethet utgjør grunnlaget for verdiskapningen i tjenesten. Det nevnes i planen at vi har begrenset med kunnskap om organisering, ledelse, ressursutnyttelse og samhandling. Kunnskap om sammenhenger mellom pasientenstrømmer og hvordan dette kan påvirke ressursbruk og organisering vil kunne gi et bedre beslutningsgrunnlag for styring og planlegging av tjenestene. Kvalitetsheving i tjenesten nevnes som den største utfordring i tjenesten. Det slås fast at spesialisthelsetjenesten preges av ”flaskehals”, overbelegg og til dels tidlige utskrivelser. Dels forklares dette med manglende samhandling, kapasitet og kompetanse i ulike deler av tjenesten. Planen fremhever brukerperspektivet som en sentral del av fokuset i denne planperioden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007-2010).

Flere helsepolitiske dokumenter beskriver ønsket om økt satsning på psykisk helse. En ønsker økt kvalitet og en bedre samhandling mellom aktørene i feltet og en ønsker bedre tilgang på personell med relevant kompetanse. Utdanningstilbudet for personell som skal arbeide med mennesker med psykiske lidelser fremstår svært mangfoldig, og til dels uoversiktlig ble det slått fast i stortingsmelding 25 (Sosial- og helsedepartementet, 1996-1997). Videre ble psykisk helse begrepet introdusert ved den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid i opptrappingsplanen (Sosial- og helsedepartementet, 1998) og en samlet flere yrkesprofesjoner inn under denne videreutdanningen. Personalets forutsetning til å gi pasient et best mulig kvalifisert tilbud avhenger av en kvantitativ side med tanke på om det finnes nok helsepersonell. Ved stortingsmelding ble det i forbindelse med utdanningsbehovet også beskrevet en forståelse for at det i Norge og internasjonalt har skjedd en utvikling der fagmiljøene har større konsensus. Fra høye fronter mellom faggruppene virker det som det har skjedd en bevegelse mot eklektisisme, som beskrives som at en i større grad fokuserer på å finne fram til spesifikke metoder som hjelper individene (Sosial- og helsedepartementet, 1996-1997).

2.2 Bilde av den akuttpsykiatriske virksomhet

Opptrappingsplanen i perioden fra 1999 til 2008 innebar en stor satsning der en økte ressursbruken og aktivitetene i det psykiske helsevernet. Antall døgnplasser ved de

psykiatriske sykehusene er noe redusert og samlet sett har antall døgnplasser blitt redusert med 25 %. En viktig grunn til dette tallet er den raske nedbyggingen av sykehjemmene. Flere voksne en før får et behandlingstilbud. I løpet av den 10-årige opptrappingsplanen har antallet utskrivninger fra døgnplasser samlet sett har en økning på 68 %. Den største økningen har skjedd i døgnavdelinger utenfor sykehuset, noe som gjenspeiler noe av opptrappingsplanens mål om desentralisering av tilbudet. En slik stor økning i antall utskrivninger må ses i sammenheng med en vesentlig nedkorting av oppholdenes varighet fra 110 døgn i 1998, til 28 døgn i 2008 (Sosial- og helsedepartementet, 1998).

Jeg vil under presentere forskning gjort av Sintef som er rettet mot akuttpsykiatrisk virksomhet i Norge. Dette kunne like gjerne vært presentert sammen med tidligere forskning i neste kapittel men jeg velger å presentere det som en bakgrunn for studien fordi materialet gir oss et nyansert bilde av virksomheten. Sintefs landsomfattende registrering av døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne i november 2003, viser at de fire første årene i opptrappingsplanen har ført til en markert omstilling av døgntilbudet. Registreringens rapport viser at døgninstitusjonene tar hånd om mange pasienter som burde hatt lavere omsorgsnivå, og at det fremdeles er behov for å videreføre omstillingsprosessen i det psykiske helsevernet for voksne og å øke kapasiteten i kommunene (Hagen & Ruud, 2005). Multisenterstudiet som er gjort av Ruud, Gråwe og Hatling (2006) kan gi en kontekstuell og systematisk kunnskap om erfaringene ved de ulike formene for akuttpsykiatrisk behandling i Norge noe jeg kort vil vise under.

Det akuttpsykiatriske tilbudet til voksne består av akuttavdelinger som hovedsaklig er sykehus og akutteam som innebærer et mer ambulerende tilbud. De distriktskykiatriske senterne har også etter hvert akutttilbud, men akuttavdelingene i sykehusene anses fortsatt som bærebjelken i akutttilbudet. Organiseringen av akuttavdelingene varierer. Det kan i organiseringen benyttes flere poster og en ser ulike former for differensiering mellom postene. Eksempelvis kan en skille mellom mottakspost og akuttposter og en kan eventuelt skille postene ved å fagdifferensiere slik at postene blir spesialiserte på hver sine områder. Mottakspostene innehar høyest bemanning innad i de akuttpsykiatriske døgnavdelingene. Det er også generelt høyere bemanning, både når det gjelder lege/psykolog og miljøpersonale som innebefatter de psykiatriske sykepleierne. Den høye bemanningen skal samsvare med det tenkte høyere omsorgsnivået i de akutte døgnpostene. For å måle hvordan kompetansebygging og de ansattes faglige utvikling blir prioritert, ble det ved undersøkelsen

spurt om omfanget av undervisning og veiledning. Gjennomsnittlig deltar det samlede personalet på omtrent en time undervisning, to timer kurs og en halv time i veiledning i måneden. Behandlingspersonalet ble spurt om hva som vektlegges i den kliniske praksis ved de ulike enhetene. Svarene viser at det finnes mye variasjon i det kliniske innholdet mellom poster av samme type. Voksne som kommer til akuttpsykiatrisk behandling ved akuttpostene var signifikant dårligere enn de som ble behandlet i akutteam. Gjennomsnittlig 22 % av pasientene ved akuttavdelingene ble karakterisert som primært somatisk anliggende problematikk eller en signifikant lavere psykoseproblematikk og ble dermed betegnet som innleggelses som kunne vært unngått.

Psykotiske lidelser, rusproblematikk, selvmordsproblematikk, selvskading, overaktivitet og aggresjon syntes å være fremtredende problemområder i akuttavdelingene. Samlet sett synes det som pasientene hadde en klar bedring av symptomene under behandlingen selv om det var en variasjon mellom de akuttpsykiatriske avdelingene. Sentralt står undersøkelse og utredning av pasientens tilstand i oppgavene ved de akuttpsykiatriske avdelingene.

Strukturerte og diagnostiske intervjuer brukes ikke så ofte, men mer vanlig synes det å være at en kartlegger pasientens livssituasjon og sosiale nettverk. En har bred bruk av blodprøvetaking ved akuttavdelingene, noe som kan forklares ved nærheten til sykehus og dens biologiske og medisinske forankring. Studien viser at flere pasienter ikke har gjennomført samtale med behandler, noe som forklares med raske behandlingsforløp. Innholdet i behandlingen består av blant annet familie- og nettverks samtaler, samtalegrupper og aktivitets- og treningsopplegg. Mest omfattende element i behandlingen synes å være behandling og monitorering med psykofarmaka. Skjerming brukes mest, på omtrent hver femte pasient, med tanke på tvangsbehandlingen. Det forekommer selvmordsforsøk, selvskading og utagering mot andre personer i høyere grad ved akuttavdelingene enn ved andre akuttilbud. (Ruud, Gråwe, & Hatling, 2006).

Avsnittet over gir et kvantitativt inntrykk av den akuttpsykiatriske virksomhet i Norge. I samme periode gjennomførte også Sintef en kvalitativ studie rettet mot akuttavdelinger (Hjort & Ruud, 2006) som vil kunne utfylle bildet av virksomheten. En så at det foreligger variasjoner mellom avdelinger med tanke på hva en legger vekt på i behandlingen. Noen bruker den tvang de synes er nødvendig for å komme raskt i gang med behandling og andre bruker minst mulig tvang og er opptatte av at det bør være lav terskel for innleggelses. Det diskuteres hvorvidt fokus på utskrivelse kan synes som en ulempe eller en fordel. Flere

tenker at det er utfordringer knyttet til det å gjennomføre en rolig og vel gjennomtenkt behandlingsforløp og samtidig å være effektiv og ha et passende tilbud klart ved utskrivelse. Brukerperspektivet som begrep brukes forskjellig. Også hvor mye en vektlegger eller har kunnskap om brukerperspektivet og brukervedvirkning varierer avdelingene imellom. Man er blitt raskere med å komme i gang med diagnostisering, medisiner og stabilisering og fokus på årsaksforhold er dreid mer mot biologisk sårbarhet fremfor fokus på miljø. Innad i postene har en i dag mer individuelle opplegg fremfor fellesopplegg som var vanligere før. (Hjort & Ruud, 2006)

2.3 Egen forforståelse

En feilkilde både ved datainnsamling og ved analysefasen kan ved en kvalitativ undersøkelse kan være ubevisst og utydelighet i skillet mellom informant og egne oppfatninger (Kvale, 2006). En felle kan være å vurdere kvalitet fremfor en mer nøytral prosess der en får frem informantenes opplevelse. Forskning på hjemmebane krever en særlig oppmerksomhet i forhold til den akademiske distansen (Repstad, 1998). Et resultat av et ubevisst forhold til egen forforståelse kan tenkes å være at en finner det en mente på forhånd. Videre her vil jeg derfor skrive ned mine tanker og refleksjoner om tema og min egen posisjon i forhold til det som skal studeres.

I skrivende stund arbeider jeg med en mastergrad i psykisk helse og jeg kan si at jeg i den forbindelse trer inn i det akademiske felt. De siste fem årene har jeg imidlertid operert i det empiriske felt og fått erfare noe av kompleksiteten. Jeg har erfart hvordan psykiatrisk sykepleiepraksis kan være. En kan forstå denne studien som at jeg skriver meg inn i et felt som delvis er kjent for meg gjennom egen praksis. Jeg vil også fortelle om dette feltet ved å ta på meg den akademiske skjorte og gå ut i empirien og spørre hvordan praksisen oppleves. Går jeg inn i ukjent terreng eller vil jeg møte meg selv? Arbeidsfeltet jeg tenker å betrakte som et empirisk felt har geografisk og organisatorisk avstand til min egen arbeidsplass, og jeg unngår slik å berøre nære arbeidskolleger.

Jeg opplever stadig større undring over hva vi egentlig foretar oss i praksis. Jeg har en erkjennelse av at feltet kan være vanskelig å få oversikt over. En ser en økende mengde behandlingstrengende mennesker og samtidig begrensninger i forhold til tilførsel av

ressurser som er en rammebetingelse vi må forholde oss til. Følelsen av ikke få hjulpet pasient på en menneskelig nær måte gir meg frustrasjon som jeg også finner hos kolleger når jeg spør og reflekterer over det. Jeg synes det er viktig å stille spørsmål ved egen praksis og ha en kontinuerlig kritisk refleksjon i forhold til egen praksis. Erfaring tilsier at det er begrenset tid til faglig refleksjon og fagutvikling i avdelingen og kontakten til forskermiljøet tilknyttet sykehuset synes fjern. I egenerfart klinisk arbeid ser jeg faglige og organisatoriske utfordringer. Dels handler dette om teorikunnskap, valg av teori, bevissthet i forhold til menneskesyn og sykdomssyn og dels om den psykiatriske sykepleierens rolle og plass i det klinisk faglige samarbeidet med andre faggrupper. Ved å dele erfaringer gjennom refleksjon med kolleger har jeg sett at det foreligger utfordringer i å kunne gi et samlet og strukturert tilbud til pasientene i de akutte innleggelsesforløpene. Jeg opplever at personalgruppen som helhet kan ha en tendens til å arbeide på hver sin "tue" og med hver sine tilnæringsmåter til pasienten. I avdelingen er det samlet mye kunnskap, kompetanse og erfaring. Det finnes store ressurser av kompetanse i hver faggruppe, og jeg ønsker å tro at det kan ligge store fremskritt ved å forbedre samarbeidet mellom de ulike faggruppene.

Min praksishypotese handler om at hverdagen blir utfordrende fordi vi opplever store vedvarende omstillinger. En kjemper for forutsigbarhet i en travel hverdag hvor arbeidspresset er stort og ressursene og tiden oppleves som knapp. I den hektiske hverdagen samarbeides det med flere faggrupper og jeg tror det er en utfordring å få til en best mulig arbeidsfordeling slik at pasient opplever et best mulig tverrfaglig tilbud. Hvordan de ulike faggruppene opplever egne bidrag til samarbeidet synes derfor som et viktig og interessant spørsmål i den videre streben etter å utvikle det kliniske samarbeidet. Så utstyrt med diktafon og en semistrukturert intervjuguide vandret jeg ut i feltet og spurte en av de sentrale profesjonene hvordan de opplever eget bidrag.

3. TIDLIGERE FORSKNING

Forskning sikter til å fremskaffe ny kunnskap og det er derfor klokt å sette seg inn i hva som er gjort tidligere (Friis & Vaglum, 2002). Andre kan ha stilt seg liknende spørsmål tidligere og en nærmere granskning av litteraturen kan bidra til at vi finner områder som er mangelfullt undersøkt. I litteratursøket ligger det også en mulighet i å se hvilke metoder som anvendes ved liknende forskningsarbeider, og jeg har slik fått en del informasjon om hvilke metoder jeg bør eller kan bruke.

Det er gjennomført et systematisk søk gjennom databasene The Cochrane Library, PsycInfo, Cinahl, British Index Nursing og OVID Nursing. Perioden det er søkt i er siste 10 år. Utgangspunkt for søket var psykiatriske sykepleieres praksis, funksjon og rolle ved akutt psykiatrisk post i spesialisthelsetjenesten. Jeg ønsket å finne forskning som omhandlet denne faggruppens fag og profesjonsidentitet, funksjon og erfaring i akuttpost. Engelske faguttrykk som er benyttet i søket er: *acute psychiatric ward*, *acute psychiatric care*, *mental health nurse identity*, *professional identity*, *nursing/emergency mental health nursing*, *mental health services*, *nursing models*, *nursing philosophy*, *role perceptions*, *mental health nursing practice guidelines*, *psychiatric nursing evaluation research*, *field research* og *nursing*. Ved søk i The Cochrane Library på: *mental health nursing*, kombinert med *acute care*, har jeg fått 32 referanser. Ved videre kombinasjon ved hjelp av AND og søketeksten *acute psychiatric care* og *nurses role* fikk jeg to referanser. Det er søkt etter titles, abstracts og keywords. Søk i PsychInfo gav også resultater. Ved oppslag på *mental health services* som MESH-term, kombinert ved hjelp av AND med *role perception* som MESH-term har jeg fått ni referanser. Videre har jeg fått 59 referanser ved oppslag (i MESH hierarkiet) på *acute psychiatric care*. Ovid MEDLINE gir 897 treff på kombinasjon av søketermene *mental health* og *nurses role*. Videre kombinasjon med *emergency services*, *psychiatric*, fremkommer det 14 treff. Jeg gjennomførte ytterligere utvidet søk med termene: ”contribution” og ”interdisciplinary” som er de engelske uttrykkene for bidrag og tverrfaglig arbeid. Kombinasjon med søkeordene ”acute psychiatric care”, ”psychiatric nurse” og ”contribution” gav ni treff. Ved kombinerings av ”acute psychiatric care”, ”psychiatric nurse” og ”interdisciplinary” fikk jeg også ni treff. Søk på ”psychiatric nurse”, ”contribution” og ”interdisciplinary” fikk jeg fire resultater. Søket viser at det er gjort studier rettet mot psykiatriske sykepleieres yrkesutøvelse ved akuttpsykiatrisk virksomhet.

Forskningen gir til dels et bilde av akuttpsykiatrisk virksomhet som en travel beskjeftigelse som er under store omstillinger og under press i forhold til kapasitet. Under vil jeg presentere noen av funnene som synes relevante.

Gjennom fokus på akuttpsykiatrien får Hummelvoll og Røsset (1999) fram et bilde av akuttpsykiatriske poster. Gjennom observasjoner og intervjuer søkes det etter pasienters og personalets opplevelse i det daglige arbeidet. En ser et akutt og uforutsigbart preg som gir arbeidet et initialt, tentativt og summarisk preg. Travelheten bidrar til at pasientens sivile liv og brukermedvirkningen lider til fordel for en mer overfladisk omsorg. En tenderer mot å forsegle sykdomsopplevelsen fremfor å gi pasient mulighet til å integrere den. Det fremkommer en konfliktfylt balansering mellom de profesjonelle og humanistiske idealer og de plagsomme realiteter som innebærer krav om behandlingseffektivitet og det daglige stress. Dette bilde kommer også fram i artikkel av Hummelvoll og Sevrinsson (2001) der en setter fokus på hvordan utøverne mestrer hverdagens realiteter. Det pekes på en usikkerhet i forbindelse med arbeidets belastning og arbeidssituasjonen. Studien viser at en kan karakterisere relasjonene ved det kliniske arbeidet som kort, oppsummerende og symptomorientert. Krav om effektivitet ser ut til å føre til et mer medisinsk orientert arbeid. Konflikten mellom idealene og de plagsomme realitetene kjent fra Hummelvoll og Røsset (1999) påpekes igjen der en ser at fokuset ved arbeidet dreier seg rundt raske vurderinger, tester, stabilisering av symptomer og videresending til andre institusjoner eller primærhelsetjenesten (Hummelvoll & Severinsson, 2001).

Uforutsigbarhet kommer også fram ved forskning i utlandet. 10 psykiatriske sykepleiere og 10 pasienter ble intervjuet for utforskning av faktorer som berører sykepleier og pasient forholdet ved akuttpsykiatriske institusjon ved Sydney i Australia. Sykepleierne er blant annet opptatte av at det alltid kommer noe opp og det uforutsigbare preg ved arbeidet. Mange pasienter og mye arbeidspress førte til mindre muligheter til å tilbringe tiden nær pasient. Pasientene fortalte at de opplevde sykepleierne som travle og i noen sammenhenger for opptatte til å hjelpe (Cleary & Edwards, 1999).

Psykiatriske sykepleieres oppgaver i en tverrfaglig behandlingsskiltur er tidligere undersøkt i Norge. En synes å kunne hevde at psykiatrisk sykepleie i en aktuell psykiatrisk avdeling er basert på sykepleiefaglige vurderinger (Skagen & Piro, 2002). Fremtredende temaer i studien der en intervjuet psykiatriske sykepleiere, var blant annet bevissthet omkring ansvar

og arbeid med å skape relasjon. Ansvaret synes å dreie seg om å være sentral i behandlingen ved at en er i relasjon til flere aktører og at en forholder seg til flere oppgaver. Det spesielle ved psykiatriske sykepleiere i Norge har også vært fokusert på med bakgrunn i omstillinger som blant annet medfører flere yrkesgrupper innad i voksenpsykiatriske avdelinger (Karlsen, 2003). I undersøkelsen forteller flere psykiatriske sykepleiere om en rolle de oppfatter som for sykdomsorientert og for lite ressursorientert. Rollen betegnes som passiviserende. En er kritisk til det moderlige prinsipp og omsorgstradisjonen og noen kaller det ”å kvele folk i omsorg”. Videre presenteres tanken om fokus på ressurser og fokus på det som fungerer. Det foreslås at en bør gi pasienten ansvar i stedet for å føre de inn i en passiv sykerolle. Samme forfatter presenterer i 2009 en studie med liknende fokus, der en i fokusgrupper spør psykiatriske sykepleiere hva de mener om deres spesifikke kompetanseområde sett i lys av omstillingene som blant annet innebærer en mer tverrfaglig organisering av det kliniske arbeidet. Kunnskaper om kroppen trer frem som et viktig område som kjennetegner denne profesjonsgruppen. En innehar kunnskaper i forhold til kropp og psyke og en kan dermed se sammenhenger. Videre trer det frem en forståelse av at denne faggruppen gjennom arbeidet utvikler en handlingsorientert kompetanse der en intervensjoner og ser på relasjonen som et viktig behandlingsverktøy.

Sykepleierens arbeid i akuttposter er undersøkt med fokus på grensesetting som er et av tiltakene innenfor miljøterapi. Doktorgradsarbeidet til Solfrid Vatne (2003) viser hvordan det korrigerende og anerkjennende perspektivet på grensesetting fungerer i akuttpostene. Hun ser et svakere utviklet perspektiv der en anerkjenner pasient og hun ser hvordan en i større grad har en korrigerende og oppdraende holdning ovenfor pasient. Det pekes på en fare ved manglende kompetanse ved akuttpostene og at det av den grunn blir vanskeligere å håndtere disse motsetningene (Vatne, 2006). Personale uten utdanning og erfaring settes til oppgaver ved akuttpostene og den faglige kvaliteten legger seg derfor på et utilfredsstillende nivå. Innholdet i miljøterapien vil ved lavt fokus på faglig kvalitet og kompetanse styres mer av regler enn profesjonelle verdier.

I en studie fra London (Bowers & Ryan, 2005) sies det innledningsvis at fysisk grensesetting er en signifikant del av psykiatriske sykepleieres rolle ved de intensive enhetene i psykiatrien i England. Studien viste at pleierne benyttet seg av en variasjon av fysiske teknikker, men også manøvre i interaksjon med pasient for å avhjelpe forstyrret adferd. Studien poengterer at disse intervensjonene er mangelfullt beskrevet og evaluert i litteraturen.

