

KLAR, FERDIG, GÅ!

Hva kjennetegner psykiatriske sykepleieres forberedelser før møtet med personer i akutt psykisk krise?

READY, SET, GO!

What is characteristic of psychiatric nurses preparation for meeting with individuals in acute psychiatric crisis?

Ulla Grönlund Aigeltinger



Høgskolen i **Hedmark**



Masteroppgave, master of mental health care,
avdeling for helse- og idrettsfag.

Høgskolen i Hedmark 2011

Innhold

NORSK SAMMENDRAG	4
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT).....	5
TAKK	6
1. INNLEDNING	7
1.1 BAKGRUNN	7
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	10
1.3 BEGREPSAVKLARING	10
1.3.1 Psykiatrisk sykepleie.....	10
1.3.2 Psykisk krise	11
2. TIDLIGERE FORSKNING	13
3. TEORETISK PERSPEKTIV	17
3.1 ET HUMANISTISK STÅSTED.....	17
3.2 MØTET	17
3.3 RELASJONSPERSPEKTIV.....	19
3.4 LIDELSENS DIMENSJONER	20
3.5 SYKEPLEIEPROESSEN.....	21
3.6 INNFALLET OG FLIDSARBEID (EGENINNSATS).....	23
3.7 IMPROVISASJON	24
3.8 ÅPNE SAMTALER, REFLEKTERENDE PROSESSER	25
4. FORSKNINGSMETODE.....	27
4.1 VALG AV DATAINNSAMLINGSMETODE	27
4.2 UTVALG AV DELTAKERE OG FORESPØRSEL OM DELTAKELSE	29
4.3 INTERVJUGUIDE	29
4.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	30
4.5 TRANSKRIBERING	31
4.6 ANALYSE	31
4.7 FORSKNINGSETISKE BETRAKTNINGER.....	33
5. PRESENTASJON AV FUNN.....	35
5.1 Å STÅ I DET ÅPNE	36
5.2 Å FÅ GREP OM DEN AKTUELLE SITUASJONEN	36
5.2.1 Å gjøre aktiv informasjonsinnsamling.....	36
5.2.2 Å være enige om kjøreregler.....	37
5.2.3 Å være åpen for samarbeid med pårørende.....	38
5.2.4 Å være åpen for å lære av hverandre	38
5.3 Å MØTE DET SOM KOMMER	39
5.3.1 Å være innstilt på	39
5.3.2 Å være nærværende	40

5.3.3	Å la seg bli berørt	41
5.3.4	Å ta tenkepause.....	41
5.4	Å IMPROVISERE	42
5.4.1	Å følge innfallet.....	42
5.4.2	Å være kreativ	43
5.5	SAMMENDRAG AV FUNN	44
6.	DISKUSJON.....	45
6.1	METODISK REFLEKSJON.....	45
6.1	DISKUSJON AV FUNN.....	47
6.1.1	Å stå i det åpne	47
6.1.2	Å (tørre) improvisere.	55
6.1.3	Ekspertsykepleieren og den kulturelle Mester	58
7.	KONKLUSJON OG KONSEKVENSER FOR PRAKSIS.....	62
7.1	KONKLUSJON.....	62
7.2	KONSEKVENSER FOR PRAKSIS, UTDANNING OG VIDERE FORSKNING	63
8.	LITTERATUR:.....	65
	VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV.....	71
	VEDLEGG 2: SAMTYKKEERKLÆRING	73
	VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE	74

Norsk sammendrag

Tittel: Klar, ferdig, gå! Hva kjennetegner psykiatriske sykepleieres forberedelser før møtet med personer i akutt psykisk krise?

Hensikt: Hensikten med denne studien er å få kunnskap om hva som kjennetegner psykiatriske sykepleieres forberedelser før møtet med personer i akutt psykisk krise. Datainnsamling er gjort ved Ambulante akutteam ved Distriktpsikiatriske senter.

Bakgrunn: I St prp nr. 1. (2004-2005) er det forutsatt at ambulante akutteam skal etableres ved landets distriktpsikiatriske sentre innen utgangen av 2008. Dette er en ny virksomhet som mange vil bli berørt av, og som det til dags dato er gjort lite forskning på. Studien prøver å belyse en del av arbeidsmetodikken i ambulante akutteam.

Metode: Studien har en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming med eksplorativt og deskriptivt design. Fire dyadiske kvalitative forskningsintervjuer (parintervjuer), inspirert av fokusgruppeintervju er gjort.