De relasjonelle forhold vektlegges i dagens litteratur som omhandler psykisk helsearbeid ved psykiatriske døgninstitusjoner. Generelt savnes aspektene som rører ved brukermedvirkning og pasientens perspektiv. Relasjonen mellom pasient og fagperson er viktig ved miljøterapi (Røssberg, 2005). Det er imidlertid gjort lite forskning på miljøterapi (Vatne, 2006, Larsen, 2004). Miljøterapien kan synes som et stort og vanskelig felt å forske på. Karlsson (1997) forteller om en splittelse innenfor det psykiske helsevernet der en har sett en individualterapeutisk fokusering der legene og psykologene har vært sentrale. Samtidig har miljøterapien utviklet seg og blir av flere sett på som et supplement.

John Hurley (2009) har i Skottland gjennomført en kvalitativ studie rettet mot identitet blant psykiatriske sykepleiere. Han fant syv karakteristikk blant sykepleierne. (1) Sykepleieren som generisk spesialist, (2) sykepleieren som setter seg inn i en brukerorientert stilling, (3) sykepleieren som posisjonerer seg i og benytter seg av sitt personlige selv i arbeidet, (4) sykepleieren som bruker tid med pasient, (5) sykepleieren som leverer samtalebasert terapi på allsidige måter, (6) sykepleieren med en hverdagslig holdning og (7) sykepleieren som har overførbare evner. Med disse syv karakteristikkene av psykiatriske sykepleiere konkluderer studien med at faggruppen innehar en klynge med evner fremfor å kunne karakteriseres som noe enhetlig. utfordringer og klarhet omkring de psykiatriske sykepleiernes roller tas også opp i en studie fra New Zealand der en ser på nedbygging av det akutte tilbudet som en faktor som kan utfordre de tradisjonelle rollene blant psykiatriske sykepleiere og en spør hvordan faggruppen utvikler seg i forhold til den nye konteksten ved det psykiske helsevernet. I denne kvalitative studien fant man at flere av rollene kunne relateres til et kriseledelses perspektiv hvor en fokuserte på vurderinger, stabilisering av symptomer, planlegging av utskrivelser. Det terapeutiske forholdet kom frem som et fundament ved de psykiatriske sykepleiernes opplevelse av egen rolle. Studien viser at psykiatriske sykepleieres rolle fremstår som kompleks (Fourie, McDonald, Connor, & Bartlett, 2005).

Spenninger fagpersoner imellom ble undersøkt i et Australsk studie (Fortune & Fitzgerald, 2009) der en blant annet så at de ulike faggruppene så på eget arbeid som omfattende, men at de manglet forståelse og innsikt i å se de andre faggruppenes arbeid. Psykiatriske sykepleiere fortalt om at de arbeidet med medisiner, somatiske forhold, kliniske observasjoner av somatisk og mental karakter og ivaretagelse av grunnleggende hygiene. Samarbeidende

faggruppe hadde lite forståelse av hva sykepleierne arbeidet med, men de synes det var bra at sykepleierne ”var sammen med” pasientene.

4. TEORETISK REFERANSERAMME

Den teoretiske referanserammen for denne studien inneholder hovedsakelig teori om psykiatrisk sykepleie med et eksistensielt og humanistisk grunnsyn. Teori om psykiatrisk sykepleie og tilhørende kompetanse utgjør hoveddel av den teoretiske rammen og gir også en inngangsport til å se studien i lys av teori omkring forståelsen av yrkesmessig kompetanse. Forskningsspørsmålet som spør om en enkelts profesjons egenopplevelse i et tverrfaglig organisert fellesskap, gjør det også relevant å beskrive det tverrfaglige samarbeidet som begrep. Videre presenteres kort noen perspektiver på psykisk sykdom, psykisk lidelse og psykisk helse.

4.1 Psykiatrisk sykepleie

Verdens helseorganisasjon (WHO) gir oss et overordnet perspektiv på psykisk helsearbeid gjennom de grunnleggende verdiene om at helse er en grunnleggende menneskelig rettighet. Solidaritet i handling og likhet i helse over landegrensene. Deltakelse og ansvar for å fremme psykisk helse innehar stor verd i forhold til å ta vare på individer og i større sammenhenger grupper, institusjoner og samfunn (World Health Organization, 1998). Jeg vil ikke utdype denne fremstillingen fra WHO noe nærmere. Jeg vil heller ikke beskrive psykisk helsearbeid som sådan, men gå rett inn på teoretisk forståelse av psykiatrisk sykepleie som yrkesprofesjon.

Sentralt kjennetegn innenfor sykepleie er begrepet omsorg (Martinsen, 1991). Mennesker utfører egenomsorg og pleie for å møte sine grunnleggende behov. Ved ubehag og smerte forsøker mennesker å lindre smerten og bøte på skaden. Denne egenomsorgen kan til en viss grad sammenliknes med sykepleie. Ut fra denne innledning beskriver Hummelvoll (2006) at sykepleierens arbeid begynner når menneskets egne krefter, kunnskaper og evner ikke lenger er nok til å reversere eller tilpasse seg problemene. Blant flere faggrupper vil sykepleieren være til hjelp med sine erfaringer og teoretiske kunnskaper. Sykepleieprofessor Philip Barker (1997) gir et innblikk i hva psykiatrisk sykepleie dreier seg om. Han hevder at det sjelden er mulig å avhjelpe de psykiske forstyrrelsene uten å finne pasientenes mening i disse opplevelsene. Den psykiatriske sykepleieren må derfor definere personen som sin oppgave fremfor sin sykdom eller forstyrrelse.

Psykiatrisk sykepleie har gjennom tiden fått bidrag fra flere tradisjoner.

Litteraturgjennomgang i perioden 1994 – 1998 (Hummelvoll J. K., 1998) viser hvilke tradisjoner som vises stor oppmerksomhet i den psykiatriske sykepleien i Norden.

Relasjonsbegrepet er sentralt ved forskning, refleksjon og ved praksis. I forhold til relasjonsbegrepet vil jeg under trekke frem Peplaus teori (1952), referert i Hummelvoll (2006). *Kommunal psykiatrisk sykepleie* vises stor oppmerksomhet og begrunnes med økt fokus på kommunal satsning og desentralisering av helsehjelpen. Tilslutt er også *miljøterapi* tradisjonen gjeldende samtidig som en stiller seg kritisk til denne tradisjon på grunn av manglende og uavklart teoretisk grunnlag (ibid).

Psykiatrisk sykepleie kan forstås som en fagfordypning innen sykepleievitenskapen. En kan forstå psykiatrisk sykepleie som en utdypning av det psykiske aspekt. Grunnlaget er derfor den generelle sykepleievitenskapen, dens begrepsapparat og teorier. Utdypningen har sitt grunnlag fra psykiatri, klinisk psykologi, samfunnsvitenskap og til dels sykepleierteorier utviklet fra psykiatrisk sykepleie (Kristoffersen, 1997). Hildegard Peplau (1952) er en sentral teoretiker innenfor utvikling av psykiatrisk sykepleie. Hennes forståelse av sykepleie beskrives av Hummelvoll (2006, s. 26) sitert under:

”Sykepleie er en betydningsfull, terapeutisk og interpersonlig prosess. Den fungerer i samvirke med andre menneskelige prosesser som fremmer helse for individer og samfunn. I spesielle situasjoner hvor profesjonelle helsearbeidere tilbyr helsetjenester, deltar sykepleiere i organiseringen av forhold som letter de naturlige, støttende tendenser i den menneskelige organisme. Sykepleie er et pedagogisk instrument og en modnende kraft som har til hensikt å fremme personlighetens vekst i retning av skapende, konstruktivt, personlig og sosialt liv”.

Miljøterapi ses på som en viktig del av tradisjonene ved psykiatriske sykepleie (Hummelvoll J. K., 1998). Tradisjonen ses på som aktuell, men det stilles spørsmålstegn til det mangelfulle teoretiske grunnlaget det hviler på. Det fremheves et behov for videreutvikling på et teoretisk og vitenskapelig nivå for å skape holdbare praksisteorier. Ved akuttposter i Norge forgår det miljøterapi. Hvordan miljøet kan virke terapeutisk diskuteres fortsatt i dag. John Gunderson skrev i 1978 artikkelen *defining the therapeutic processes in psychiatric milieu*. Gunderson mener at miljøbehandling kan ha god effekt, men at det kreves en

tilpasning til den enkelte pasient og at det bør utvikles definisjoner og et språk i forhold til prosessen som virker terapeutisk.

Psykiatrisk sykepleie forstås som en viktig del av det tilbudet pasient møter og blir kjent med i helbredelsesprosessen. Hummelvolls (2006) definisjonen har en humanistisk forankring ved at sykepleien skal hvile på respekt av menneskets egenverdi, ukrenkelighet, integritet, frihet og selvbestemmelse. Under siteres Hummelvolls (Hummelvoll J. K., 2006, s. 46) definisjon før den i de neste avsnittene beskrives nærmere:

”- en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasient til selvspekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasient ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer”

Psykiatriske sykepleieres arbeid skal inneholde en klar hensikt. Gjennom holdninger og handlinger søker man å støtte de helbredende prosessene slik at de løses eller avtar. Man søker tiltak som samsvarer med pasientens behov for hjelp. Arbeidet preges av omsorg som anses som en etisk drivkraft i arbeidet (Hummelvoll J. K., 2006). Omsorg inngår i en sosial relasjon og viser seg i fellesskap med andre. Forståelse er sentralt der en gjennom fellesskap utvikler felles erfaringer. Ut fra disse felles erfaringene kan vi forstå den andre. Ekte omsorg krever at en anerkjenner den andre ut fra hans situasjon (Martinsen, 1991). Innunder den omsorgsgivende funksjon inngår også en psykoterapeutisk funksjon. Ved hjelp av psykologiske virkemidler i form av psykoterapeutisk kunnskap og holdning arbeider en psykoterapeutisk. Den holistiske – eksistensielle orienterte sykepleien vil ideelt sett behandle og få pasient til å føle seg som en integrert person. Dette krever et likeverdig forhold preget av varme, innlevelse og ektehet.

Sykepleier – pasient – fellesskapet trekkes frem i Hummelvolls (2006) definisjon av psykiatrisk sykepleie. Dette forhold bygger på et gjensidig tillitsforhold og en kan se på

sykepleieren som en følgesvenn som byr på støtte, utfordringer, kunnskaper og praktisk oppfølging. En ønsker å øke selvaktelsen, verdigheten og integriteten i pasientens opplevelse av den psykiske lidelsen. Sentralt i arbeidet er pasientens verdier og ønsker for sitt eget liv. Dette gir konsekvens for sykepleierens datasamling som bør inneholde søk etter hva pasienten definerer som et godt liv. Sykepleieren er åpen for å ta opp åndelige og eksistensielle spørsmål som opptar pasient. Åpenhet for de ulike spørsmål om områder bidrar til at pasienten får være den han er for best mulig integrasjon og helhetsopplevelse. Tanken er at en kan oppnå økt opplevelse av betydningsfullhet og mening og at en kommer i møte med pasientens syn (Hummelvoll J. K., 2006).

Pasientens uttrykksformer og bevissthetstilstand kan være så redusert at det blir vanskelig å uttrykke sine ønsker eller behov. Sykepleieren vil da gjennom omsorg, empati, forståelse for situasjonen, faglige kunnskaper, skjønn og etiske overveininger handle på vegne av pasient. Sykepleieren forsøker å dekke pasientens behov gjennom pleien og omsorgen. Å innta rollen som pasientens talsmann krever et gjensidig tillitsforhold som berettiger handling på pasientens vegne (Hummelvoll J. K., 2006).

Siste ledd i Hummelvolls definisjon sikter til det sosiale fellesskapet og miljøet pasient befinner seg i. Det ideelle vil være et miljø som gir grobunn for utvikling og vekst. Utfordringene er knyttet til å skape samværsformer og aktiviteter som gir pasient mulighet til opplevelse av det sosiale felleskap, sosial støtte og trening i problem mestring. Et mål er økt fokus på utvikling av slike erfaringer utenfor behandlingsinstitusjoner. Sentralt er tanken om at mennesket er avhengig av felleskap og sosial kontakt for et meningsfullt liv. Hjelp og støtte kan oppnås i en sosial kontekst når behovet viser seg. Et aksepterende miljø trekkes frem som en viktig helsefremmende faktor (Finset, 1986). Sykepleierens samarbeidsforhold strekker seg lenger en til pasient. Det tar hensyn til pasientens familie og andre som står pasient nær i private eller behandlingsmessige relasjoner. I samarbeidet siktes det til støtte og planlegging av livet videre etter behandlingen. Sykepleieren vil på denne måte også virke støttende og styrkende for pasientens pårørende (Hummelvoll J. K., 2006).

Med bakgrunn i de ulike tradisjoner delvis presentert over synes det som en utfordring å gi en enhetlig presentasjon av psykiatriske sykepleieres fokus og faglige perspektiv. Barker, Reynolds og Stevenson gav i 1998 ut en teoretisk ansats om psykiatrisk sykepleie. Synspunktene innehar et humanistisk og helhetlig syn på psykiatrisk sykepleie i likhet med

Hummelvoll (2006). Denne teoretiske ansatsen inneholder fire premisser for psykiatrisk sykepleie. Premiss en innebærer at psykiatrisk sykepleie foregår som en interaktiv utviklingsmessig aktivitet. En fokuserer mer på videreutvikling av personen enn årsakene til lidelsen. En ønsker altså å fremme vekst og utvikling der en involverer personens tilpasning av problemene som forbindes med den psykiske lidelsen. Andre premiss sikter til sykdomssynet der opplevelsen av psykisk smerte og lidelse viser seg gjennom adferd bare kjent for den det gjelder. Sykepleieren vil her støtte og gjøre det mulig for mennesket å få adgang og oversikt over denne opplevelsen. Å fortelle historien sin i fellesskap tenkes å kunne virke støttende lindrende og helbredende. Tredje premiss retter seg mot engasjementet i relasjonen mellom pasient og mennesket. Gjennom gjensidig påvirkning antas det at omsorgsopplevelsens natur vil kunne skape forandring. Forandring kan skje hos både sykepleieren, pasienten og betydningsfulle andre. En setter omsorg ”sammen med” fremfor omsorg ”for”. Premiss nummer fire sikter til at den ”psykiatriske forstyrrelsen” heller ses på som hverdagslige problemer. Dette gir konsekvens for psykiatrisk sykepleiepraksis som dermed knyttes til dagliglivets kontekst. Sykepleierens arbeid er slikt sett knyttet til det levende livet. Det levende livet sikter inn til personens relasjoner til seg selv og andre. Dette kan relateres til deres mellommenneskelige verden. Sykepleieren vil i praksis sikte til å hjelpe personer med å møte deres menneskelige responser i forhold til den psykiske lidelsen.

4.2 Profesjon og kompetanse

Psykiatrisk sykepleie som profesjon har en egenart som skiller seg fra andre faggrupper som vi har sett i kapittel om psykiatrisk sykepleie. Dette er et spesielt kjennetegn ved de klassiske profesjonene. Yrkesutøverne, i dette tilfellet psykiatriske sykepleiere er sertifisert til bestemte typer kunnskap på et høgskolenivå med egen spesialiseringsdel. En lærer teoretisk og vitenskapelig kunnskap sammen med elementer fra praktisk kunnskap gjennom praksisperioder som kan anses som ferdighetstrening. Den profesjonelle yrkesutøvelsen er en måte den vitenskapelige kunnskapen kan komme befolkningen til gode på. Forvaltning av egen vitenskapelig kunnskap ses på som et trekk i forhold til å skille seg fra andre yrker (Molander & Terum, 2008). Kunnskapsgrunnlaget for profesjonene fremstår sammensatt. Videre vil jeg trekke frem et utvalg ulike aspekter ved kompetanseformer og kunnskapstyper.

Skau (2005) beskriver kompetansemodellen som dreier seg rundt tre aspekter ved yrkesmessige profesjonaliteten. Kompetansebegrepet deles inn i teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Disse aspektene opererer ikke alene, men kommer til uttrykk samtidig med varierende tyngde.

Teoretisk kunnskap består av faktakunnskap og forskningsbasert viten. Det kan dreie seg om behandlingsmetoder, historie eller kunnskaper om sykdom. Kunnskapsformen kan fremstå som upersonlig og allmenn og settes høyt i akademiske miljøer og utdanningsinstitusjoner. De yrkesspesifikke ferdighetene dreier seg om mer det profesjonsspesifikke håndverket. Herunder kommer praktiske ferdigheter, teknikker og metoder tilhørende et bestemt yrke. Denne type ferdighet retter seg mot gjennomførelsen av arbeidet som for en sykepleier kan være å stelle et sår. Høy ferdighetskompetanse relateres til det å være en dyktig praktiker. Denne formen for kunnskap dreier seg dermed om praktisk eller metodisk tilnærming til gjennomførelsen av arbeidet. Det tredje aspekt omtaler Skau (2005) som den personlige kompetanse. Denne type kompetanse kommer til syne når arbeidet krever at en inngår sosiale relasjoner og samarbeider med pasienter eller kolleger. En kan si at profesjonsutøveren bruker seg selv i arbeidet. Kompetanseformen retter seg mot den vi er som person og lar seg vanskelig beskrive og utvikle. Den personlige kompetansen er i seg selv ikke yrkesspesifikk, men benyttes ved utøvelsen av arbeidet. Skau poengterer at denne kompetanseformen har stor betydning med tanke på at den kan ses på som en forutsetning for hvor langt vi vil kunne nå med våre teoretiske og yrkesspesifikke ferdigheter. Formen er personlig og bygger på vår erfaring og fortolkning og bearbeiding av disse (ibid).

I profesjonslitteraturen skilles det ofte mellom teoretisk og praktisk kunnskaper (Molander & Terum, 2008). Innenfor den praktiske kunnskapen introduserte Michael Polanyi (1958, 1983) begrepet taus kunnskap. Han viste forskjell på det som kunne snakkes om og det som ikke kunne snakkes om. Et kjennetegn ved den praktiske kunnskapen er at den ikke lar seg løsrive fra personen som anvender den eller fra situasjonene hvor den blir lært eller anvendt. Denne type kunnskap peker på den som bærer den, noe som kalles den praktiske kunnskapens indeksikalitet. Indeksikaliteten kan fremkomme i forskjellige grader. Praktisk kunnskap fremtrer med merker som viser hvor den kommer fra, hva anvendelsen er til og hvem det er som har den. Brukssituasjoner og kunnskapsbærerne er ikke helt utskiftbare fordi den uttrykkes i handlinger, bedømmelser, vurderinger og skjønn. Forholdet mellom praktisk kunnskap og teoretisk kunnskap kan kommenteres slik:

”Men det er mye man ikke kan gjøre hvis man ikke også vet hva ting er. Omvendt er det mye viten om hva ting er, som man ikke kan tilegne seg hvis man ikke også kan gjøre bestemte ting” (Molander & Terum, 2008, s. 76).

Helt siden antikken kan en si at den praktiske kunnskapen har kommet i andre rekke. Aristoteles innførte begrepene: *episteme, techne og fronesis*. Episteme tilhører de sanne første prinsipper ved den vitenskapelige kunnskapen. Videre sikter techne til teknologien og sikter til å lage ting. Eksempelvis kan det være å bygge bygninger, men inkluderer også håndverk og kunst. Techne har således en praktisk karakter, men er likevel ikke lik fronesis som skiller seg ved at den handler om å kunne handle moralsk og klokt. Formen handler om mennesket og menneskets liv. Fronesis sikter mot handlingen og spesielt i forhold til hvordan man kan sikre et godt liv. Fronesis som handlingskunnskap kan dermed forstås som evne til å vurdere hvordan man bør handle for å fremme det som er moralsk godt for mennesker i konkrete situasjoner og inkluderer tillærte ferdigheter og tillæres gjennom erfaring (Molander & Terum, 2008).

Indekseringen, altså økt vekt på kunnskapsbæreren og den tause kunnskapen, diskuteres i profesjonsfagene. Imidlertid er ikke all kunnskap taus, men denne formen setter denne type kunnskap på spissen. Diskusjonen handler om at menneskene tenker og handler i forhold til hva de tror og vet. Vi tenker, erfarer, vurderer og handler på grunnlag av uartikulert viten. En begrunnelse til at kunnskap kan være taus kan være Polanyis teori om kunnskap og handling som en toleddet struktur (Rolf, 1991). På den ene siden forholder vi oss til den *fokale oppmerksomheten*. Det vi forholder oss fra betegner han som *subsidiær oppmerksomhet*. Når en helsearbeider gjennomfører en prosedyre kalles fokuset på selve prosedyren for subsidiær oppmerksomhet. Den fokale oppmerksomheten retter seg mot handlingen og pasienten. Er fokuset fokalt, altså retter mot selve prosedyren blir det gjerne feil eller en blir usikker. På en annen måte kan en si at om en fokuserer på hvordan man skal trøste, blir trøsten uekte. En ikke artikulert kunnskap som kreves i en handling lar seg vanskelig artikulere under selve handlingen uten at selve handlingen blir forstyrret eller ødelagt. Kunnskapen vil derimot kunne bli artikulert i etterkant av handlingen av personen som gjennomførte den eller av andre. *”Kompetent utførelse trenger en ikke - artikulert bakgrunn, slik fokus på en figur trenger en ufokusert bakgrunn” (Molander & Terum, 2008, s. 80)* Denne fremstillingen viser at taus kunnskap egentlig ikke er taus. Det finnes alltid en bakgrunn av kunnskap som er taus jamfør den ufokuserte bakgrunnen, i forhold til handlingene en gjennomfører. Etter

handlingen kan en derimot forsøke å fokusere mer på bakgrunnen for økt forståelse av denne.

En annen grunn til at vi kan vite mer en vi kan si er at vi ikke har full oversikt over det. Vi handler på bakgrunn av store kunnskapsområder som si ikke uttrykker verbalt. Noe tas for gitt og noe har vi ikke tenkt over før. Vi har oversikt over små deler av dette kunnskapsområdet, men aldri oversikt over hele området på samme tid. Vi kan snakke om hva vi vet, men ikke alt på en gang. Slik setter ikke kunnskapsformen uartikulerbar (Molander & Terum, 2008). Over har vi sett at all kunnskap kan artikuleres, men i ulike former. En bør ha en differensiert oppfatning om artikulasjon. Kan en ikke artikulere sin kunnskap verbalt, artikuleres den gjennom handlingen. Vi kan ikke si hva vi kan, men vi kan vise det. Den kan til en viss grad beskrives.

”En helsearbeider kan bare i begrenset grad beskrive hva hun opplever når hun føler at en pasient er utrygg. Men hun kan vise at hun vet hva det betyr ved å handle på bestemte måter” (Molander & Terum, 2008, s. 82).

All kunnskap kan bli overført mellom mennesker, men ikke all denne kunnskapen kan overføres ved hjelp av beskrivelser. Gjennom eksempler og styrt instruksjon kan en lære det som ikke lar seg beskrive. Hvis en vil lære aspekter som foregår under handling kreves et auditivt nærvær. Det vil si at en må være til stede og erfare det. Et auditivt nærvær kan altså bidra til at slike kunnskaper overføres. Der kreves et fysisk nærvær. Kritisk granskning av en uartikulert og indeksert kunnskap retter seg mot kvaliteten på han eller hennes utførte handlinger. En sykepleiers kunnskap vil vurderes ut fra kvaliteten på pleien og omsorgen (Molander & Terum, 2008).

4.3 Forståelse av psykisk helse, sykdom og lidelse

Den psykiske helse kan ses på som en prosess der interpersonlige faktorer utvikler seg ved tilpasning til omgivelsene. Psykisk helse som begrep er flertydig og har forbindelser til livskvalitet, lidelse og håp. Kontinuumet helse – uhelse ligger til grunn for det holistiske perspektiv der en tenker at mennesket kan bevege seg mellom disse punktene. Et helhetsperspektiv på disse begreper vil være å se mennesket som dynamisk, mestrende og

tilpasningsdyktig. I det medisinske perspektiv kan det være naturlig å forstå sykdom som det motsatte av helse (Hummelvoll J. K., 2006). Det helhetlige perspektivet søker en forståelse for at mennesket er en helhet der det fysiske, psykososiale og åndelige innvirker ved psykisk sykdom. Det er et skille mellom psykisk sykdom og lidelse. Ordet pasient sier i seg selv noe om sykdomsforståelsen ved at opprinnelsen fra det latinske ordet ”pati” betyr å lide, tåle eller utholde (Snoek & Engedal, 2009). Sykdom og engelske *disease* står for den naturvitenskapelige og objektive perspektiv. Lidelse og engelske *illness* representerer det subjektive, opplevelsese- og erfaringsbaserte perspektiv (Hummelvoll J. K., 2006).

Før 1950-tallet dominerte den medisinske sykdomsmodellen innenfor en helsetjeneste som ofte ble oppfattet som lukket virksomhet. Etter 1950 ble de rådende forståelsesmåtene gjenstand for debatt og en fikk kritiske innspill både fra psykiatrien selv og utenfra, blant annet samfunnsvitere. Felles for de samfunnsvitenskapelige forståelsesmåtene omkring psykiske lidelser er at en ønsker å se fenomenene omkring psykisk lidelse i en sosial og kulturell sammenheng (Norvoll, 2002).

Snoek og Engedal (2009) hevder at tross bred kunnskapsutvikling har vi ikke noen fullgod forklaring på hva psykisk lidelse egentlig er i forhold til de somatiske sykdommene. De mange synsvinkler kan medføre uklare grenser mellom det å være syk eller frisk. Sykdom kan enkelt defineres som en forstyrrelse eller problemer i forhold til menneskets funksjon. Her utelates spørsmålet om det handler om somatiske eller psykiske forhold ved at en retter fokus mot funksjon. Internasjonale diagnosesystemer beskriver i stor grad symptomer som danner inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier i forhold til symptombilde hos pasientgruppen. Denne deskriptive tenkemåten kan imidlertid stille behandleren utenfor pasientens indre liv. Ulike former for avvik av det som normalt forventes i samfunnets vil kunne betegnes som en adferdsforstyrrelse. Dette er en diagnose som kunne stilles avhengig av avvikenens omfang og varighet (ibid).

4.4 Tverrfaglig samarbeid

”Fagene var som størknede korallrev som man stadig skar seg opp på. De er der og kan ikke overses” (Løchen, 1985).

Samfunnets utvikling innebærer spesialisering og differensiering der oppgaver deles. Ved delte oppgaver ligger det et ansvar for å mestre egne oppgaver på en best mulig måte. En slik fordeling av arbeidsoppgaver ses på som fag og funksjonell differensiering og ligger til grunn for det tverrfaglige samarbeidet vi kjenner (Moe, 1998). Tverrfaglig samarbeid synes å være et velkjent begrep innenfor omsorgsarbeidet. Ordet gir positive assosiasjoner og kan gi et inntrykk av at brukeren får et helhetlig tilbud med høy kvalitet. For ansatte kan begrepet gi et inntrykk av at arbeidsmiljøet er åpent og spennende for alle ansatte. Tverrfagligheten kan synes som en nødvendighet der den baserer seg på samfunnets utvikling der vi ser økt grad av spesialiseringer og differensieringer. Helhet og sammenheng kan synes vanskelig å håndtere. Flere faggrupper utgjør det tverrfaglige arbeidet. Hver yrkesutøver representerer et fag med respektive teorier og verdier. Betegnelsen benyttes i forhold arbeidsformen ved ulike oppgaver og ulike nivåer. Tverrfaglig samarbeid baserer seg på at deltakerne representerer ulike etater eller ulike fag. Tverrfaglig samarbeid innenfor samme etat gjør at utøverne i forhold til taushetsplikten har større muligheter til å uteksle informasjon og opplysninger (Lauvås & Lauvås, 2008). Tverrfaglig samarbeid innen samme etat synes nært beslektet med begrepet *interprofesjonelt* samarbeid. Begrepet betegner arbeid der ulike profesjoner nærmer seg hverandre gjennom et grunnlag i utdanningen til å forstå hva tverrfaglig samarbeid går ut på (Gill & Jing, 1995). Gill og Jing (1995) omtaler også det intraprofesjonelle samarbeidet som handler om at innholdet innenfor en profesjon er så stort at det er aktuelt å dele opp i undergrupper. De intraprofesjonelle partene innehar slik en felles bakgrunn og et felles profesjonsperspektiv (Lauvås & Lauvås, 2008).

5. METODE

I dette kapittel presenteres de metodologiske aspektene ved gjennomføringen av foreliggende studie. Jeg vil presentere teori og erfaringsmessige betraktninger i forhold til datainnsamlingsmetode, valg av informanter og selve gjennomføringen av intervjuundersøkelsen. Analyseprosessen beskrives før jeg avrunder kapitlet med noen forskningsetiske betraktninger.

5.1 Design og metodologiske betraktninger

Ut fra gjennomført søk i litteratur presentert i eget kapittel, fremkommer det flere studier som faller inn under aktuelt tema. Omfattende endringer i feltet og egen nysgjerrighet gjør at jeg ønsker å ha en åpen tilnærming der jeg forsøker å forstå og fortolke og ikke forklare. I et vitenskapsteoretisk perspektiv har jeg latt meg inspirere av en kombinasjon av den hermeneutiske og den fenomenologiske tilnærmingen ved at jeg ønsker få en forståelse av, tolke og deretter å beskrive fenomenene de psykiatriske sykepleierne opplever og erfarer fra deres kliniske arbeid. Denne tilnærmingen er beskrevet i metodelitteraturen (Kvale, 1983, Hummelvoll & Barbosa Da Silva, 1996).

Tilnærming til problemområdet innehar en kvalitativ karakter. Metoden bør derfor være egnet til granskning av kvalitativ data og personalets subjektive opplevelse og erfaring. Problemstillingen spør nettopp hvordan den psykiatriske sykepleieren opplever eget bidrag i arbeidet. Metodevalg skal bestemmes av problemstillingen (Friis & Vaglum, 2002). For å få tak i psykiatriske sykepleieres erfaringer ble flere metoder vurdert. For å få tak i data som kan belyse problemstillingen vil jeg gå ut og spørre de det gjelder for innsamling data. Studiens tema retter seg mot de psykiatriske sykepleierens egne erfaringer og opplevelse. Jeg vil nærme meg fagpersonenes opplevelse og forsøke å beskrive denne før funnene diskuteres. En deskriptiv tilnærming er valgt for å bli kjent med mest mulig åpne og nyanserte beskrivelser av deres eget bidrag i arbeidet. Studien innehar et induktivt preg der jeg går relativt åpent frem med ønsket om å undersøke empirien i form av opplevelsen fra hverdagen ved arbeidet på akuttposter. Den induktive tilnærmingen tilsier at jeg videre vil forsøke å utvikle teorier på bakgrunn av det empiriske material (Hellevik, 2003).

Erfaring tilsier at psykiatriske sykepleiere i ulike avdelinger kan ha variert og ulike syn på det faglige arbeidet de utfører. Opplevelse omkring arbeidet og eget bidrag kan således forstås som individuelt betinget. Relevansen ved den kvalitative forskningsmetode kommer frem gjennom at jeg er ute etter personlig opplevelse fra eget arbeid. Fokusgruppeintervju ble vurdert som aktuelt. En ulempe med gruppeintervju kan tenkes å være at en kan miste flere personlige erfaringer og opplevelse avhengig av hvordan stemningen og sammensetningen blir i gruppe intervjuene. En annen utfordring er gjennomførbarhet i forhold tidsbruk og ressurser på de psykiatriske postene. Jeg velger imidlertid å anvende det kvalitative forskningsintervjuet som metode. Ved hjelp av denne metoden vil jeg innhente data direkte fra utøverne som er i klinisk arbeid. Denne metode tenker jeg vil kunne gi mindre inngripen i de ulike avdelingene. Metoden egner seg også til å få ytterligere dybde og grundige refleksjoner omkring spørsmålene (Kvale, 1983).

5.2 Det kvalitative forskningsintervju

Det kvalitative forskningsintervjuet har som mål å legge til rette for en samtale der en får frem respondentens tanker, meninger, holdninger, opplevelse og erfaringer. Kvale (2006) sier at formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å få tak i intervjupersonenes beskrivelser av deres livsverden omkring en konkret problemstilling. I intervjuene ønsket jeg å få frem informasjon som best mulig belyste den aktuelle problemstilling. En forutsetning for at intervjuene utvikler seg til gode diskusjoner og refleksjoner omkring forskerens problemstilling kan være at forskeren har innlevelsessevne og kunnskaper om det tema det forskes på. En viktig del av forskerens arbeid består i å skape en tillitsfull og trygg ramme slik at samtalene blir meningsfulle og fremmer dialogen som likeverdig. En skal ikke identifisere bestemte problem og forsøke å løse dette. En skal derimot ha åpenhet for utforskning av uventede tanker og resonnement og bruke tid til å forfølge disse (ibid).

Vitenskapelig perspektiv på det kvalitative forskerintervjuet synes i litteraturen å fremheves som en fortolkning av menneskers erfaring. Undersøkelsen bygger derfor på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Jeg har dermed latt meg inspirere av den hermeneutisk-fenomenologiske tilnærmingen. Forskningsintervjuet innehar en eksplorativ karakter som kjennetegnes ved åpne utgangspunkt og en begrenset forhåndsdefinert problemstilling (Friis & Vaglum, 2002, Foss & Ellefsen, 2005). Intervjuet

fremkommer i litteraturen som en mye anvendt metode for å finne ut av spesielle fenomener i personers livsverden (Hummelvoll & Barbosa Da Silva, 1996). Metoden er tidlig på 1980-tallet beskrevet og gjort kjent av Kvale (1983) Det teoretiske grunnlaget er utdypet av Chaiklin (1993). Forskningsintervjuet forstår jeg dermed som en relevant metode for granskning av menneskers opplevelse og erfaring.

For ivaretagelse av eventuelle nye og uventede synspunkter og meninger snakker Kvale (2006) om en bevisst naivitet. Den bevisste naivitets hensikt gir følger for intervjuguiden som bør ses på som veiledende fremfor styrende. I henhold til denne naiviteten ønsket jeg gjennom intervjurunden å møte mest mulig forutsetningsløst. Jeg ønsket å være åpen og oppvakt for uventete dreininger i intervjuet slik at jeg kunne forfølge disse ved å stille meg utforskende i forhold til det. Jeg la merke til at ulike personer fremhevet ulik opplevelse i forhold til tilsynelatende like temaer og problemstillinger. Slikt sett synes denne naiviteten å kunne bidra til å bedre få frem det unike ved hvert individ fremfor å farge innholdet i diskusjonene med mine egne erfaringer og forforståelse. Bevisstheten i forhold til egen forforståelse problematiseres i metodelitteraturen. Jeg arbeider selv ved en akuttpsykiatrisk post, men jeg har unngått å gjennomføre intervjuer på eget arbeidssted. Jeg er imidlertid kjent med feltet jeg forsker på. Metodelitteratur argumenterer for at forskeren bør inneha god kjennskap til det felt en forsker på. Et viktig poeng er imidlertid å ha et bevisst forhold til egen forforståelse og hvordan den kan påvirke forståelsen og innholdet i forskningsarbeidet (Kvale, 1984, Fog, 1994).

Før forskningsintervjuene ble gjennomført valgte jeg å utvikle en semistrukturert intervjuguide med spørsmål som kunne få belyst problemstillingen på best mulig måte. Ved forberedelsene til forskningsintervjuene opplevde jeg som forsker en trygghet i å kunne forberede meg til intervjuene. Jeg utviklet noen åpne spørsmål som utgjorde den semisrukturerte intervjuguiden. Denne forberedelsen så jeg på som en måte å sikre best mulig nærhet til studiens problemstilling i perioden jeg gjennomførte forskningsintervjuene. Denne strukturen tilsier likevel at jeg bør benytte de planlagte spørsmålene improvisatorisk i forhold til rekkefølge, og å følge opp nye tråder med nye spørsmål. I litteraturen påpekes det hvordan intervjuet er semistrukturert ved at det verken er en helt fri samtale eller i motsatt fall en helt strukturert samtale med detaljerte spørsmål (Hummelvoll & Barbosa Da Silva, 1996). Intervjuguiden ble utviklet på basis av flere momenter. Sentralt ligger problemstillingen til grunn for guiden. Videre synes litteraturgjennomgangen som sentralt

der jeg fikk et innblikk i liknende studier, hva som var utforsket og hva som trengte ytterligere granskning. Ved litteraturgjennomgangen identifiserte jeg temaer jeg syntes var viktig å stille spørsmål ved og utforske. Litteratursøket ligger i så måte til grunn for både problemstillingen og intervjuguiden. Egen forforståelse representerer forskerens eget syn og viser egen nysgjerrighet. Forforståelsen presenteres i eget kapittel og er i dette tilfellet sentralt i idéfasen ved studien og et viktig moment ved utarbeidelsen av problemstilling og intervjuguide. Det er gjennomført et prøveintervju ved eget arbeidssted. Prøveintervjuet hadde til hensikt å prøve ut og forbedre intervjuguiden. Erfaringene og korte notater fra prøveintervjuet ble tatt med til veileder for diskusjon og vi foretok endringer med bakgrunn i disse.

5.3 Utvalg

Til studien ønsket jeg å innhente data fra et skjønnsmessig utvalg (Hellevik, 2003). Ut fra eget skjønn rekrutterte jeg de jeg trodde best ville kunne belyse problemstillingen. Utvalget er derfor psykiatrisk sykepleiere. Det synes som et fortrinn om de arbeider og har erfaring fra klinisk arbeid i akuttpost slik at de innehar erfaringer og opplevelse fra eget arbeid i posten. Utvalget er i så måte begrenset og kan derfor ikke gi statistiske generaliserbare resultater, men en kan imidlertid forsøke å gi en teoretisk generalisering. En teoretisk generalisering vil innebære forsøk på å dra teoretiske slutninger fra dette begrensede utvalget til det allmenne, hvor dette utvalget er hentet fra. Antall intervjuer skal være så få som mulig, men samtidig så mange som nødvendig (Friis & Vaglum, 2002). I litteraturen omtales også ordet *datametning* som angir det punkt der det ikke fremkommer ny informasjon ved datainnsamlingen. Antall intervjuer avhenger av hvorvidt ny informasjon fremkommer under intervjuene.

Utvalget er psykiatriske sykepleiere ved et utvalg akutt avdelinger ved ulike sykehus på Østlandet. Kriterier for utvalget var minimum et års erfaring fra arbeid som psykiatrisk sykepleier i akuttpsykiatrisk post. Videre kriterium var at arbeidet og erfaringen skulle være fra kliniske arbeid. Det ble til sammen gjennomført åtte intervjuer på to sykehus i mai måned 2010. To menn og fem kvinner i aldersgruppen 25 til 45 år stilte til intervju. Den kliniske erfaringen fra akuttpsykiatrisk post varierte fra et til noe over 20 år. Halvparten av utvalget hadde gjennomført sin spesialisering/videreutdanning før den tverrfaglige videreutdannelsen

trådte i kraft. En slik gruppe vil tenkes å kunne betraktes som homogen i forhold til at det er en profesjon. En vil dermed ikke få frem andre og samarbeidende aktørers synspunkter på problemstillingen. Jeg ønsket imidlertid få frem desto grundigere beskrivelser av denne ene faggruppens opplevelse.

5.4 Gjennomføring

Søknad til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste ble godkjent i februar/mars 2010. I påfølgende periode var min henvendelse til tre ulike psykiatriske sykehus, og forespørsler om forskningsintervjuer, vurdert og godkjent av respektive avdelingssjefer og tilhørende forskningsombudsmenn. Informasjonsskriv og forespørsel ble videresendt av seksjonssjefer til psykiatriske sykepleiere. Videre kunne de selv ta kontakt om det var aktuelt å delta i intervju.

I løpet av mai og juni måned ble jeg kontaktet av interesserte psykiatrisk sykepleiere og åtte intervjuer var gjennomført før juli måned. Intervjuene fant sted på de respektives arbeidsplass og i egne møterom. Ved intervjuene ble det servert kaffe. Intervjuene hadde en varighet på 50 til 70 minutter. Vedlagt intervjuguide ble brukt som støtte og jeg noterte stikkord og korte setninger i løpet av intervjuene. Intervjuene startet med en kort innledning der vi gikk igjennom informasjonsskrivet og jeg mottok et undertegnet eksemplar av min skriftlige forespørsel om deltakelse i intervju.

I perioden før og under gjennomføringen av forskningsintervjuene hadde jeg et fokus på kvalitetskriterier som er beskrevet av Kvale (2006). Innledningsvis i intervjuene var jeg opptatt av å få frem hvordan intervjupersonenes opplevelse var. Både hvordan de opplevde å skulle bli intervjuet og i forhold til hvordan de opplevde sin hverdag i akuttposten. Flere gav uttrykk for at det var godt og nyttig å få satt seg ned og reflektert over eget bidrag og arbeid. Som forsker ønsket jeg å være genuint interessert i hva de intervjuede fortalte. Jeg kommuniserte aktivt tilbake ved å gi oppmerksomhet og svare med nikk, korte kommentarer og utforskende eller oppklarende spørsmål.

Ved intervjusituasjonene ble det brukt en digital diktafon, og det ble gjort korte notater. Disse notatene var nyttige ved analysearbeidet som er beskrevet i neste kapittel ved at jeg

bedre kunne ta hensyn til viktig informasjon som stemmenyanser, ansiktsmimikk og kroppsspråk. Intervjuene ble i etterkant transkribert. Gjennom studietiden ble materialet i form av lydopptak og utskrifter bevart innelåst. Ved studiens avslutning blir utskrifter makulert, og lydopptak og lagrede filer blir slettet.

5.5 Analyse

Hensikt med analysen er å gjøre datamaterialet tilgjengelig for tolkning (Friis & Vaglum, 2002). Ved denne fasen av studien stiller vi altså spørsmålet om hva dataene egentlig forteller om de fenomenene som undersøkelsen skulle kaste lys over. Ved at forskeren blir presentert materialet ved intervjuene starter analysen som prosess allerede ved gjennomføringen av intervjuene (Kvale, 1983).

Analyseprosedyre er beskrevet i vitenskapslitteraturen og virket som støtte på veien fra jeg samlet inn data til funn fremkommer. En foreliggende analyseprosedyre opplevde jeg som en fordel med tanke på at jeg, forskeren, ved foreliggende studie er i en lærings situasjon. Godt samarbeid med veileder fremsto også som en ressurs og har ved denne studien gjort analysearbeidet til en spennende fase av arbeidet. I analysen støttet jeg meg til den kvalitative innholdsanalysen beskrevet av Graneheim og Lundmann (2004).