Funn: Sykepleierne var forberedte gjennom aktiv informasjonsinnsamling, kommunikasjon med pårørende, og bruk av hverandres kunnskap for å møte personer i akutt psykisk krise. Gjennom visualisering, å være tilstede, å sanse, fordele roller, bruke den tid de trengte, og ta "time-out", var de forberedt på å stå i uforutsigbare situasjoner. Sykepleierne hadde mye kunnskap og erfaring og de var trygge på de gjeldende rammer. Tryggheten gjorde at de turte å være kreative og de kunne bruke improvisasjon for å finne alternative løsninger som for eksempel innleggelse på døgnpost.

Konklusjon: Studien viser at forberedelser før møtet med personer i akutt psykisk krise gir økt handlingsberedskap. Å være forberedt gir bedre konsentrasjon og oppmerksomhet og sykepleierne tåler bedre psykiske påkjenninger. Det konkluderes med at dette fokus bør bli mer fremtredende som forståelse og arbeidsmetoder i ambulante akutteam. Resultat viser at krisehåndtering handler om å bruke tid, den tid det tar å opprette dialoger og gjøre vurderinger slik at krisehåndtering oppleves som medmenneskelig og profesjonell.

Nøkkelord: Akutt psykiatrisk behandling, ambulante akutteam, lokalbasert psykisk helsearbeid, psykiatrisk sykepleie, kommunikasjon, inntrykk, improvisasjon, åpenhet, nærvær.

Engelsk sammendrag (abstract)

Title: Ready, set, go! What is characteristic of psychiatric nurse's preparation for meeting with individuals in acute psychiatric crisis?

Aim: The purpose of this study is to gain knowledge about the characteristics of meeting with individuals in acute psychiatric crisis. Data collection is done at two Crisis resolution teams (CRT).

Background: In the Norwegian parliament proposition No. 1, it is assumed that Crisis resolution teams will be established at local mental health centers by the end of 2008. This is a new offer to mental health patients, and until now there are few research studies in this field. The study focus is on different aspects of working in a Crisis resolution team.

Method: The study has a phenomenological, hermeneutic approach with an exploratory and descriptive design. Four dyadic qualitative research interviews were done.

Findings: The nurses were preparing their work through active information about the patients, communication with relatives, and the use of each other's knowledge to meet individuals in acute psychiatric crisis. Through visualization, being presence, to sense, dived roles, using the time they needed, and taken "time-out", the nurses were prepared to be in the unpredictable situations. The nurses had much knowledge and experience, and were confident with the current framework. The confidence enabled them to improvise and be creative to find flexible solutions.

Conclusion: The study shows that preparation for meeting with individuals in acute psychiatric crisis leads to increased action readiness. Better concentration and attention makes nurses more prepared to handle mental stress. The study conclusion is that this way of working in acute crisis resolution teams should be prominent.

Key words: acute mental health care, crisis resolution team, home treatment, psychiatric nursing, communication, courage, impression, improvisation, openness, presence.

Takk

Jeg vil først rette en stor takk til informantene som i en travel hverdag velvillig stilte opp og delte sine tanker og erfaringer med meg. De har bidratt med verdifullt og inspirerende materiale. De var imøtekommende og viste positiv interesse for studien.

En særskilt takk går til min veileder Ellen Andvig på høyskolen i Vestfold som har vist stor interesse for mitt tema og gitt meg hjelp og støtte underveis i prosessen.

Spesialbibliotekar Vigdis Knutsen ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse var alltid tålmodig og hjelpsom med å finne aktuell litteratur.

Takk går også til lærer og medstudenter som har gitt positive og nyttige tilbakemeldinger etter fremlegg jeg har hatt. Læringsmiljøet har gitt næring til ideer og motivering.

For hjelp til språklig korrigerings vil jeg takke Rune og spesielt mot slutten forsker Bente Berget.

Takk også til min arbeidsgiver som gav meg muligheten til denne utdanningen, og til alle mine kollegaer som har fulgt arbeidet med positiv interesse.