Analysemetoden gir en oversikt over viktige trinn i analyseprosessen. Metoden er empirisk orientert og innehar en eksplorativ tilnærming, og synes derfor å egne seg til utforskning av det empiriske materiell jeg belyser. Analysen tar tak i innholdsaspektene og beskriver det synlige og det opplagte. Metoden egner seg til å få frem forklaringer på hva teksten inneholder, og en tar også høyde for å granske tekstens latente innhold i form av underliggende meninger som ikke kommer eksplisitt til uttrykk ved intervjuene. Ut fra Graneheim og Lundmanns (2004) fremstilling av kvalitativ innholdsanalyse vil under vise hvordan analysearbeidet gikk for seg:

Første trinn besto i å lese igjennom materialet noen ganger for å få en helhetsforståelse. Innhentede materiale som besto av lydopptak ble omgjort til tekster som jeg kunne analysere. Essensen ble ført sammen til en tekst som utgjorde enheten til analysen. Jeg har selv gjennomført arbeidet med transkriberingen. Ved arbeidet fikk jeg gjenopplevd intervjuene og jeg ble oppmerksom på nye ting som hendte under intervjuene. Jeg fikk også ytterligere

tanker om tolkningen og gjorde ytterligere noteringer. Litteraturen fremhever fortrinnet ved at forskeren selv bearbeider materialet for best mulig nærhet og forståelse (Dalland, 2000).

Trinn to besto i å dele teksten i meningsbærende enheter. Arbeidet var omfattende og krevende fordi råmaterialet fremsto ustrukturert og mangfoldig. Arbeidet besto i å lage en oversikt over hva materialet egentlig handlet om, før jeg videre kunne løfte frem enkelte temaer i en fortellende og beskrivende tekst jamfør metodelitteraturen (Malterud, 1996). Erfaring fra dette arbeidet tilsier at det forøvrig kan fremstå som umulig å følge en entydig oppskrift på hvordan denne delen av forskningsarbeidet bør struktureres. Hoveddelen av arbeidet ble gjennomført på datamaskin med hjelp av tabeller hvor jeg samlet meningsfortetninger i henhold til valgt analysemetode. Til stor hjelp var det likevel å skrive materialet ut hvor jeg fikk se og sortere meningsfortetningene på en stor bordflate. Det samlede materialet fremsto dermed mer oversiktlig og håndterbart.

Tredje trinn handler om å kondensere de meningsbærende enhetene. Arkene ble klippet opp og jeg satt etter hvert med koder basert på de kondenserte meningsenhetene. Ved denne del foretok jeg en reduksjon, fokusering, forenkling, abstraksjon og omforming av materialet slik at jeg sto igjen med koder som gav meg en bedre oversikt og fortalte meningsinnholdet. Denne dekontekstualiseringen utgjør på denne måten første del av analyseprosessen før en videre ser det dekontekstualiserte materialet opp mot sammenhengen og helheten det ble hentet ut fra (Malterud, 1996). Fjerde trinn består i å sortere, organisere og søken etter en ny abstrahert helhetsforståelse. Ved trinn fire sammenliknes de ulike kodene basert på forskjeller og likheter og de ble sortert i subkategorier og kategorier. Ved denne fasen opplevde jeg drøftinger med veileder som viktig. Arbeidet ble tatt med til veileder for drøfting og diskusjon med fokus på eventuell revisjon av kategoriene og underkategoriene slik det fremkommer i litteratur vedrørende kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundmann, 2004). Malterud (1996) forteller hvordan vi kan løfte ut deler av stoffet og se nærmere på det for sammenlikning med andre deler av stoffet. Jeg fikk øye på sammenfallende elementer og jeg oppdaget nye elementer ved stoffet. Ved diskusjon over koder, subkategorier og kategorier nærmet vi oss også materialets temaer. Trinnet består av at prosessen igjen nærmer seg sammenhengen og helheten. Jeg ønsket tidlig i analyseprosessen å se helheten. Ved å veksle mellom helheten og de abstraherte delene, forsøkte jeg å få frem essensen i det empiriske materialet. Malterud (1996) beskriver at en slik validerer delene i forhold til helheten. Denne rekontekstualiseringen synes derfor som en

viktig del av arbeidet for å hindre at materialets innhold blir redusert og for å sikre kontakten til intervjupersonenes fremstillinger og virkelighet (Malterud, 1996).

5.6 Forskningsetiske betraktninger

Etiske refleksjoner foretas fortløpende gjennom studien. Under fokuserer jeg først på forholdet til informantene for videre å gjøre en betraktning over studiens nytteverdi.

Studien retter seg mot voksne, samtykkekompetente ansatte på sykehus og trenger derfor ikke godkjenning fra Regional Etisk Komité (REK). Dette er avklart gjennom mail henvendelse til REK og med veileder. Godkjenning ble innhentet fra Norges Statistiske Datatjeneste (NSD). Støtte til gjennomføringen av forskningsintervjuer ble også innhentet fra avdelingsledere og forskningsombud ved respektive sykehus jeg besøkte. Henvendelsen til de enkelte psykiatriske sykepleierne ble basert på skriftlig informert samtykke. Det vil si at de på bakgrunn av skriftlig informasjon sto frivillig i forhold til å samtykke. Det ble informert om at deltagelsen var frivillig og at en når som helst kunne trekke seg.

Forskningsarbeidet tok hensyn til informantenes rettigheter og sikkerhet. Retten til konfidensialitet ble sikret gjennom sikker oppbevaring ved å låse ned materialet. Ved studiens slutt vil innholdet være anonymisert og data vil ikke kunne føres tilbake til den enkelte informant. Som tidligere nevnt vil intervjudata slettes og utskrifter makuleres ved studiens slutt.

Studiens relevans og nytteverdi fremkommer gjennom litteraturgjennomgang.

Litteraturgjennomgang viser at psykiatriske sykepleiere arbeider under forhold som har vært og er gjenstand for utvikling og omstilling. Det fremkommer også endringer ved profesjonens utdanning der fokus har dreid seg mer mot det tverrfaglige fremfor det spesielle ved psykiatrisk sykepleie. Forskning viser også at arbeidet ved de psykiatriske akuttpostene innehar et hektisk preg som påvirker innholdet ved det kliniske arbeidet.

Hvordan nevnte funn gir konsekvenser for fagprofesjonens hverdagslige arbeid fremkommer delvis ved forskning, men synes å inneha behov for ytterligere belysning. Videre utforskning av et delvis uavklart område tolker jeg som å ta et vitenskapelig ansvar (Kvale, 2006).

5.7 Generaliserbarhet, reliabilitet og validitet

Kvalitative studier baserer seg på et begrenset utvalg informanter og vil derfor ikke kunne representere hele populasjonen psykiatriske sykepleiere (Kristoffersen, 1998). Denne metode egner seg bedre til å granske dybden innenfor et tema når en ønsker å forstå et fenomen (Kvale, 2006). Som beskrevet i den metodologiske tilnærmingen har jeg gjennom en fenomenologisk inspirert beskrivelse og en hermeneutisk tolkning forsøkt å løfte funnene til et teoretisk nivå. Studiens funn kan på denne måte også få betydning og nytte også utover det konkrete forskningsfelt. Jeg håper at studien vil fremheve og belyse psykiatriske sykepleieres bidrag og kunne bidra til diskusjon for videre utvikling.

Reliabilitet sikter til undersøkelsens kvalitet og om resultatene kan stoles på. Som forsker kan en ved et slikt kvalitativt studie si at jeg selv er instrumentet (Kvale, 2006). Med dette forstår jeg at prosessen som studien har vært med tanke på forberedelser og gjennomføring ligger til grunn for studiens reliabilitet. Jeg er uerfaren med forskningsarbeid og veien har derfor blitt til underveis. Min veileder har imidlertid lang erfaring, og har vært en støtte i arbeidet. Jeg anser god tid, og engasjement til å dvele ved de forskjellige fasene ved studien, som positivt for studiens kvalitet. Manglende erfaring har nok gjort ferden gjennom studien mer kronglete og tidkrevende, men jeg tilskriver dette som en del av læresituasjonen og utdannelsen.

Friis og Vaglum (2002) beskriver hvordan studiers gyldighet er relatert til spørsmålet om undersøkelsen måler det en ønsker å måle. Angående dette spørsmålet brukes begrepet validitet som knyttes til hele gjennomføringen av studien. Det siktes her til metodevalg, utvalgets troverdighet, forskerens kompetanse, kvalitet på analyse og sluttproduktet i form av en rapport. En intersubjektiv validering kan forstås som en konsensus mellom forsker og informant. Fremstillingens nøyaktighet og objektivitet i en kunnskapsteoretisk sammenheng vil ha betydning for studiens validitet (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996).

Utvalgsriteriene for studiens utvalg sikret at de jeg intervjuet kunne besvare studiens spørsmål. Selv har jeg noen års erfaring fra tilsvarende klinisk arbeid ved annet sykehus og innehar dermed en forforståelse beskrevet i eget kapittel. En intersubjektiv validitet ble sikret i diskusjonene der jeg gjerne oppsummerte hva jeg hadde forstått ut fra informantenes fortellinger. I tillegg stilte jeg spørsmål underveis i intervjuene for å sikre at min forståelse

var nærmest mulig informantens. Kommunikativ validering dreier rundt dialogen ved intervjusituasjonene. Gyldig kunnskap kommer frem når motstridende påstander diskuteres i en dialog (Kvale, 2006). Kvale beskriver hvordan tolkningen av intervjuene kan fremskaffe emner og forhold som er hentet fra intervjusituasjonene, men som går utover informantens forståelse ved selve intervjuet. Dialogen under intervjuene ligger dermed til grunn for den kommunikative validiteten. Min erfaring fra intervjuene er at dialogen innehar en sentral plass ved forskningsintervjuene. Gjennom en tilbakelemt posisjon samtidig som jeg viste interesse for informantens fortellinger syntes dialogene som fruktbare møter. Flere gav tilbakemelding på at intervjuet var lærerikt og nyttig ved at en virkelig satte seg ned og reflekterte omkring informantens eget bidrag. Jeg gav informantene mye rom og tid samtidig som dialogen hadde en god flyt. Min opplevelse er at datamaterialet inneholder flere erfaringer og historier og gir et rikt bilde av psykiatriske sykepleieres bidrag fra arbeidet ved akuttposter.

6. PRESENTASJON AV FUNN

De psykiatriske sykepleiernes skildringer gjennom intervjuene fremstilles oppsummert i tabell 1. Med bakgrunn i materialet er det definert to temaer. Første tema har et kontekstuellet uttrykk og omhandler arbeidssituasjonen. Det andre temaet dreier seg mer rundt hvordan arbeidet oppleves med tanke på dets innhold der en opplevde nærhet eller avstand til pasienten. Med bakgrunn i disse tema ble det utviklet fem kategorier som til sammen gav 11 underkategorier. Disse blir utdypet i det påfølgende.

Tema:	Kategori:	Underkategori:	Sitat:
Hverdagens slit	Mangefasettert	Allrounder	"Jeg fungerer som en potet på en måte. Jeg brukes til alt. Serverer mat, vasker rom..."
		Variert arbeid	"... kan du jo bli satt til å ha medisiner, eller hvis det ikke er noen ansvarsvakt på jobb så kan du jo ha det, eller du kan være ute i miljøet kombinert med medisiner, eller man kan ha en dag inne på skjerm"
	Tidspress	Ikke nok tid	"I dag så kjenner jeg at jeg synes det er vanskelig fordi jeg ikke har nok tid. Jeg har ikke nok tid til å skulle ha ansvar for medisiner, en student, en pasient som skal skrives ut og en annen pasient. Det burde vært skrevet en sykepleie epikrise, og det burde vært bestilt medisiner..."
		Stykkevis og delt arbeid	"Er på jobb i en uforutsigbar tid, slik at det blir litt vanskelig å gjennomføre en forutsigbar behandlingsplan..."
	Utvisket	Faglig utydelighet	"... jeg savner flere psykiatriske sykepleiere hvor jeg kunne diskutere litt mer med. Jeg føler jeg ikke får utbytte av det her fordi jeg ikke blir forstått..."
		Faglig stagnasjon	"Jeg har erfaring det har jeg, klarer mye mer nå en da jeg var nyutdannet, det kan jeg si, men jeg føler på en måte at jeg har stoppet opp, at jeg ikke får bygd meg videre..."
Pasientarbeid	Avstand til pasient	Administrativt arbeid	"... ansvaret for hele vekten, for organisering av den, for strukturering av vekten, for oversikt over når du skal ha samtale..."
		Økende avstand til pasient	"... avstanden mellom meg og pasienten blir lengre og lengre..."
	Profesjonell nærhet til pasient	Observerende nærvær	"... vi bruker mer tid sammen med pasienten og observerer pasienten i ulike situasjoner."
		Kunnskap om kroppen	"Vi kan se at folk som ikke tar vandrivende får så mye væske i kroppen at de kan få hjerteproblemer i verste fall ikke sant."
		Tøft å stå i	"... å vaske blod en hel vakt. Da sitter jeg med en følelse av hjelpeløshet."

Tabell 1 viser oversikt over tema, kategorier, underkategorier og sitater basert på analysen etter forskningsintervjuer.

De intervjuede reflekterte over sitt bidrag i samspill med kolleger og i forhold til møtet med pasienten. Samtlige gav et inntrykk av at hverdagen var travel og at eget arbeid bestod av mange, og varierte oppgaver. En opplevde å være allsidig ved at en kunne bidra med både praktiske gjøremål og oppgaver med mindre og større faglig og klinisk relevans. Noen synes eget bidrag virker utydelig og at det var vanskelig å synliggjøre sin fagspesialitet i det tverrfaglige arbeidet og noen var svært kritiske til innholdet i det samlede arbeidet ved institusjonen. Samlet sett synes det pasientnære arbeidet å være det som oppleves som spennende og faglig utfordrende. En har mulighet til å tilbringe mye tid sammen med pasient og dermed bidra med mengder med observasjoner som vil kunne være nyttig for det samlede pasientarbeidet. I kraft av å være sykepleier med videreutdanning var det flere som fortalte om økende avstand til pasient ved at en pådro seg arbeid av mer administrativ karakter. Flere hadde ofte rollen som ”vaktansvarlig” som innebar at en ikke hadde direkte pasientkontakt. Analysen viser sammenfallende og tydelig fremtredende opplevelse, men også variasjonen og noen mer personlige erfaringer.

6.1 Mangefassetert

I perioden jeg gjennomførte forskningsintervjuene fikk jeg en økende erkjennelse av at de jeg snakker med er fleksible og arbeidsomme. Hverdagene inneholdt allsidige og varierte arbeidsoppgaver og de ulike fortellingene fortønet seg forskjellig. Eget bidrag oppleves som allsidig og innebærer en oppfatning av at arbeidet inneholder flere arbeidsoppgaver som ikke krever spesiell kompetanse. Det fremkom en del frustrasjoner omkring oppgaver om tilsynelatende opplevdes som meningsløse. Samtidig oppleves arbeidet som variert i forhold til at en også gjennomfører ulike arbeidsoppgaver og løser ulike funksjoner som setter krav til den utdanningen en har som spesialsykepleier.

6.1.1 Allrounder

Poteten som en kroppsliggjort metafor er velkjent. I dette tilfelle benyttes metaforen når en betegner egen opplevelse av eget bidrag i arbeidet.

”Jeg fungerer som en potet på en måte. Jeg brukes til alt. Serverer mat, vasker rom, deler ut medisiner, medisinerer pasient som må ha sprøyter med tvang, blir brukt til alt”.

Sitatet viser hvordan en jeg intervjuet uttrykket sin forståelse av at hun arbeidet allsidig. Gjentakelsen av at hun blir brukt til alt kan vise en frustrasjon over situasjonen der en settes til å gjøre forefallent arbeid og der en ikke opplever seg selv som selvstendig i arbeidssituasjonen. Ved mange av oppgavene det fortelles om kommer det frem en opplevelse av at egen spesialkompetanse ikke benyttes i arbeidet. En gjennomfører arbeid som de intervjuede vanskelig relaterer til faglig og klinisk arbeid og krav til kompetanse. Om flere av egne arbeidsoppgaver kommenteres det *”det kan hvem som helst gjøre, det er ikke nødvendigvis en sykepleie oppgave”*. Opplevelsen av å være den som ofte gjennomfører forefallent arbeid trer frem gjennom noen av intervjuene. Ved fravær av andre profesjoner virker det naturlig at en overtar arbeidet i den grad det er gjennomførbart, og gjør en innsats i forhold til å dekke behovet. *”Hvis sosionomen ikke er til stede er det vi som hjelper til med å ta kontakt med nav og sosiale tjenester”*. Sitatet viser hvordan det oppleves som en selvfølge å ta over andres arbeid der pasienten har behov for det.

Flere jeg intervjuet fortalte om et engasjement i forhold til å ta på seg ekstra arbeidsoppgaver. Tid går med til å ta imot studenter fra grunnutdanningen og fra videreutdanningen og å være kontaktsykepleiere for dem i perioder. En opplever at det tar tid og at det krever engasjement for å kunne gi studentene en god praksis avvikling. Å følge sykepleiestudenter gav samtidig krav til egen refleksjon over faglig praksis og en opplevde studentsituasjonene som lærerike. En jeg intervjuet brukte tid til å ivareta nyansatte og til å holde personalgruppen oppdatert i forhold til hjerte og lungeredning. En annen brukte tid til å holde personalgruppen oppdatert i forhold til fysisk konflikthåndtering og beredskap i forhold til fare for fysiske utageringer i posten. Egne arbeidsoppgaver kunne også være utvikling og opplæring i forhold til sykepleiedokumentasjon eller annet relevant innhold. Også brannvern ble nevnt som en egen arbeidsoppgave en kunne ha ansvar for. Når vi snakket om de ulike arbeidsoppgavene kom det frem en forståelse av at flere av disse oppgavene en tok på seg ikke innebar noen krav om utdanning eller kompetanse. *”... så gjør jeg litt administrative oppgaver som brann og andre ting som egentlig hvem som helst kunne gjøre”*. En forstod dette som generelle arbeidsoppgaver en hadde tatt på seg, men som egentlig hvem som helst kunne gjennomført.

6.1.2 Variert arbeid

Det mangfoldige arbeidet kommer frem gjennom denne allsidigheten, men også ved en variasjon der en snakker om flere oppgaver og funksjoner med større profesjonsmessig og faglig relevans. En opplever at en er *"overalt"* og at en om hverandre gjennomfører sentrale oppgaver som administrering av medikamenter, ansvarsvakt eller vakt på skjermet avsnitt. Arbeidssituasjonen oppleves derfor som variert og de ulike dagene er sjelden like. Arbeidsoppgavene kan inneha en stor variasjon og de ulike dagene på arbeid kan oppleves svært forskjellig.

Noen oppgaver er forbeholdt sykepleiere eller psykiatriske sykepleiere. *"Jeg vet jo at i posten her så er de opptatt av at det er sykepleierne som bør ha ansvarsvakta, og det er jeg for så vidt enig i på en måte"*. Det fremkommer en konsensus for at det bør være sykepleier eller psykiatrisk sykepleier som fungerer som vaktansvarlig sykepleier. Begrunnelsene for dette dreier seg om at oppgaven krever faglig tyngde og god erfaring fra virksomheten. Samtidig som en blir satt til noen forbeholdte oppgaver ventes det noen steder at en også bidrar med mer generelle oppgaver. *"Jeg har ofte avdelingen. Eller så har jeg medisiner, samtidig som jeg har pasienter som jeg også har når jeg har avdelingen og skal ha den fulle oversikten"*. Noen opplever at det kan bli mange oppgaver og at arbeidsbelastningen blir for stor. Mange arbeidsoppgaver synes å bidra til frustrasjon og en opplevelse av at det kan bli for mye.

En åpenhet for variert arbeid gir også en oppfattelse av at sykepleierne innehar en variert arbeidserfaring. Som psykiatrisk sykepleier fremkommer det en forståelse av at en ofte hadde en variert erfaring fra ulike deler og ulike nivåer innenfor helsevesenet. Eksempelvis kunne en ha erfaring fra arbeid i kommunehelsetjenesten og dermed være godt kjent med tilbudene ved de ulike områdene. Slik sett kunne en ha bedre oversikt enn sosionom og derfor kunne bidra likt. Gjennom erfaring fra sykehus, distriktpsikiatriske sentere og poliklinikken har en gjerne bred erfaring i forhold til hva som foregår på de ulike stedene og foreksempel i forhold til medikamenter, bivirkninger og doseringer. Det fremkom også erfaring fra arbeid som leder. *"... psykiatriske sykepleiere kan ha en del ulike erfaringer fra feltet og de kan ofte mene noe om absolutt alt"*. Gjennom de ulike erfaringene mente en at en kunne noe om alt og dermed mene noe om alt. Slik kunne psykiatriske sykepleiere være en svært aktiv part i det tverrfaglige samarbeidet. Ved et intervju ble det reflektert over om

sykepleiernes erfaringsmessige og praktiske åpenhet for variasjon kunne ha betydning for det tverrfaglige samarbeidet. Det ble stilt spørsmålsteget ved om sykepleierne kunne tendere mot å være tverrfaglige fremfor å yte sitt bidrag til et tverrfaglig samlet arbeid.

6.2 Tidspress

Jeg ble kjent med at hverdagene var travle og kunne oppleves som hektiske. Opplevelse av eget bidrag bar preg av den hektiske og til tider uforutsigbare hverdagen som gav direkte innvirkninger på eget arbeid. Den travle hverdagen synes som en faktor i forhold til at noen følte de ikke fikk utviklet seg faglig eller gjennomført arbeidet med tilstrekkelig faglig fokus. Noen følte seg alene og at de hadde stoppet opp i sin faglige utvikling på grunn av manglende ressurser i form av tid og rom.

6.2.1 Ikke tid nok

”Du står og trækker i vann og du kommer ikke noe videre for du må vente på behandlersamtale der en venter på å få tatt en telefon, så kommer en ikke videre før klokken 14.00 i ettermiddag. Så skal en skrive rapport før klokken 15.00 og så er dagen over 15.30”.

Arbeidshverdagen oppleves som hektisk. De mange arbeidsoppgavene kombinert med det faktum at møtetidspunkter skal passe for flere fagpersoner og pasient bidrar til at behandlingen kan ta tid. Sitatet over viser hvordan en opplever frustrasjon i den travle hverdagen. En hektisk hverdag kommer frem i fortellingene der det synes vanskelig å få tid og rom til å sette seg ned uforstyrret. En fortalt om at tiden ikke strakk til når hun forsøkte å ta vare på pasient, skrive ut en pasient, ha ansvaret for medisinene og utdeling av disse og veilede en student. Flere arbeidsoppgaver kan føre til at en mister beredskap til uforutsette hendelser eller nyinnlagt pasienter og gå ut over kontinuiteten i pasientkontakten. Mangel på tid gjør at en ikke får gjort det en mener en bør gjøre. Eksempelvis får en ikke skrevet sykepleienotat ved utskrivelse eller overføring. Ved å være psykiatrisk sykepleier ble det ved arbeidsstedet forventet at en tok ansvarsvakt eller administrering av medikamenter. Hvis en i tillegg var kontakt for pasienter syntes oppgaven stor og en opplevde å ta på seg for mange arbeidsoppgaver.

De ulike faggruppene arbeider også i en travel hverdag. Å finne et tidspunkt som passer for alle både sykepleieren, legen, sosionomen og ergoterapeuten synes å kunne være en utfordring eller hinder. Møtepunktet en bruker i størst grad er morgenrapporten eller behandlingsmøte en gjennomfører tidlig på arbeidsdagen og hvor alle faggruppene er samlet. Å møtes igjen for ytterligere diskusjon synes for mange å være vanskelig. Den hektiske hverdagen gjør det altså vanskelig å komme i dialog med pasientens behandler. ”... og hvis vi først er på jobb samtidig, når skal vi ha tid til å sette oss ned ordentlig?” Tid og rom fremkommer som mangelvare og dermed som utfordrende faktor i forhold til å få satt seg ordentlig ned for diskusjon. Flere opplever at det er vanskelig å sitte uforstyrret og at eventuelle diskusjoner og drøftinger med fagfeller eller andre faggrupper blir forstyrret eller avbrutt. Også under noen av intervjuene merket vi den hektiske hverdagen ved at vi ble avbrutt ved noen anledninger.

6.2.2 Stykkevis og delt arbeid

Et annet aspekt som bidrar til utfordringer i arbeidet er opplevelsen av uforutsigbarhet og diskontinuitet den ujevne arbeidstiden bringer. Eget bidrag oppleves å være oppstykket i forhold til den samlede behandlingen gjennom et behandlingsforløp. Ved å miste kontakten med pasientens behandler i noen dager oppfatter flere at man er i fare for å miste dialogen med behandleren vedrørende pasient. Det fremkommer ulike erfaringer omkring samarbeidet med andre faggrupper, men arbeidstid fremkommer som en faktor som gir utfordringer i forhold til å lykkes med samarbeidet. ”Det er utfordrende at vi går i turnus, og at legene går i turnus, på grunn av kontinuiteten rundt behandlingen av pasientene”. Under intervjuene fortelles det om at det er vanskelig å få satt seg ned med pasientens behandler og andre relevante faggrupper for diskusjon om behandlingen.

Uforutsigbarheten en opplever ved turnusarbeidet synes også å ha innvirkning på pasientene. Flere opplever å ha ansvar for pasienter som en i praksis ikke får anledning til å følge opp som en ønsker. Ved at en er på arbeid til varierte tider kan det gå tid før en kommer i kontakt med sine pasienter. Flere opplever også at situasjonen på posten tilsier at en må gjøre andre arbeidsoppgaver og dermed ikke kommer i kontakt med sine pasienter. Ved eventuelt en fordypning rundt pasient har en dermed ikke god kjennskap til pasient og en har derfor lite å bidra med til behandleren eller behandlingen. Ved å sitte en dag på skjermet avsnitt får en ikke alltid tid og anledning til å delta i behandlingsmøter eller å komme i kontakt med

behandler. Ved slike tilfeller opplever en at en ikke får satt seg inn i pasientens situasjon og gjort et klinisk arbeid utover det å sitte på skjermene avsnitt og gjennomføre vaktholdet. Når en ikke får anledning til å arbeide med sine primærpasienter, delta i behandlingsmøter og drøfte behandlingen med behandleren oppfatter flere at behandlingsplanen ikke vil være til nytte i praksis. Flere opplever at behandlingsplaner ikke samsvarer med pasientens progresjon. Det kan også være manglende samsvar mellom sykepleierens tanker om behandling og hva behandleren tenker. Pasientforløpene foregår ofte fort og en opplever at det kan være vanskelig å komme i dialog med behandler for etablering og videreføring av en behandlingsplan. Under intervjuene kommer det frem refleksjoner rundt det kliniske arbeidet og en tenker at det kanskje bør organiseres på en annen måte slik at en oppnår bedre kontinuitet i behandlingen og det tverrfaglige samarbeidet. Bedre kontinuitet i arbeidet forbindes med økt kvalitet i tilbudet til pasientene.

Å holde en dialog i gang med andre faggrupper under pasientforløpet synes vanskelig. Ved gjennomføring av pasientensamtale forsøker flere å ta en kort samtale med behandler før og etter pasientensamtalen for å få en felles forståelse av fokus og videre plan. Det fortelles om at det imidlertid er vanskelig å få gjennomført flere samtaler gjennom samme behandlingsforløp med de samme aktørene. Oftest vil behandleren gjennomføre flere samtaler med pasient i løpet av behandlingsforløpet med ulike dagskontakter. Kontinuiteten i dialogen vil derfor lide og flere opplever at de ikke føler seg involverte i samtalen og behandlingen som initieres av behandleren. En erkjenner samtidig at det synes vanskelig for behandleren å måtte forholde seg til mange ulike kolleger i arbeidet rundt samme pasient. Viktig informasjon og observasjoner vil ved flere tilfeller ikke nå frem og utveksles med behandler.

6.3 Utvasket

Flere forteller om en hverdag der det ikke er tid til faglig refleksjon. Et resultat av dette synes å bidra til usikkerhet omkring egen praksis og en opplevelse av at eget bidrag blir utydelig for en selv og andre. Det fortelles også om en kritisk holdning til eget bidrag som begrunnes med mangel på tydelighet og faglig fokus.

6.3.1 Utydelig

Når vi snakket om det hverdagslige arbeidet kom det hos noen frem en oppfattelse av at eget bidrag virket utydelig med uklare grenser. Det ble snakket om at en har mange ulike arbeidsoppgaver og flere av disse ikke innebar noen spesielle krav til kunnskap eller kompetanse. Eget bidrag oppleves som utydelig ved at en føler en er alene og ved at en ikke fokuserer tilstrekkelig på eget fag. *”Det negative er at jeg savner flere psykiatriske sykepleiere som jeg kunne diskutere litt mere med”*. Noen av de intervjuede fortalte at de følte seg alene både bokstavelig talt i form av at det var få eller ingen psykiatriske sykepleiere ved arbeidsstedet.

Ved diskusjoner med ufaglærte eller andre faggrupper opplever en ikke å bli forstått. Gjennom typiske arbeidsoppgaver en får som psykiatriske sykepleiere kommer en gjerne i en posisjon der en støtter og veileder annet personale som arbeider i miljøet. En opplever å måtte håndtere utfordringer selv og at en ikke får veiledning. Ved å være alene opplever noen en usikkerhet i forhold praksisen, behandlingen av pasienter og i forhold til de mer administrative arbeidsoppgavene som følger ved å være ansvarsvakt.

”Jeg har erfaring det har jeg, klarer mye mer nå en da jeg var nyutdannet, men jeg føler på en måte at jeg har stoppet opp, at jeg ikke får bygd meg videre. Få faglige påfyll og faglige ting. I stedet for å gå hjem og lure på om det jeg har gjort er bra eller riktig?”

Flere opplever manglende ressurser og mangel på personale med relevant utdanning. En jobber i perioder likestilt med ekstravakter og ufaglærte og flere skulle ønske det var flere med relevant utdanning i arbeidet. Grad av faglærte i praksis ses i sammenheng med kvaliteten på behandlingen. Manglende artikulering av eget bidrag synes å gi bidraget en utydelighet.

”Vi har jo en stor andel ekstravakter, ufaglærte. Jeg skulle ønske det var lagt opp til bedre bemanning av fagkompetente. Fordi det er så viktig. Jo bedre behandling pasientene får døgnet rundt, jo fortere frisk. Ikke det at ekstravakter gjør en dårlig jobb, absolutt ikke, mange av dem er kjempeflinke. Men de har ikke den faglige

kompetansen og kunnskapen, og det er viktig for å kunne rapportere riktig tilbake til lege og psykolog og sånn”.

6.3.2 Føler jeg har stoppet opp

Mangel på veiledning og fagfellediskusjoner fører også til en opplevelse av at en stopper opp. En føler usikkerhet omkring egen praksis og en stiller seg selv kritiske spørsmål og er usikker på om det en gjør er god praksis. En forteller hun etter hvert har fått lang erfaring fra praksis, men opplever likevel en følelse av stagnasjon i forhold til fagutvikling og nytenkning. En opplever at lite fokus på utdanning eller fagutvikling over tid gir et lite utviklet tilbud til pasientene. Eget bidrag opplever som mangelfullt og lite oppdatert.

”det er mange som jobber i lang tid og kanskje lengre en meg og de har ikke gått noen videre skole. Og de er veldig fastgrodd på regler. De vil heller ha enda strammere regler, enda hardere. Og hvis jeg da i tillegg går og bryter en liten regel, da blir de sjokkert, jeg har fått pepper for det. At jeg kunne gjøre det som har jobbet så lenge her. Da ser de nyansatte at jeg gjorde det og da gjør de også det. Dette er et veldig vanskelig og ømfintlig tema”.

Under intervjuene kommer noen selvkritiske refleksjoner frem. Det fremkommer en opplevelse av at vi jobber konservativt der de sikter til holdninger, rutiner, regler og tvangsbruk. Det finnes også en opplevelse av at vi oppbevarer pasienter fremfor å gi de et godt innhold i behandlingen. Sitatet over viser at det kan være vanskelig å reflektere på en selvkritisk måte på arbeidsplassen. Å tenke nytt fremfor å velge det vi kjenner fra før kan oppleves som en sjanse og ta i praksissituasjoner. Hensyn i forhold til pasient og kolleger kan bidra til konflikt og en oppfatter nytenkning og selvkritisk tenkning som et ømtålig område. En sykepleier forteler: *”Vi må tåle litt mer og stå i det. Vi må se litt mer på hva det er vi gjør, hvorfor vi gjør det. Vi er lite individualrettet på hver pasient”.* En er også selvkritisk til hvordan en ser på pasientene og hvordan behandlingen foregår. *”En schizofren er ikke lik en annen schizofren. Vi tar alle schizofrene under et også gir vi dem lik behandling”.* Rutiner og regler forbindes med en konservativ måte å tenke på i forhold til behandling. Også bruk av tvang og tvangsmidler kommer frem som et kritikkverdige element. En er kritisk til det tilbudet pasientene møter. En omtaler det slik: *”det er inn, medisiner og*

fort ut”. I forhold til behandlingen opplever en at vi ligger langt tilbake i tid og at vi trenger å se litt på miljøterapien i forhold til hva den inneholder.

6.4 Avstand til pasient

En annen kategori handler om avstand til pasient. Administrative oppgaver gir en følelse av at eget arbeid får en økende avstand til pasient og det kliniske pasientnære arbeidet. Arbeidet bidrar til at en ikke er i direkte kontakt med pasient, men at en føler en hjelper pasient ved å støtte kolleger som har pasientkontakt.

6.4.1 Administrativt arbeid

I forklaringene på hva arbeidet i praksis inneholdt fremkom det at de ofte var leder for den daglige driften eller på andre måter hadde roller med stor grad av administrerende, koordinerende og ledende oppgaver. Det ligger en forventning om at det er sykepleier eller psykiatrisk sykepleier som innehar ansvarsvakt eller rollen som vaktansvarlig sykepleier. Arbeidet kunne bestå i å lede rapportsesjonene og å fordele pasienter og personale for kommende arbeidsdag. En informant forteller det slik:

”Vaktansvarlig er den som har ansvaret for hele vekten, for organisering av den, for strukturering av vekten, for oversikt over når du skal ha samtale, hvilke aktiviteter som skal være, hvem som er utendørs, hvem som er innendørs, når folk kan ha pauser. Ja fulle og hele oversiktlige ansvar, vaktansvarlig har helt alene en administrativ stilling den dagen”.

En fungerer som ordfører under behandlingsmøtene og sørger for at en får drøftet omkring alle pasientene som er inneliggende. Eget bidrag innebærer krav om kunnskaper om alle inneliggende pasienter både i forhold til hva som tidligere er rapportert og i forhold til planer videre. I kraft av å ha en rolle som daglig ansvarsvakt beskrives det at det forventes at en har oversikt over hele pasientgruppen og at en kan gi oppdatert klinisk informasjon til behandlere eller øvrig miljøpersonale.

”Også er det behandlingsmøtet, da sitter vi en time. Og da går vi gjennom alle pasientene og hvordan de har vært i det siste. Da får vi spørsmål fra legene og da skal

jeg fortelle litt kort om det. Da må jeg være kjent med alle sammen. Ha oversikt over alle sammen”.

Arbeidet oppleves som stort og krevende. Flere føler det kreves god erfaring før en tar oppgaven som vaktansvarlig sykepleier. Sitatet over viser hvordan en ser det som en selvfølgelighet at en har oversikt over alle pasientene og kan gi en kort redegjørelse for de under behandlingsmøtet. I forhold til arbeidet forteller en:

”Det er en oppgave som bare de faste sykepleierne får, og som ofte om de er nyansatte tar det en god tid før de får være vaktansvarlig sykepleier. Både fordi de skal få litt erfaring og kjenne hvordan miljøet fungerer, men også for at mange føler at det er en så stor oppgave at de vil ha denne erfaringen før de påtar seg en så stor oppgave”.

Det koordinerende bidraget viste seg ved at en samarbeidet med vakthavende lege om mottak av nye pasienter og koordinerte miljøpersonal slik at nye pasienter fikk best mulig oppfølging og ivaretagelse. En fordeler pasienter til personale den aktuelle arbeidsdag og en fordeler personale til pasienter slik at hver pasient får sine primærkontakter. Som ansvarsvakt innebærer eget bidrag at en organiserer og strukturerer arbeidsdagene. En sitter med oversikt over planlagte samtaler, hvilke aktiviteter en skal gjennomføre med pasientene og om pasienter og personell er inne eller ute og når en kan ta matpause.

En administrerer sine medarbeidere og støtter de i sine arbeidsoppgaver. Som ansvarsvakt får arbeidet et administrativt preg. I fortellingen om hva arbeidet kan inneholde sier en at arbeidet består av å: *”passe på at blodprøver er tatt, at de har fått medisiner, beskjed til leger...”*. Her fremkommer det at en støtter sine kolleger og passer på at de gjennomfører sitt arbeid. En kontrollerer at pasientene får den hjelp det er bestemt at de skal få og en fungerer som en koordinator for informasjon mellom behandlere og miljøpersonale. En formidler oppdatert informasjon til miljøpersonal som av ulike årsaker ikke har fått deltatt i behandlingsmøtet.

Flere opplever og både ha et fokus mot pasienter og pasientbehandlingen, men også mot mer driftsmessige sider. Samtidig som en arbeider klinisk ventes det at en ser på turnusplanen og sikrer at bemanningen er tilstrekkelig neste døgn. Det driftsmessige aspekt trekkes frem av en informant:

”de har også ansvar for at de neste vaktene de 24 timene er forsvarlig bemannet, og må varsle hvis det ikke er det. Ved kveld, natt og helg, har de også enhetsleders makt om en kan si det sånn til å kunne beordre eventuelt folk på jobb og sånn”.

6.4.2 Økende avstand til pasient

I samarbeidet med behandlergruppen besto arbeidet ofte av å få frem, og involvere miljøpersonalet. Rollen innebar også å passe på at ting er i orden som for eksempel blodprøver og medisiner. Det kom frem en forståelse av at mindre belastning på posten kunne bety mer pasient kontakt med pasienter og høy belastning førte til flere oppgaver av administrativ art og dermed mindre pasientkontakt. Det uttrykkes: *”avstanden mellom meg og pasienten blir lengre og lengre”.*

Med økt erfaring følger økt ansvar og arbeid med administrativ karakter vist i foregående kapittel. Noen forteller om at de føler de ikke innehar riktig eller relevant kompetanse i forhold til å være ansvarsvakt. Sitatet under begynner med *”etter hvert som”*, noe som synes å antyde en økende grad av administrativt arbeid etter hvert som fartstiden ved posten økte. En informant sier det slik:

”Etter hvert som jeg fikk mer administrative oppgaver, oppgaver som jeg synes jeg ikke har riktig kompetanse til, ikke relevant kompetanse til, denne jobben kunne hvem som helst ha gjort”

En får ikke brukt sin sykepleiefaglige kompetanse i den grad en ønsker ved at avstanden til pasienten og det kliniske arbeidet øker. Arbeidsoppgaver som ikke innebar direkte klinisk pasientkontakt opplevde noen å øke og en erfarte at en til slutt satt på et kontor. Hvem som helst kunne gjennomført de administrative oppgavene sier noen og i materialet fremkommer det tydelig at det er det pasientnære arbeidet som er tiltrekkende. En sier det slik:

”... andre oppgaver som kom i tillegg, som gjorde at avstanden mellom meg og pasienten ble lengre og lengre, noe som førte til at jeg havnet på kontoret for å lese og gjorde pasientarbeid fra nettet rett og slett. Så kan ikke si jeg er veldig fornøyd med min rolle som psykiatrisk sykepleier”.

Materialet viser at arbeidet tenderer mot å nærme seg kontoret fremfor pasienten. En opplever derfor misnøye med eget bidrag som gir et administrativt preg. Dilemmaet kommer frem i sitat:

”Egentlig så vil jeg ikke være leder, jeg har aldri søkt lederstilling. Jeg vil være sammen med pasienten. Jeg har lyst å få kontakt og jobbe med pasienten, men det får jeg lite tid til. Noen dager har jeg det (pasient kontakt). Men det kommer an på belastningen på posten. Om det ikke er nok personale har jeg ikke pasienter”

Ved økt arbeidsbelastning ved posten øker behovet for styring og ledelse. Flere psykiatriske sykepleiere forteller om at de får mindre tid til direkte kontakt med pasienter i perioder der det er hektisk i posten. Flere opplever avstand til pasient. Det er imidlertid mulighet for å arbeide mer indirekte med pasient ved at en administrerer pasientenes kontaktpersoner. Flere forteller at de fremfor å ha egne pasienter, støtter personale som har pasienter. En samarbeider, støtter og forsøker å veilede personell som har direkte pasientkontakt:

”Hvis det er en pasient som er i belter som er i posten så samarbeider jeg med den kontakten som har daglig ansvar med pasient. Da er jeg ofte der for å ha vurdering av den pasient. På en måte blir det slik at jeg veileder, men det er felles vurdering fordi det er de som er der hele tiden, og så kommer jeg... ”

Flere opplever å bruke tid på å støtte og veilede personell som har direkte pasientkontakt. En kan være med pasientens dagskontakt til pasient og foreta en vurdering og hjelpe til i forhold til holdning og intervensjonene. En støtter øvrig personale ved å formidle informasjon fra behandlere. Støtten innebærer også forsøk på å drøfte tilnærmingen til pasientene i forhold til hva som er riktig faglig. En forsøker å trekke personalet med pasientkontakt med i behandlingsmøtene og invitere de til å dele sine erfaringer de har gjort i møtet med pasientene.

6.5 Profesjonell nærhet til pasient

Ved pasientnært arbeid synes observasjoner av pasient og formidling av disse observasjonene til andre faggrupper som sentralt i eget bidrag. Den nære posisjoneringen til

pasient synes av flere å gi en mulighet til godt faglig og pasientnært arbeid. Når en arbeider nært pasient og bruker mye tid sammen med pasientene kommer det også frem at dette kan oppleves som tøft og det gir utfordringer av faglig og personlig karakter. Kombinasjonen av kunnskaper om somatiske forhold og psykologiske forhold ble trukket frem og ble sett på som en sentral nødvendighet i posten. Man foreslo og diskuterte medikamentell behandling og en kunne by på erfaringer vedrørende medisiner, diagnoser og observasjoner og tiltak. Den somatiske og medisinske delen av arbeidet gjorde at flere opplevde eget bidrag som svært nødvendig og essensielt.

6.5.1 Observerende nærvær

Jeg har valgt å presentere funnene som dreier seg om observasjon og nærvær under samme kapittel. Dette fordi informantene i stor grad forteller at nærværet danner grunnlaget for observasjonene og slik henger sammen. Observasjoner fremsto gjennom intervjuene som en stor, sentral og viktig del av sykepleiernes bidrag. En legger vekt på at sykepleieren ideelt sett har mulighet til å gjennomføre observasjoner gjennom hele døgnet. Det trekkes også frem at en har mulighet til å observere pasient gjennom ulike situasjoner. Eksempelvis kan en observere hvordan pasient fremstår omkring samtaler med behandler eller i andre sosiale situasjoner i fellesmiljøet ved posten. Her benyttes egne faglige vurderinger og kunnskaper ved at en vurderer hva en skal observere og hvordan en tolker observasjonene. Om observasjoner forteller en informant det slik:

”... vi ser pasienten hele tiden, eller veldig mye av tiden i hvert fall. Vi har jo mange små samtaler med pasientene som behandleren ikke har. Og at vi ser pasienten i et mer hverdagslig/dagligdags plan enn i en behandlingssamtale. Vi synes det er veldig spesielt at en pasient blander kaffe og te, så det er ting vi kan rapportere videre. Masse sånne småting i miljøet tenker jeg”.

Muligheten for brede og helhetlige observasjoner trekkes frem. Sykepleieren ser det som en god mulighet at en kan se pasient i ulike situasjoner. En støtter pasient gjennom flere små støttesamtaler og en er sammen med pasient på et mer hverdagslig plan i posten. Fordeler ved samværet trekkes frem av en informant på denne måten:

”... vi spiller en stor rolle fordi vi bruker mer tid sammen med pasienten og observerer pasienten i ulike situasjoner. Har bedre muligheter til å bygge opp allianse med pasienten fordi det er avhengig av den tiden vi bruker, føle seg trygg på en sykepleier er avhengig av omsorg, tid og kvaliteten og omsorgen man får. Så det er lettere for oss å bli kjent og skaffe informasjon om pasienten”.

Sykepleieren ser muligheter ved at en bruker tid sammen med pasient og at det dermed virker lettere å etablere et godt forhold til pasient. Sykepleierens mål er å bygge opp en allianse med pasient. En genuin omsorg for pasient og god tid vektlegger sykepleieren som faktorer for å kunne etablere en god allianse med pasient. Også i forhold til behandlernes samtaler med pasientene bidrar sykepleieren med observasjoner. En er opptatt av hvordan pasient fremstår før, under og etter samtalen. Flere oppgir at det er verdifull tilleggsm informasjon til behandleren om en ser endringer i stemningsleie i forbindelse med samtaler. En av sykepleierens oppgaver legges frem slik:

”... lege har jo samtaleterapi, og den medikamentelle behandlingen og de går mer dyptgående og de er kanskje mer konfronterende med pasientene i forhold til hvorfor det har blitt som det har blitt, hvorfor de har blitt lagt inn, hva var det som skjedde i forkant, hvordan opplevde pasienten det. Så de går mye dypere i problematikken enn det vi gjør. Det som ofte kan skje er at det setter i gang en del prosesser hos pasienten som vi må sitte og ta imot og hjelpe til og containe i etterkant”.

Erfaringsmessig kan kontakten med behandler fremkalle reaksjoner hos pasient som sykepleieren forsøker å forholde seg terapeutisk i forhold til. En ønsker å være til stede for pasient og hør på hva pasient forteller når han eller hun er urolig. Det sies at en tar imot eller at en container det pasient kommer med. Formidling av observasjoner til behandleren eller andre faggrupper synes sentralt i sykepleierens bidrag. Flere plasserer seg i en rolle der en er nær pasient og tilkaller hjelp ved behov. Egen rolle betegnes av en informant slik:

”Jeg ser for meg litt sånn bilmetafor, det er hvis pasienten er bilen også er det vi som er sjåføren også tilkalles vi når det krenger her og krenger der så tilkaller vi og rapporterer vi til sosionom hvis det økonomien det er bistanndsbehov for eller om det er medisiner eller hvis de trenger å få oversikt over adl funksjon. Vi sitter og styrer bilen

hele tiden og kan trekke i trådene hvilke av de andre faggruppene det er størst behov av og bistand fra”.

Bilmetaforen over viser hvordan sykepleieren blir kjent med pasient og pasientens sykdomsopplevelse og har dermed mulighet til å sette i verk tiltak eller trekke inn relevant hjelp etter behov. En får en sentral posisjon der en forsøker å se verden og situasjonen fra pasientens perspektiv. Ved hjelp av kunnskaper om de ulike faggruppene og tilbudene om helsehjelp hjelper sykepleieren pasient ved å navigere frem til riktig tilbud og kompetanse. En informant viser hvordan en tenker i forbindelse med å trekke inn andre faggrupper:

”... pasient som har angst som går og spenner seg mye og da begynner vi ofte å trekke inn fysioterapeuten. Ja, der vi ofte er med, eller ofte har en samtale først sammen med fysioterapeuten. Så er det litt opp til både fysioterapeuten og pasienten om de tar timen”

Sitatet over viser hvordan sykepleieren legger til rette for hjelp. Fysioterapeuten gjør selv en vurdering og pasient tar sitt eget standpunkt i forhold til om han takker ja eller nei til tilbudet. Innenfor medisinerings i en akuttpsykiatrisk post bidrar sykepleierne med administrering, informasjon og observasjon av virkning. Observasjoner av virkning og bivirkninger oppleves av sykepleierne som et viktig bidrag der det har direkte konsekvens for videre vurderinger av medisinerings. ”*Observerer bivirkninger så har det noe å si om vi skal bytte eller ikke. Vi sier noe om effekten av medisiner, effekten av eventuelt medisiner*”. Sitatet viser at en opplever at eget bidrag har noe å si for videre medisinerings.

Informantene forteller at nærværet til pasient i seg selv kan ses på som terapeutisk. Egne intervensjoner som foregår i fellesskap med pasient, tenkes å være symptomlindrende og behandlende. En bidrar med å tilpasse omgivelsene for pasient. En forsøker å tilpasse intervensjonene etter hvordan pasientens funksjonsnivå er. En forteller at han tilpasser omsorgsnivået i forhold til pasientens funksjonsnivå. Eksempelvis vil en som er forvirret eller psykotisk få tilpasset omgivelsene i forhold til stressende faktorer. En nevner skjerming som et mye brukt tiltak ved psykotiske symptomer. Spesialistene fatter vedtaket, men det er ofte miljøpersonalet og sykepleierne som ut fra sine observasjoner og vurderinger formidler at det er skjerming pasienten trenger. Også når en løser de mekaniske tvangsmidlene opp igjen i forhold til skjerming er det sykepleierne eller miljøpersonell som gjennomfører det i

praksis. Mye tid tilbringes sammen med pasientene på kvelder og i helger. Her tilbyr sykepleierne samtaler og en forsøker å hjelpe pasient med det som plager.

”Det er samtaler vi også har med de på kvelden helgene, noen ganger spontane, andre ganger planlagte og faste. Vi går jo inn og er terapeuter og behandlere i den forstand vi også, men for å ta det som trykker hos pasienten der og da og så prøver vi å formidle resten av samtalen og det som kan vente til lege/psykolog er tilbake”

Nærværet til pasientene foregår i postmiljøet og kalles ofte fellesmiljøet. Her foregår miljøterapien som flere forteller de er en sentral del av. De innehar kunnskaper om miljøterapi og deres arbeid med å legge til rette for pasientene ses på som en del av miljøterapien. Om miljøterapi kommer det i sitatet under frem at arbeidet er viktig:

En ser jo ofte at leger og psykologer, det er ikke mye de kan hente ut av å ha samtale med pasienten når de er akutt psykotiske, det er først når de begynner og på en måte hva vi så pent kaller lander at sånne samtaler begynner å gi mening og ha mening.

Flere tenker miljøterapien og sykepleiernes arbeid virker behandlende på pasient. Flere ser på eget arbeid som behandling uten at den er på lik linje med behandlerens behandling. Under intervjuene kom det frem en oppfattelse av at sykepleiernes og miljøpersonalets arbeid hadde en behandlende effekt uten at den var integrert med pasientens lege eller behandler. Miljøets viktighet i avdelingen kommer frem i sitatet:

”Vi har inn psykotiske, vi har inn innimellom maniske og det er jo mange mange sykepleieintervensjoner som gjør at den akutte fasen på en måte stoppes og går tilbake, at de lander igjen som gjør at de kan være mye mer compliance i forhold til behandling, med hele behandlingsopplegget, for det må de ha”.

”Å lande pasient” brukes gjentatte ganger i forbindelse med historier om arbeidet ved de akutte innleggelsesforløpene. Gjennom miljøterapi og sykepleierintervensjoner opplever en å kunne stoppe eller reversere de akutte fasene hos pasient. Når pasient oppleves som noe bedre tenker en at samtaler med behandlere vil ha større nytte.

6.5.2 Kunnskap om kroppen

En sykepleier fortalte hun følte seg mer virksom i akutfasen, hvor hun var mer med i medisiner og behandling av pasient. I den akutte fasen opplevde hun å få mer bruk for sine ferdigheter av somatisk, medisinsk og psykologisk karakter. Hun opplevde at legene hadde nytte av og at de hørte på sykepleierens kliniske erfaringer fra denne fasen som ofte opplevdes som utfordrende av alle parter. Etter hvert som pasient kom ut av den akutte fase og ble bedre opplevde sykepleieren at innholdet i behandlingen i større grad inneholdt miljøterapi og at miljøpersonalet og sykepleierne tok større del som aktører i behandlingen. Egen forankring til det medisinske aspekt kommer frem i avsnittet under:

”Jeg tenker at hovedgrunnen til at det må være sykepleiere på avdelingen er det medisinske vi kan bidra med i forhold til medisiner og også observasjoner som sykepleierne gjør som ikke andre gjør. Jeg tenker at fordi om vi jobber på en psykiatrisk post så har jo de også med seg sin somatiske helse som blir lagt inn her, og da vil jo vi observere og kanskje vi ser flere kritiske tegn på somatisk sykdom enn andre som ikke har helsefaglig bakgrunn”.

Kunnskaper og arbeid omkring de somatiske forhold hos pasient synes som en viktig del av eget bidrag. Flere ser på de medisinske forhold som en hovedgrunn for at sykepleierne og de psykiatriske sykepleierne har en viktig plass ved akuttpostene. En opplever å ha en bedre beredskap i forhold til å kunne ivareta pasienter med ulike behov i ulike situasjoner. En trekker frem kunnskaper om observasjon av de vitale tegn og kunnskaper om avvik fra det normale ved den somatiske helsen. Flere pasienter benytter medisiner i forhold til ulike sykdommer og nytten av sykepleierens kunnskaper omkring både den somatiske og psykiske helsen fremheves. ”Vi kan se at folk som ikke tar vann drivende får så mye væske i kroppen at de kan få hjerteproblemer i verste fall ikke sant”. De medisinske spørsmålene oppleves ikke bare viktige, men også livsviktige med tanke på pasientenes helse. Krav til kompetanse får en også gjennom akutfasene der en benytter tvangsmedisinering. Flere forteller om det er sykepleieren som administrerer medikamentene og en blir derfor sentral i vurderingene før og ved gjennomføringen av medisineren. En deler erfaringer fra liknende situasjoner.

Det finnes imidlertid tvil blant sykepleierne omkring de medisinske spørsmålene og eventuelle medisinske prosedyrene en møter. Flere forteller om at det er sjelden en arbeider i

forhold til somatiske sykdommer og at en derfor føler seg noe utrygg i noen situasjoner. ”Hvis det er synlig og åpenbart så gjennomfører vi det vi skal, men hvis det er mer diffuse somatiske utfordringer ...”. Er pasientens tilstand og den medisinske prosedyren åpenbar synes det som sykepleieren føler seg sikrere. Noe usikkerhet spores ved spørsmål om mer diffuse somatiske tilstander og intervensjoner. ”Det er nok litt avhengig av hva det er fordi hvis det er veldig synlig skade så vil det bli gjort noe med engang”.

6.5.3 Tøft å stå i

Arbeidet som posisjonerer sykepleieren nært pasient gir mellommenneskelige utfordringer. Pasientnært arbeidet ønskes mest, men det følger med at det i perioder kan være tøft. Møtet med den intense psykiske smerten flere av pasientene opplever, påvirker sykepleierne. Sitatet under viser hvordan en reflekterer over temaet:

”... i alvorlige selvskadingsepisoder så hender det at man kommer i situasjoner hvor man ikke klarer å stoppe selvskadingen. Man har kunnskap, man har masse gode forslag, men den selvskadingstrangen er så stor hos den pasienten at pasientene klarer ikke å la det være å skade seg. Og det forstår jeg veldig godt og jeg forstår den delen, men som sykepleier og som helsepersonell er det veldig tøft å stå i det. Og vaske blod en hel vakt. Da sitter jeg med en følelse av hjelpeløshet for det første, og vet ikke hva mer jeg kan gjøre for pasienten. Og maktesløshet...”

Hjelpeløshet og maktesløshet er følelser det fortelles om i forbindelse arbeidet. Sitatet viser hvordan en forsøker å hjelpe pasient uten å lykkes og at en blir stående og se på at pasient lider og påfører seg selv skade. Gjennom den nære kontakten til pasient forsøker en likevel å gjøre tiden best mulig for pasient ved å være til stede. Også andre lidelsesformer gir utfordringer for sykepleieren. En kan føle på utrygghet og usikkerhet i forhold til de mange ulike lidelsesuttrykkene pasientene stiller ovenfor sykepleieren. Også i forhold til å finne den profesjonelle nærheten eller avstanden til pasientene synes som en mellommenneskelig utfordring.

Det oppleves av flere som tøft å stå nært pasient i tilfeller der det aggresjons og utageringsproblematikk eller fare for vold. Ved å arbeide nær pasient opplever en redsel for

situasjoner eller uventet utagering. Redsel forstås som en naturlig reaksjon på noen typer adferd som en informant forklarer det i sitatet under:

”Pasientene speiler seg mye i oss, og når de gjør oss redde så møter de redsel og så får de bare egentlig bekreftet sin egen angst. Det er menneskelig å være redd for andre mennesker som slår, sparker, spytter og truer. Det er vanskelig ikke å ta det innover seg og hele tiden være profesjonell på det. Man blir litt sånn matt og sliten”.

Å oppnå allianse nevnes som en utfordring når relasjonen farges av trusler. ”... *man blir engstelig og det er vanskelig å komme i en god allianse, en behandlingsallianse, med pasienten*”. Flere forteller at eget bidrag i flere situasjoner kan være tøffe å stå i på grunn av nærheten til pasientene. Utageringsproblematikk kan oppleves utrygt og flere forteller at en kan føle på redsel i noen situasjoner. Arbeidet oppleves likevel som meningsfull og givende ved at en mestrer situasjoner og mestrer å forebygge utageringssituasjoner. Sitat under viser hvordan en opplever å mestre utfordrende situasjoner ved å bruke seg selv i arbeidet:

”Hvis vi klarer å forhindre utagering, og at vi jobber, bruker oss selv for det vi er gode for, da kan man sitte igjen med en følelse av at nå har du virkelig gjort en god jobb. Her kunne det gått kjempegalt hvis ikke vi hadde vært så flinke som det vi var på en måte”.

7. DISKUSJON AV STUDIENS FUNN

I diskusjonsdel vil jeg i større grad se funnene fra flere sider. Dalland (2000) benytter ordet *drøfting* i forbindelse med diskusjonen, hvor jeg vil starte arbeidet med å finne ut hva vi har lært gjennom undersøkelsen og hvordan den nye kunnskapen kan henge sammen med allerede eksisterende kunnskap på området. Argumenter i diskusjonen belegges med teori, tidligere forskningsfunn eller med det empiriske materialet jeg har kommet frem til gjennom analysen (ibid). Jeg har valgt å diskutere mine funn i forhold til sentrale begrep i Hummelvolls (2006) definisjon av psykiatrisk sykepleie. Referanserammen for psykiatriske sykepleieres fokus og faglige perspektiver innebærer også Barker, Reynolds og Stevensons (1998) teoretiske ansatser til teori om psykiatrisk sykepleie. Hovedtrekkene i studiens funn er opplevelsen av stress og uforutsigbarhet i arbeidet. Videre kommer det frem et motstridende funn der en på den ene siden opplever nærhet til pasient og på den andre siden opplever en økende avstand til pasient.

7.1 Å arbeide i en akuttpost

Studien reflekterer over psykiatriske sykepleieres opplevelse fra arbeidet. Flere informanter hadde i tillegg til erfaring ved det akuttpsykiatriske arbeidet også erfaring fra andre områder innenfor helsearbeidet. Våre minner, erfaringer og nåværende omgivelser påvirker vår identitet og derfor vil både vårt språk og tradisjoner bidra til forståelse av vår opplevelse. Ordet akutt henspiller til pasientenes lidelsestrykk og den fleksibilitet som kreves i virksomheten. Det akutte og uforutsigbare preget fremkommer tydelig i analysen. Informantene gir uttrykk for et mangefasettert arbeid som preges av uforutsigbarhet og dårlig tid. Informantene gir uttrykk for at arbeidet er variert og inneholder svært ulike arbeidsoppgaver. Det kan synes som vanskelig å identifisere noe som er særegent ved eget arbeid. Dette støttes av funnene til John Hurley (2009) som fant syv karakteristikk av psykiatriske sykepleie og antydte at faggruppen innehar en klynge med spesialiteter fremfor noe enhetlig som karakteriserer dem. Også Fourie, McDonald, Connor, og Bartlett (2005) kommer frem til at psykiatriske sykepleieres rolle fremstår kompleks. Dette hektiske inntrykket gir også funnene ved feltstudien Hummelvoll og Røsset (1999) gjennomførte ved en annen akuttpsykiatrisk post. Et akutt og uforutsigbart preg viste seg å ha følger for behandlingen i posten som kunne få et initialt, tentativt og summarisk preg. Det synes også å gi utfordringer i forhold til å ta hensyn til pasientens sivile liv og ressurser. Direkte

konsekvenser for behandlingen fremkommer i liten grad ved foreliggende undersøkelse. Jeg har i større grad funnet at denne situasjonen med stress og uforutsigbarhet bidrar til frustrasjoner hos noen av sykepleierne. Dette samsvarer med artikkel der Hummelvoll og Severinsson (2001) beskriver arbeidstilfredsheten ved akuttposten. De fant at nettopp stress, mangler og uforutsigbarhet utgjorde en stor del av de innvirkende faktorer for arbeidet og arbeidstilfredsheten.

Nevnte to studier viser dermed at det hektiske og uforutsigbare livet ved akuttposten er oppdaget ved tidligere forskning og at disse betingelsene kan bidra til lavere arbeidstilfredshet. Det uforutsigbare preg finner en også ved forskning utenfor Norge. I undersøkelse (Cleary & Edwards, 1999) forteller psykiatriske sykepleiere om denne uforutsigbare naturen i avdelingen og hvordan det påvirker forholdet mellom pasient og sykepleieren. Som en del av rammene for virksomheten syntes uforutsigbarheten å aksepteres. Store deler av arbeidet bestod av uplanlagt aktivitet, men flere fortalte om at de skulle ønsket at de fikk brukt mer tid individuelt sammen med pasienter. I likhet med funn fra foreliggende undersøkelse viser undersøkelsen fra Australia (ibid) at det alltid kommer noe opp som forstyrrer de planlagte arbeidsoppgavene. Undersøkelsen problematiserer at sykepleierens arbeid preges av uforutsette arbeidsoppgaver og at det alltid kommer noe opp som sykepleieren handler ut fra.

I materialet ser det ut som informantene innehar en sentral posisjon. Det ventes at de inntar rollen som ansvarsvakt også nevnt som vaktansvarlig sykepleier som også ved navnet impliserer at det er sykepleier som inntar rollen. Rollen innebærer å ha oversikt og inneha en koordinerende funksjon. Denne sentrale posisjonen kjennes igjen fra en studie av Skagen og Piros (2002) der pleierne synes sentrale i behandlingen. Skagen og Piros artikkel refererer også til Okkenhaug og Piros (1998) som beskriver at sykepleieren ofte må forholde seg til ulike arenaer og aktører og at de tar ansvar i forhold til å koordinere informasjon mellom pasienter og personale og internt i avdelingen. Bildet jeg har dannet meg etter intervjuene tenderer mot at økt utdannelse gir økt innhold av administrative oppgaver samtidig som en finner flere ufaglærte ute i sengeposten. Situasjonen er problematisert av Solfrid Vatne (2003) som peker på sammenhengen mellom kompetansen ved akuttpostene og evnen til tilfredsstillende behandling av pasientene. Vatne påpeker en tendens der personale uten utdanning settes til kliniske oppgaver og at den faglige kvaliteten legger seg deretter. I denne sammenheng viste Vatne hvordan miljøterapien ved lavt fokus på faglig kvalitet og

kompetanse kunne begrense seg til ”husregler” fremfor profesjonelle verdier. Aspektet med korrigerende av pasienter synes mer fremtredende fremfor det anerkjennende aspekt som vil kunne behøve mer erfaring og faglig fokus.

Informantene beskriver kunnskaper om medisinske og somatiske spørsmål som det mest spesielle ved eget bidrag. Det er kun sykepleierne som håndterer medikamenter og de opplever å være enerådende i forhold til somatiske sykdomstilstander og eventuelle somatiske prosedyrer som sårstell. Forventningen om sykepleiernes tilstedeværelse ved medisinske spørsmål trer også frem i artikkel av Karlsen (2003) der han i tillegg har intervjuet flere ulike faggrupper. Også Karlsens studie fra 2009 støtter at noe av det spesielle ved sykepleiernes bidrag i akuttposter er kunnskaper om kroppen og samspillet mellom kroppslige og psykiske symptomer. Den biologiske forankringen kan tolkes som sterk når fokuset på medikamentell behandling fremstår som det spesielle ved eget bidrag. Sintefs kvalitative studie finner også en sterk biologisk forankring og en ser at de psykiatriske sykehusene er blitt raskere til med å komme i gang med diagnostisering og medisinerer (Hjort & Ruud, 2006).

Materialet viser at deler av de psykiatriske sykepleiernes bidrag består i nærhet til pasient. Det viser seg at flere forteller at dette kan være tøft med tanke på utageringsproblematikk eller det store lidelsestrykk sykepleieren blir kjent med gjennom nærheten til pasient. Noen forteller om følelse av håpløshet og maktesløshet i forbindelse med det pasientnære arbeidet. Teori om psykiatriske sykepleie som beskriver sykepleieren som pasientens følgesvenn og empati som et sentralt kjennetegn ved arbeidet (Hummelvoll J. K., 2006) tilsier at arbeidet gir mellommenneskelige utfordringer. Også Peplau (1952) sikter til en psykiatrisk sykepleie som en interpersonlig prosess. Jeg forstår at sykepleieren i denne posisjonen kan påvirke pasient til bedring, men sykepleieren vil også bli påvirket i denne prosessen. Noen informanter gir uttrykk for at de opplever hjelpeløshet og maktesløshet når de ikke klarer å stoppe pasientens psykiske smerte eller adferd på bakgrunn av denne. Selvmord eller selvbeskadigelse vil kunne betraktes som noe vi kunne, eller skulle kunnet, forebygge. Forskning viser at behandlers reaksjoner og følelser ofte handler om egen profesjonalitet (Litman, 1970). Studien viser at det ofte er vanlig å føle mislykkethet, ubrukbarhet og hjelpeløshet hos behandlerne. Grensene for egen kunnskap og grensene for evne til helbredelse kan bli smertefulle å kjenne på. Også andre studier viser en reaksjon der flere

følte tvil om sin egen profesjonelle kyndighet (Grad, Zavasnik, & Grolenger, 1997, Grad, 1999).

7.2 Pasientens behov

Informantene beskriver god tid som sentralt i forhold til etablering av et tillits og allianse forhold til pasient. Egne intervensjoner tenkes å være symptomlindrende og behandlende ved at en bidrar med tilpasning av omgivelsene og intervensjonene. Mye tid tilbringes sammen med pasientene på kvelder og i helger hvor en tilbyr samtaler og en forsøker å hjelpe pasient med det som plager. "*Å lande pasient*" brukes i beskrivelsene av arbeidet hvor en sikter til miljøterapi og sykepleierintervensjoner som en opplever å stoppe eller reversere de akutte fasene hos pasient. God tid, tilpasning av intervensjoner og omgivelser og tilbud om en nær og konkret hjelp synes å kunne relateres til teori om psykiatrisk sykepleie (Hummelvoll J. K., 2006). Teorien fokuserer på at en gir tid og tilpasser omgivelsene slik at pasient kan oppleve trygghet og opplevelse av helbredelse. Teorien sikter til støtte av de helbredende prosesser der en gjennom omsorg og fellesskap oppnår felles erfaringer og økt forståelse av pasientens opplevelse. Den holistiske og eksistensielle tilnærmingen kan ses gjennom sykepleiernes beskrivelser i materialet der de ønsker å hjelpe med det som plager.

Tilstedeværelsen og ønsket om å være til hjelp vedrørende alle spørsmål tenkes å bidra til følelse av integrasjon. En støttende tilstedeværelse kjennes også igjen fra tanken om at psykiatrisk sykepleie er en interaktiv og utviklingsmessig aktivitet ved at sykepleierne fokuserer på å bruke tid sammen med og sammen avhjelpe ulike spørsmål og problemer som viser seg for pasient (Barker, Reynolds, & Stevenson, 1998).

Sans for praktisk hjelp og å kunne trå til synes som en selvfølge om pasient skulle ha behov for det. Denne holdningen synes å sammenfalle med en handlingsorientert tilnærming funnet av Karlsen (2009). En handlingsorientert tilnærming ved nevnt studie fokuserer på raske praktiske tiltak retter mot pasientens behov. Den faglige bakgrunnen sies å bidra til at en har lett for å gå bort å hjelpe folk. Gjennom rask kartlegging av situasjonen setter en inn nødvendige tiltak. Tilnærmingen kan føre til at sykepleiere utfører flere oppgaver en det som er bestemt og en er blitt kritisert for manglende metodisk tilnærming til pasienten. Kanskje kan denne handlingsorienterte og åpne tilnærmingen være noe av årsaken til at flere opplever et utilfredsstillende innhold i mange av oppgavene?

7.3 Sykepleier og pasientfellesskapet

Hverdagens slit som innebærer stress og uforutsigbarhet synes å gi et vanskelig utgangspunkt for et nært felleskap mellom pasient og sykepleier. Funn fra foreliggende undersøkelse viser at flere opplever avstand til pasient gjennom økt mengde arbeid med administrativt preg. Administrative arbeidsoppgaver synes å gi vanskelige forutsetninger for å komme pasient nær. Flere av mine informanter fremhever likevel en motsetning der de forteller om eget arbeid som pasientnært der de er i miljøet sammen med pasient 24 timer i døgnet. Avstand og nærhet til pasient ses i sammenheng med behandlere som kommer i kontakt med pasient gjennom enkelte samtaler som gjennomføres noen ganger i løpet av uken.

Flere informanter er opptatt av at en har en nærhet til pasienter. En gjennomfører flere støttesamtaler hvor en blir kjent med problemer som oppstår eller pasient gir uttrykk for. Det trekkes frem en mulighet for opparbeidelse av tillit og allianse der en blir kjent med pasientens behov hvorpå en eventuelt kan formidle behovet til relevante fagpersoner. Å bli kjent med pasientens behov tolker jeg som et forsøk på å nærme seg hvordan pasient ser på sin lidelse og behov. Dette samsvarer med Hummelvolls (2006) definisjon av psykiatrisk sykepleie som nevner fagpersonen som en følgesvenn som kan by på støtte, utfordringer, kunnskaper og praktisk oppfølging. Å bli kjent med pasientens behov relaterer jeg også til definisjonen som forteller at datasamlingen og utøveren bør søke etter hva pasient definerer som sine ønsker eller et godt liv. Funnet støttes også av annen forskning. Et hverdagslig nærvær til pasient fremkommer også som et sentralt funn blant sykepleiere med mental helsebakgrunn i Skottland (Hurley, 2009). I Hurleys studie fremkommer tidsbruk som eget tema og ble forstått som en essensiell og særegen del av sykepleiernes arbeid.

7.4 På vegne av pasienten

Materialet viser at store deler av de psykiatriske sykepleierens arbeid inneholder arbeidsoppgaver som gir utøveren avstand til pasienten. Dette arbeidet har et administrativt preg og flere forteller om at de fungerer som koordinatører. Ved denne posisjon formidler de informasjon om og fra pasient til behandlere eller relevante instanser. Som ansvarsvakt får de denne informasjonen gjennom dokumentasjonen og fra kolleger som har direkte pasientkontakt. På denne måten kan en antyde at arbeidet gjøres på vegne av pasient, men

det gir samtidig en svakhet ved at en ikke bruker sin omsorg, empati og direkte forståelse av situasjonen vedrørende pasient som det legges vekt på i Hummelvolls (2006) definisjon av psykiatrisk sykepleie.

Flere beskriver at de ønsker å være til stede for å høre på hva pasienten forteller. De kan ta imot og romme det pasienten kommer med for videre å fortelle om dette ved behandlingsmøter der en møter flere faggrupper. Ved å være nær pasienten blir en godt kjent og kan tilkalle relevant hjelp. Denne måten å arbeide på kan forstås som å handle på pasientens vegne som kommer frem i teori om psykiatrisk sykepleie (Hummelvoll J. K., 2006). Teorien forteller at psykiatriske sykepleiere handler på vegne av pasienten når vedkommende ikke er i stand selv.

Observasjoner inngår i den velkjente sykepleieprosessen som anses som en problemløsningsprosess for sykepleien. Sykepleieprosessen består i å samle data, identifisere problemer, vurdere aktuelle tiltak og gjennomføre tiltak. Videre følger en evaluering av tiltakene (Roy, 1976). Fokuset på observasjoner inngår således i prosessens del der en samler data og identifiserer problemer. Ensidig fokus på observasjon i tilnærmingen til pasient synes kald og objektiv. Hummelvoll (2006) poengterer forutseningen om at prosessen bør foregå i et samarbeid og fellesskap mellom pasient og sykepleier. Et godt samarbeid og fellesskap vil kunne hindre at sykepleieprosessen blir en kjølig og intellektuell virksomhet. ”Å se” og ”observere” trer også frem som noe av de mest sentrale for psykiatriske sykepleiere i en undersøkelse av Karlsen (2009). Funnet ved min undersøkelse synes dermed å bekrefte observasjoner som svært sentralt ved sykepleierens arbeid. Ved å tilbringe mye tid sammen med pasient oppnås tillit og en får gjort mange observasjoner. En informant sier hun observerer fra det øyeblikk en hilser på pasient. Det verdimeslige innholdet i relasjonen synes slik overveiende å inneholde muligheten til observasjoner en kan videreformidle til behandlingsmøtet eller behandler. En fare ved dette fokuser kan synes å være at sykepleieren blir redusert til å være en formidler av informasjon (Schönfelder, 2007).

7.5 Miljø for utvikling og vekst

I følge teorien dreier en sentral del av de psykiatriske sykepleiernes oppgaver seg rundt det sosiale fellesskap. En grunntanke er at mennesket er avhengige av det sosiale fellesskapet.

En søker etter et aksepterende miljø som på best mulig måte fremmer utvikling og vekst for pasient. Det kan dreie seg om samværsformer og aktiviteter som legges tilrette slik at pasient opplever og får positive erfaringer fra sosiale relasjoner. I Hummelvolls (2006) definisjon presiseres det i tillegg at en bør sikte på å bidra til at pasient utvikler erfaringer også utenfor institusjonene. Tanken er at pasient bør tilegne seg sosiale kontakter, kontakt med familie og behandlingsmessige relasjoner utenfor institusjonen. Flere av mine informanter forteller de er opptatte av fellesmiljøet og hvordan det legges til rette for pasientene. Et eksempel kan være at en som er psykotisk får tilpasset omsorgsnivået og omgivelsene i forhold til stressende faktorer. Flere forteller om nærværet til pasientene som foregår i fellesmiljøet. Fokuset synes derfor å rette seg mot miljøet som utspiller seg innad i institusjonen og i mindre grad det som foregår utenfor institusjonen.

Samtlige forteller om miljøterapi som foregår i fellesmiljøet og hvor sykepleierne er en sentral del i forhold til gjennomførelsen. De forteller de har kunnskaper om miljøterapi og at den virker symptomlindrende og behandlende. Ved intervjuene fremkommer det imidlertid ikke forklaringer på hva det er som virker behandlende, men de anser dette arbeidet som behandling uten at den er på lik linje med legens og psykologens behandling. I forbindelse med arbeidet som foregår i fellesmiljøet viser sitatet under at arbeidet oppleves som nyttig. ”... den akutte fasen stoppes og går tilbake, de lander igjen som gjør at de kan være mye mer mottakelige i forhold til behandling, med hele behandlingsopplegget”. Å lande pasient brukes av flere i forbindelse med arbeidet som foregår i fellesmiljøet. Sitatet over viser at flere har erfaringer med at en kan stoppe og reversere de akutte fasene hos pasient.

Gjennom informantenes fortellinger om at de legger til rette for pasient og fokuserer på pasientens omgivelser, tolker jeg at de psykiatriske sykepleiernes arbeid i fellesmiljøet bidrar til et mer aksepterende miljø og at de derfor opplever at pasient oppnår fremgang. Dette arbeid, slik det oppleves og kommer frem i intervjuene, støtter derfor også teori om miljøterapi som forteller at miljøet kan inneha en terapeutisk effekt (Gunderson, 1978). Ytterligere forklaringer på hva det er som kan virke terapeutisk i fellesmiljøet ble det ikke fokusert på under intervjuene. Dette kan være årsak til at det i liten grad fremkommer teoretiske forklaringer på miljøterapi som behandlingsform. Miljøterapiens innhold, slik det fremkommer i materialet sammenfaller også med en eldre definisjon av psykiatrisk sykepleie av Arild Faurbye (1954). Definisjonen sier at arbeidet blant annet vil bestå av å tilrettelegge pasientens tilværelse ved den psykiatriske avdelingen og prege omgangstonen og forholdene

på avdelingen (Faurbye, 1954). Definisjonen synes allerede i 1954 å vektlegge relasjonelle forhold ved at sykepleieren skal prege omgangstonen i avdelingen

7.6 Å artikulere eget bidrag

Bestemte typer kunnskap kjennetegner yrkesutøverne innenfor de ulike profesjonene (Molander & Terum, 2008). Noen informanter fortalte at de synes eget bidrag virket utydelig og at det var vanskelig å synliggjøre noe spesielt ved eget bidrag. Materialet viser både arbeidsoppgaver som de vanskelig kan relatere til egen fagprofesjonsutdanning og arbeidsoppgaver hvor de opplever som faglig utfordrende. Førstnevnte type arbeidsoppgaver opplever flere informanter som meningsløse med begrunnelse i at hvem som helst kunne gjennomført tilsvarende arbeidsoppgaver. De mer pasientnære og faglig utfordrende arbeidsoppgavene forbindes i større grad med at det er et utfordrende og spennende arbeid. Molander og Terum (2008) beskriver at den profesjonelle yrkesutøvelsen kan ses på som en måte den vitenskapelige kunnskapen kan komme befolkningen til gode på. Flere av informantene tegner et bilde der det kan synes som en utfordring å forvalte og artikulere eget kunnskapsgrunnlag. Videre vil jeg diskutere ulike kompetanseformer og kunnskapstyper informantene gir uttrykk for og som kommer til syne ved studien.

Informantene formidlet at egne kunnskaper omkring de somatiske og medisinske spørsmålene og intervensjonene var tydelige og kjente blant andre samarbeidende yrkesgrupper. Ved denne type arbeidsoppgaver ble kunnskaper fra grunnutdanningen og erfaringer benyttet. Dette kan relateres til det Skau (2005) beskriver som yrkesspesifikke ferdigheter og som dreier seg om det profesjonsspesifikke håndverket. En sykepleier fortalte hun følte seg mer virksom i akutfasen, hvor hun var mer med i medisinerings og behandling av pasient. Også dette utsagnet støtter opplevelsen av at eget bidrag som tydeligere omkring de somatiske og medisinske spørsmålene. Også observasjoner fremkommer som en sentral del av de psykiatriske sykepleiernes bidrag. Observasjoner kan ses i sammenheng med teori om sykepleie jamfør sykepleieprosessen som anses som en problemløsningsprosess for sykepleien. Sykepleieprosessen består i å samle data, identifisere problemer, vurdere aktuelle tiltak og gjennomføre tiltak. Videre følger en evaluering av tiltakene (Roy, 1976). Fokuset på observasjoner inngår således i prosessens del der en samler data og identifiserer problemer.

På en slik måte kan observasjoner ses på som en yrkesspesifikk ferdighet relatert til fagprofesjonen.

Ved intervjuene er noen av informantene kritiske til eget bidrag der de fremhever mangel på tydelighet og faglig fokus. Flere forteller om at en gjennom økt fartstid og erfaring påtar seg økt ansvar og arbeidsoppgaver med et mer administrativt preg. Noen av disse forteller om en følelse av at de ikke har riktig eller relevant kompetanse i forhold arbeidsoppgavene. En kan imidlertid med bakgrunn i at en selv har opparbeidet seg erfaring fra det kliniske arbeidet lede sine kolleger som er i direkte pasientkontakt. Kunnskapene baserer seg slikt sett på personlige erfaringer og sammenfaller med det Skau (2005) kategoriserer som personlig kompetanse. Kjentegn ved den personlige kompetansen viser seg ved sosiale relasjoner, samarbeid og lar seg vanskelig artikulere. Slik kan en dermed forstå at sykepleieren gjør et godt arbeid som ansvarsvakt uten videre å kunne fortelle hvilke kunnskaper en benytter seg av utenom erfaringer fra arbeidet selv. Posisjonen som ansvarsvakt kan imidlertid bidra til at en som sykepleier kan benytte sine yrkesspesifikke kunnskaper på en indirekte måte. En kan altså viderefremme sine kliniske kunnskaper omkring teknikker og metoder en kan benytte i samspillet med pasient.

Deler av bidraget fremkommer gjennom analysen å være nær pasient. Her trekkes kunnskaper om miljøterapi frem som et emne de har kunnskaper om. Litteraturen viser at miljøterapi inngår i tradisjonen til psykiatriske sykepleiere tross et mangelfullt teoretisk grunnlag (Hummelvoll J. K., 1998). Miljøterapi ses likevel på som en teoretisk kunnskap sykepleierne innehar og benytter i arbeidet. Utover dette fremkommer det lite som kan antyde referanser til teoretiske kunnskaper. Som tidligere beskrevet ser det ut kompetansegrunnlaget dreier seg mer om yrkesspesifikke kunnskaper i form av kunnskaper om medisiner, somatiske spørsmål og observasjoner som relateres til sykepleie. Hovedvekten av de psykiatriske sykepleiernes kompetanse synes imidlertid å vise seg i samspill med pasientene. Informantene snakker om å gi omsorg til pasientene og at sentralt ved arbeidet er å opparbeide seg tillitt og allianse. Dette arbeidet som innebærer sosiale relasjoner og samarbeid beskriver Skau (2005) som en *personlig kompetanse*. Teorien sier at en bruker seg selv og vanskelig lar seg beskrive eller utvikle. Innenfor teori om psykiatrisk sykepleie beskrev Peplau relasjonskompetansen som en sentral del av fagets kjerne (Peplau, 1988, 1994). Den sosiale relasjon og fellesskapet er også sentral i Hummelvolls teori (2006) om psykiatrisk sykepleie.

Jeg har tidligere nevnt at informantene i liten grad refererer til teoretiske kunnskaper i beskrivelsene av eget bidrag. Relasjonskompetansen som viser seg i undersøkelsen trekkes også frem ved annen forskning på psykiatriske sykepleiere. Karlsen (2003) påpeker hvordan relasjonskompetansen benyttes av alle faggrupper som arbeider med pasienter og derfor ikke kan ses på noe særegent for sykepleie, men derimot en generell kompetanse. Denne formen for kompetanse er likevel sentral for sykepleierne jeg intervjuet og vil av Skau (2005) omtales som personlig kompetanse. Skau påpeker at denne kompetanseformen vanskelig lar seg beskrive.

En informant fortalte at han satt igjen med en god følelse om han klarte å forhindre en utagering. Han brukte seg selv for det han var god for i situasjonene og satt igjen med en følelse av at han hadde gjort en god jobb. Dette eksempel kan vise hvordan denne type kompetanse utspiller seg i handling, men vanskelig lar seg løsrive fra fagpersonen eller lar seg beskrive og teoretisere. Polanyi (1958, 1983) introduserte begrepet taus kunnskap som i stor grad sammenfaller med mye av det pasientnære arbeidet sykepleierne jeg intervjuet fortalte om. Indekseringen, som forklart i teorikapittelet sikter til økt vekt på at kunnskapen sitter inne i kunnskapsbæreren som ulike grader av taus kunnskap. Indekseringen diskuteres i profesjonsfagene (Molander & Terum, 2008) og jeg vil hevde at foreliggende studie viser at sykepleierne i stor grad tenker og handler i forhold til hva de tror, erfarer og vurderer på grunnlag av uartikulert viten. En årsak til denne typen kompetanse kan være arbeidets natur og fokuset som kreves på en nær og tilstedeværende måte når mennesker er i krise og ubalanse.

Teorien (ibid) kan således forklare hvordan sykepleieren, nevnt over, handler og opplever å lykkes i kliniske utfordrene situasjoner, men har vanskeligheter med å forklare hva han gjorde i etterkant. Kunnskapen sykepleieren innehar kan derfor synes som taus. Teorien (ibid) forteller at handlingen vanskelig lar seg artikulere under selve handlingen og vil kunne forstyrre handlingen om en forsøker å artikulere under selve handlingen. Molander og Terum (2008) gir tre begrunnelser for at kunnskapen egentlig ikke er taus. En begrunnelse er at det alltid ligger en bakgrunn av kunnskap en ikke fokuserer på under selve handlingen. En annen grunn er at vi handler på bakgrunn av store kunnskapsområder og ikke har oversikt over hele området på en gang. Et tredje argument for at kunnskapen ikke er ensidig taus er at kunnskapen ikke alltid kan overføres ved hjelp av beskrivelser, men i noen tilfeller bør overføres ved hjelp av eksempler eller instruksjoner. Ut fra denne teorien forstår jeg at store

deler av kompetanseinnholdet blant sykepleierne lever ute i handling blant pasientene og kollegene. Jamfør rammebetingelsene som kommer til syne ved denne studien kan det synes som en stor utfordring å heve, diskutere og utvikle kunnskapene en bruker ved det kliniske arbeidet.

8. KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Denne studien har bidratt til at et utvalg psykiatriske sykepleiere har fått talt om egen opplevelse fra eget arbeid. Innledningsvis beskrev jeg hvordan fokuset på fagprofesjonene og praksisutøvelsen blir viktig når feltet vi jobber i er under endring og omstilling. Mitt håp med studien er å belyse hvordan arbeidet i akuttposten kan oppleves, og dermed bidra til økt refleksjoner omkring egen virksomhet.

Forskning med fokus rettet mot psykiatrisk sykepleie og akuttposter gir i stor grad et akutt og uforutsigbart inntrykk av virksomheten. Faggruppen befinner seg i en sentral posisjon der de på den ene siden sliter med mange arbeidsoppgaver og på den andre siden kommer i kontakt med pasienter som krever tid og ro. Teorien om psykiatrisk sykepleie sikter til fellesskapet og relasjonen til pasient. Den teoretiske substansen som tilhører psykiatrisk sykepleie har fått meg til tydeligere å se dilemmaet i arbeidet der utøverne balanserer mellom de slitsomme realitetene og idealene som tilhører fagprofesjonen jamfør Hummelvoll og Røsset (1999).

8.1 Konklusjon

Problemstillingen som spør etter opplevelsen fra eget bidrag i akuttpostene gir varierte funn. Et sentralt funn er opplevelsen av arbeidet som hektisk og uforutsigbart. Herunder inngår mangel på tid og det faktum at de har mange arbeidsoppgaver. Flere av disse oppgavene synes av informantene ikke å inneha noen klinisk relevans og en opplever derfor deler av arbeidet som meningsløst. Samtidig er det også flere oppgaver som gir faglig utfordringer, noe som gir arbeidet et variert innhold. Disse arbeidsoppgavene dreier seg rundt det pasientnære arbeidet. Nevnte rammebetingelser oppleves av noen å bidra til mangelfull faglig utvikling og fokus. En opplever dermed at en ikke får et reflektert i forhold til de erfaringer man tilegner seg over tid. Resultatet er en opplevelse av at man har stoppet opp. De psykiatriske sykepleiernes bidrag synes derfor å fremstå som mangefasettert.

Videre kommer det frem et motsetningsfullt funn. Flere opplever at egen utdannelse og erfaring bidrar til at de får sentrale arbeidsoppgaver som ansvarsvakt eller oppgaver i forhold til opplæring. En konsekvens av dette kan synes å være at arbeidet får et administrativt preg som gir avstand til pasient. Motsetningen er fortellingene om det pasientnære arbeidet.

Sykepleierens tradisjonelle rolle som ligger nær pasient gjennom hele døgnet trekkes frem i forhold til lege og psykolog som kun gjennomfører enkelte samtaler. Sentralt ved eget bidrag er kunnskapene om medisinske og somatiske spørsmål. Nærheten gir muligheter til observasjoner og vurderinger, men gir også mellommenneskelige utfordringer i forhold til det lidelsestrykk og håpløshet en kan møte.

Jeg har sett at mye av de psykiatriske sykepleiernes arbeid kan relateres til tilhørende teorier. Gjennom det pasientnære arbeidet kommer det frem at sykepleieren er i posisjon der de kan bli kjent med pasient og møte deres behov. Informantene er opptatte av et fellesskap der de har en støttende funksjon og hvor de oppnår å etablere et tillits og allianseforhold. Videre dreier mye av arbeidet seg om å tale pasientens sak. Også aspektet vedrørende miljøet kommer frem gjennom fokus på tilpasning av omgivelsene og miljøterapi. Bidraget synes således å kunne relateres til teori, men innholdet ved dette arbeidet kommer i konflikt med rammebetingelsene for arbeidet som gir dårlig tid, uforutsigbarhet og avstand til pasient. I forhold til å kunne artikulere eget bidrag i en slik intervju situasjon har jeg i diskusjonen trukket frem aspektet vedrørende praktisk kunnskap versus teoretisk kunnskap. Store deler av kompetansen som viser seg ved studien tilhører gjennom dette perspektivet den personlige kompetanseformen som ses på som noe vanskeligere å artikulere. Sykepleierne benytter slikt sett av mye personlig kompetanse som retter seg mot utøveren som person.

8.2 Anbefalinger for praksis og videre forskning

Et subjektivt innblikk i praksis kan være nyttig for utdannelse sinstitusjonene, men også behandling sinstitusjonene. Tilsvarende sykehus og distriktpsikiatriske avdelinger med døgnposter, der psykiatrisk sykepleiere yter helsehjelp til inneliggende pasienter vil jeg tro også kan dra nytte av arbeidet. Studien viser at det er behov for fokus rettet mot det særegne ved psykiatriske sykepleieres bidrag. Et sentralt funn ved studien er at det kan være vanskelig å gjennomføre og forvalte eget fag i en praksis virkelighet som kan oppleves å gi vanskelige rammebetingelser. Slik kan en tenke at betingelsene ute ved praksisfeltet kan tynne ut det som er særegent ved de ulike profesjonsgruppene. Praksisfeltet og utdannelse sinstitusjonene bør derfor møtekomme og se disse betingelsene, og videre utvikle strategier for hvordan en kan legge til rette for yrkesutøvelsen. Omstilling har preget feltet og mulighetene for utvikling er til stede fremover i tiden. I forhold til temaet jeg har tatt opp

i denne studien vil jeg håpe at faggruppen i tiden fremover fortsetter å reflektere over egen yrkesutøvelse for styrking og tydeliggjøring, og for pasientens beste.

Studien viser at flere opplever manglende fokus på fag og utvikling, og en kan stille spørsmålstegn ved den faglige autonomi i praksisfeltet. Vi bør i større grad venne oss til tanken om at vi skal være en lærende og utviklende institusjon hvor også fagutvikling foregår mellom personale som arbeider ved sengepostene. En oppgave blir derfor i større grad å beskjeftige seg med fagutvikling og forskning blant utøverne som gjennomfører den faktiske helsehjelpen. Studien viser også at det er personlig kompetanse en i stor grad benytter seg av i det kliniske arbeidet. Denne kompetanseformen vil gjerne følge fagpersonen, og den synes både i litteraturen og ved det empiriske materiell å være vanskelig å artikulere. En bør utvikle strategier og metoder for å løfte denne typen kompetanse slik at den på en bedre måte kan forvaltes og utvikles ved praksis. En mulighet kan være å gi tid og rom til systematisk refleksjoner og relevant fagutviklingsarbeid ved sengepostene.

Endring til den tverrfaglige organiseringen impliserer også at en i større grad bør tydeliggjøre egen virksomhet. Pasientens problemer er sammensatte og behovet for en helhetlig hjelp er til stede. Min tanke er at det best dekkes gjennom flere faggrupper som utfyller hverandre og samarbeider. For å styrke vårt bidrag i et tverrfaglig arbeidsfelleskap må vi være tydelige. Studiens funn viser nettopp at noen opplever utydelighet og at de blir satt til oppgaver de ikke ser mening i. Det særegne oppleves å være medisinhåndtering og til en viss grad kunnskaper vedrørende somatiske spørsmål. Psykiatrisk sykepleie handler om mer enn dette, og det er derfor viktig å utvikle våre evner på å artikulere vårt fag slik at vi igjen kan bli tydelige, modige og stolte. Praksisfeltet, institusjonene og forskningen bør ta hensyn til dette behovet i tverrfaglighetens tid som kan gå på bekostning av profesjonsautonomien.

"If you cannot name it, you cannot practice it, control it, teach it, finance it or put it into public policy" (Lang & Clarke, 1992, s. 4)

LITTERATURLISTE

- Barker, P. J. (1997). *Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursi. In search of the whole person*. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.
- Barker, P. J., Reynolds, W., & Stevenson, C. (1998). Perspectives in Psychiatric care. I *The Human Science Basis of Psychiatric Nursing: Theory and Practice* (ss. 5-14).
- Bowers, L., & Ryan, C. J. (2005, December). Coersive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* , ss. 695-702.
- Chaiklin, S. (1993). Den teoretiske grund i det kvalitative forskningsinterview. *Nordisk Psykologi* , ss. 174-185.
- Cleary, M., & Edwards, C. (1999). Something always comes up: nursepatient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psyhiatic and Mental Healt Nursing* , ss. 6, 469-477.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Faurbye, A. (1954). *Psykiatrisk sygepleie. En vejledning for sygeplejersker*. København: Dansk videnskabs forlag A/S.
- Finset, A. (1986). *Familien og det sosiale nettverket*. Oslo: Cappelen.
- Fog, J. (1994). *Med samtalen som utgangspunkt, det kvalitative forskningsintervju*. København: Akademisk forlag.
- Fortune, T., & Fitzgerald, M. H. (2009). The challenge of interdisciplinary collaboration in acute psychiatry: Impacts on the occupational milieu. *Australian Occupational Therapy Journal* , ss. 81-88.
- Foss, C., & Ellefsen, B. (2005). *Helsetjeneste-forskning- Perspektiver, metoder og muligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fourie, W. J., McDonald, S., Connor, J., & Bartlett, S. (2005). The role of the registered nurse in an acute mental health inpatient setting in New Zealand: Perceptions versus reality. *International Journal of Mental Health Nursing* , ss. 14: 134-141.
- Friis, S., & Vaglum, P. (2002). *Fra ide til prosjekt -en innføring i klinisk forskning*. Oslo: Tano- Aschehoug A/S.
- Gill, J., & Jing, J. (1995). Interprofessional shared learning: A curriculum for collaboration. I K. Soothill, L. Mackay, & C. Webb, *Interprofessional Relations in Health Care*. London: Edward Arnold.
- Grad, O. (1999). Helsepersonell som etterlatte ved selvmord. *SUICIOLOGI* , ss. 16-17.

Grad, O., Zavasnik, A., & Grolenger, U. (1997). Suicide of a patient: Gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide and life-threatening behavior*, ss. 379-386.

Graneheim, U. H., & Lundmann, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today*, 24, ss. 105-112.

Gunderson, J. (1978, Vol.41: 327-335.). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*.

Hagen, H., & Ruud, T. (2005). *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003*. Trondheim: SINTEF Helse.

Hellevik, O. (2003). *Forskningsmetode i sosiolog og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007-2010). *Nasjonal helseplan*. Regjeringen.

Hjort, H., & Ruud, T. (2006). *En kvalitativ studie av akuttavdelinger i psykisk helsevern*. Oslo: Sintef.

Hummelvoll, J. K. (2006). *Helt - ikke stykkvis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hummelvoll, J. K. (1998). *Internasjonalt utsyn - resymè av forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, rapport 10.

Hummelvoll, J. K., & Barbosa da Silva, A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden*, ss. 16: 25-32.

Hummelvoll, J. K., & Røsset, O. (1999). *De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter - fokus på akuttpsykiatrien. Rapport nummer 17*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2001). Coping with everyday reality: Mental health professionals reflections on the care provided in an acute psychiatric ward. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, ss. 156-166.

Hurley, J. (2009). A qualitative study of mental health nurse identities: Many roles, one profession. *International Journal of Mental Health Nursing*, ss. 18, 383-390.

Karlsen, R. (2009, april). Profesjonell kompetanse. *Sykepleien forskning*, ss. 198-204.

Karlsen, R. (2003). Psykiatriske sykepleieres spesialkompetanse. *Sykepleien*, ss. 40-43.

Karlsson, B. (1997). Miljøterapi - begrep og innhold - en kritisk drøftelse. I A. J. Andersen, *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi*. Oslo: Capellen Akademisk Forlag.

Kristoffersen, K. (1997). *Opplevelse av å være søster eller bror til en person med langvarig mental lidelse*. Bergen: Universitetet i Bergen.

Kristoffersen, K. (1998). *Pårørende og søsken i psykisk helsevern. Hermeneutisk metode, søskens opplevelse, pårørendesamarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, S. (1984). *Om tolkning av kvalitativ forskningsintervju*.

Kvale, S. (1983). The qualitative Research Interview: A phenomenological and hermeneutical mode of understanding. *Journal of Phenomenological Psychology*, 14 , ss. 171-196.

Lang, N., & Clarke, J. (1992). Nursing's Next Advance: An International Classification for Nursing Practice. *International Nursing Review*, 39 , s. 4.

Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lauvås, K., & Lauvås, P. (2008). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiver og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Litman, R. (1970). management og suicidal patients in medical practice. *Scneidman, Farberow og Litman (eds) The psychology of suicide. New York: Science House .*

Løchen, Y. (1985). *Liv og forvitring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Tano Aschehoug.

Martinsen, K. (1991). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: Tano forlag.

Moe, S. (1998). *Den moderne hjepens sosiologi: velferd i systemteoretisk perspektiv*. Sandnes: Apeiro Forlag.

Molander, A., & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norvoll, R. (2002). Gap mellom utdanning og yrke. *Tidsskriftet Sykepleien .*

Okkenhaug, & Piros, J. (1998). Familieavdelingen ved Modum bad 30 år. *Fokus på familien* , Nr. 4.

Peplau, H. E. (1994). Interpersonal Relationships: the purpose and characteristics of professional nursing. I A. W. O Toole, S. Rouslin Welt, & (red), *Selected Works*. London: Macmillan Press.

Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in Nursing*. New York: G.P. Putnams Sons.

Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. Houndmills: Macmillan Education.

Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge*. London: Routledge and Kegan Paul.

Polanyi, M. (1983). *The Tacit Dimension*. Gloucester: Peter Smith.

Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rolf, B. (1991). *Profession, tradition och tyst kunnskap*. Gyttorp: Nya Doxa.

Roy, C. (1976). *Introduction to Nursing*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Ruud, T., Gråwe, R. W., & Hatling, T. (2006). *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge- resultater fra en multisenterstudie*. Sintef.

Røssberg, J. I. (2005). Relasjoner mellom pasienter og stab. Hva fremmer et gunstig behandlingsresultat? I I. Oppjordsmoen, P. Vaglum, & G. R. Bloch Thorsen, *Oss mellom. Om relasjonenes betydning for mental helse*. Stavanger: Hertervig Forlag.

Schönfelder, W. (2007). *Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid*. . Tromsø: Universitetet i Tromsø. Det samfunnsvitenskaplige fakultet. .

Skagen, H., & Piros, J. (2002). en annerledes rolle i det tverrfaglige arbeidsfelleskapet. *Sykepleien* , ss. 30-34.

Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser*. Oslo: J.W.Cappelens Forlag.

Snoek, J. E., & Engedal, K. (2009). *Psykiatri* . Trondheim: Akribe.

Sosial- og helsedepartementet . (1998). *St.prp. nr. 63. Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Sosial- og helsedepartementet.

Sosial- og helsedepartementet. (1996-1997). Åpenhet og helhet. om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. *St. meld. nr. 25* .

Sosialdepartementet. (1974). *Stortingsmelding 9. Sykehusutbygging m.v. i et regionalt helsevesen: tilråding*. Oslo: Sosialdepartementet.

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. . Oslo: Avdeling for dr.polit.- graden. Institutt for sykepleievitenskap, UiO.

World Health Organization. (1998). *Health 21 -The health for all policy framework*. Copenhagen: WHO.

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsintervju

Til Psykiatrisk sykepleier

Sted:

Forespørsel om deltakelse i forskningsintervju

Bakgrunn og hensikt:

Dette er en forespørsel om deltakelse i intervju i forbindelse med mastergradsstudien *Fokus på praksis*, som er en kvalitativ studie av den psykiatriske sykepleiers praksis i spesialisthelsetjenestens akutte døgntilbud. Ved å benytte en kvalitativ tilnærming, vil jeg forsøke å tilnærme meg og beskrive et utvalg psykiatriske sykepleieres erfaringer og opplevelse av sitt arbeid i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Erfaringene jeg ønsker å belyse er i forhold til egen funksjon og plass i et tverrfaglig miljø.

Hensikten med studien er å få mer kunnskap om den psykiatriske sykepleiers hverdag og praksis i akuttpostene i spesialisthelsetjenesten. Ved å intervjuere praktikere og analysere data på en systematisk måte, vil en kunne få et større innblikk og forståelse for deres praksishverdag.

Hva innebærer deltakelse i forskningsintervju for deg?

Intervjuet vil ha en varighet på 45 til 90 minutter. Intervjuet vil bære preg av refleksjon og drøfting omkring noen åpne spørsmål.

Inklusjonskriterie

Jeg ønsker å intervjuere psykiatriske sykepleiere med minimum et års erfaring fra ordinært klinisk arbeid. Det er ønskelig at begge kjønn er representert.

Mulige fordeler og ulemper

Fortrinnsvis ønskes intervjuet gjennomført i arbeidstiden. Arbeidspresset i avdelingen varierer i stor grad, og det kan være vanskelig å få tid til arbeid som ikke er direkte pasientrettet. Intervjuet gir rom for at du kan formidle din erfaring og opplevelse fra egen

praksis. Resultatene av studien vil kunne danne grunnlag for videre kvalitetsarbeid ved avdelingen og ved andre avdelinger. Bidraget kan også gi grunnlag for videre utvikling av de psykiatriske sykepleiernes praksis i akutt poster.

Hva skjer med innsamlet materiale?

Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd for kvalitativ analyse. Mastergradsstudent og tilhørende veileder vil ha tilgang til materialet som behandles konfidensielt. Det skal ikke være mulig for andre å gjenkjenne deg i teksten. Materialet vil analyseres og dokumenteres i en mastergradsoppgave og eventuelt senere publiseres som en artikkel. Ved innsamling av data vil ingen personidentifiserbare data lagres og innsamlet materiale vil forbli anonymisert i arbeidsprosessen, forsvarlig oppbevart og makulert ved prosjektslutt 13. august 2010. Prosjektet er tilrådd av personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Frivillig deltakelse

Deltakelse i intervjuet er frivillig. Du kan når som helst og uten begrunnelse trekke deg fra studien uten videre konsekvenser. Intervjuet vil da bli slettet umiddelbart. Hvis du ikke ønsker å delta, trenger du ikke besvare denne henvendelsen. Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg undertegne en av de to kopiene av samtykkeerklæringen og sende til meg. **Du kan også ta vare på erklæringen og kontakt meg på telefon eller mail så avtaler vi tidspunkt.**

Ytterligere informasjon om studien

Mer informasjon om studien kan du få ved henvendelse til Hjalmar Skøien Varsi, Høgskolen i Hedmark. Du kan også få innsyn i utarbeidet prosjektbeskrivelse.

Med vennlig hilsen: Hjalmar Skøien Varsi

Lørenskog dato:08.04.2010

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring til individuelt forskningsintervju

Mastergradsstudent:

Hjalmar Skøien Varsi

Psykiatrisk sykepleier

Student ved Høgskolen i Hedmark

Master Mental Health Care, MMHC

Tlf mob. 48057507

E-Post: Hjalmar.Varsi@stud.hihm.no

Veileder:

Ellen Andvig

Ellen.andvig@hive.no

Høgskolen i Vestfold

Prosjekttittel: Fokus på praksis

Jeg er informert om studien og ønsker å stille til disposisjon for intervju. Prosjektansvarlig kan med mitt samtykke benytte anonymisert materiale til mastergradsoppgave, senere i vitenskapelige publikasjoner og intern eller ekstern undervisning.

Sted

Dato

Underskrift

Vedlegg 3: Semistrukturert intervjuguide

Fokus på praksis

-Kvalitativ studie av den psykiatriske sykepleierens bidrag i akuttpsykiatrisk døgnpost

Semistrukturert intervjuguide:

Introduksjon: Situasjon, Formål med intervju, lydopptaker, spørsmål?

Problemstilling: Hvordan opplever den psykiatriske sykepleieren eget bidrag i akuttpsykiatrisk døgnpost?

Intervjuguide:

- Fortell om en vanlig dag på jobben
- Kan du gi eksempler på vanlig klinisk arbeid der du samarbeider med andre?
- Hva er dine spesielle oppgaver som psykiatrisk sykepleier?
- Hva forstår du som dine viktigste bidrag som psykiatrisk sykepleier?
- Er det du gjør behandling?
- Hva er lett og hva oppleves som vanskelig/ utfordrende i ditt arbeid?
- Er det noe du skulle ønske å gjøre mer eller mindre av i jobben din?
- Hva vil du si kan virke fremmende eller hindrende for at du får bidratt med din sykepleieutøvelse?
- Hvordan opplever du din rolle i det tverrfaglige samarbeidet i posten?
- Hvordan er det å jobbe som psykiatrisk sykepleier på denne posten?
- Hva tror du andre psykiatriske sykepleiere tenker om eget bidrag i dette arbeidet?

Avslutning: Tilføyelser? Opplevelse av intervjuet? Oppsummering.

Vedlegg 4: Tilråding fra NSD

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

Arild Granerud
Institutt for psykisk helse, oppvekst og samfunn
Høgskolen i Hedmark
Postboks 43
2401 ELVERUM

Vår dato: 03.03.2010

Vår ref: 23630 / 2 / IBH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.02.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 01.03.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

23630	<i>Karakteristikkene av psykiatriske sykepleie i akuttpost</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Arild Granerud</i>
<i>Student</i>	<i>Hjalmar Skøien Varsi</i>

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

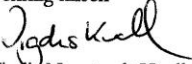
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 13.08.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Ingvild Bergan

Kontaktperson: Ingvild Bergan tlf: 55 58 32 32
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Hjalmar Skøien Varsi, Åsenveien 3, pb. 17, 1401 SKI

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. kyrre.svanva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no