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

I psykiatrien har det vært gjort mange endringer de siste 40 til 50 årene. Helsereformer har ført til nedbygging av store psykiatriske institusjoner, psykiatriske sykehjem og ettervernshjem. Kommunene skulle overta ansvaret, noe flere ikke var forberedt på, verken økonomisk eller ut ifra organisering. Kritikken var stor fra brukere og deres interesseorganisasjoner, fra pårørende, fagmiljøer, media og helse – og sosialpolitikere. Det var mange som ble skadelidende fordi det ikke var noen alternativ til alle de som tidligere hadde en institusjonsplass. I Stortingsmelding 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet” behandler behovet for nye og bedre tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Den påpeker behovet for tverrfaglig kompetanse, kontinuitet, tilgjengelighet og samarbeid i tjenestetilbudet. Brukermedvirkning, mestring, nærhet og desentralisering var noen sentrale begreper. Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 viderefører disse helsepolitiske intensjonene og innfører begrepet psykisk helsearbeid. Det overordnede målet for planen var å gi mennesker med psykiske lidelser nødvendig helsehjelp og at de skulle få en verdig livssituasjon. Det ble bygget flere omsorgsboliger, dagsentra i kommunene og flere stillinger ble opprettet i hjemmesykepleien. Nå ble begrepet lokalbasert psykisk helsearbeid innført om det faglige tjenestetilbudet som skulle tilbys i kommunene (Rogan 2004). Begrepet innebærer at en så langt som mulig skal finne løsninger i brukernes eget lokalmiljø. Intensjonen er også å tenke nettverk, hvilket betyr at familier skal få den faglige hjelp og støtte når de trenger det, på en lett tilgjengelig og rask måte.

I Opptappingsplanen og i St. prp nr.1 (2004-2005) var det klare retningslinjer om at Distriktpsikiatriske sentre, skulle prioritere ambulante akuttpsikiatriske tilbud. Etter en utprøving skulle alle landets 78 DPS innen utgangen av 2008, ha startet ambulante akutteam. I Sosial- og helsedirektoratet (2006a) veileder for DPS ”Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen”, står det at DPS-enes kjerneoppgaver er blant annet akutt- og krisetjenester – ambulante behandling og rehabilitering til personer med alvorlige psykiske lidelser. I rapport fra Sosial- og helsedirektoratet (2006b), ”Du er kommet til rett sted...”, står det at med ambulante akutteam ønsker man å sikre en bedre, helhetlig og mer tilgjengelig spesialisthelsetjeneste til personer i akutte psykiske krisesituasjoner gjennom rask og god tilgjengelighet for primærhelsetjenesten. Tjenesten skal dessuten kunne tilby intervensjon som støtter opp om pasientens egen mestring og pasientens nettverk. Videre poengteres det at for å

oppnå gode forutsetninger i møtet med bruker/nettverk og tjenestenettverk, er det viktig å skape en arena for samhandling basert på brukeres og pårørendes premisser i omgivelser hvor de opplever seg mest trygge.

Tilsvarende team "Crisis resolution Teams" (CRT) har eksistert siden 1980 -tallet både i USA, Australia og England. De engelske teamene gir et 24 timers tilbud syv dager i uken, og kan vise til gode resultater med å redusere antall sykehusinnleggelseser. Det er også rapportert en høy grad av tilfredshet både fra brukere, pårørende og fagfolk. Disse resultater la grunnlaget for å etablere Ambulante akutteam i Norge. Teamene har forskjellige åpningstider, tilgjengelighet og også forskjellige tilnærminger. Dette gjør at studier som sammenligner de forskjellige teamene kan være vanskelige å gjennomføre. I Sosial- og helsedirektoratets rapport om Ambulante akuttenester ved DPS (2006b) er målgruppen voksne over 18 år som befinner seg i en psykisk krisesituasjon. Krisen kan være av et omfang som medfører at personens, familiens og netteværkets vanlige mestringsstrategier ikke strekker til. Dette kan være personer med førstegangpsykosser, psykotiske sammenbrudd hos en allerede kjent person, personer i en akutt suicidal krise, personer i rusrelaterte psykiske kriser eller andre akutte kriser. Mye av behandlingen som tidligere ble gjort på sykehus skal nå foregå i hjemmet. Det utvikles nye samarbeidsformer i pasienters lokalmiljø med særlig vekt på en kontekstuell forståelse av psykisk krise og hjemmebehandling. Det blir vektlagt et tverrfaglig samarbeid, og man mener at tidlig krisehåndtering i hjemmet kan være med å løse opp akutte problemer raskere, resultere i mindre tvang, færre sykehusinnleggelseser og mindre omfattende medikamentell behandling (Haugen & Hultberg 200; Karlsson, Borg & Sjølie 2008).

De fleste DPSer har nå organisert akuttilbudet i Ambulante akutteam. I en kartleggingsstudie som ble gjennomført i 2010 av Karlsson et.al (2011) fremkommer det at 51 av landets 78 distriktpsikiatriske sentra har etablert ambulant akutteam. Av de 25 som ikke hadde, skulle seks etablere slike team i 2010. Det fremkommer at det er stor variasjon i tjenestetilbud og i arbeidsmåter. Åpningstiden varierer, og det er bare noen få som har åpent på kvelder og helger. De fleste team disponerer krisesenger. De fleste team samarbeider også aktivt med pårørende og drar hjem til brukere. De tar også imot direkte henvendelser. Herunder vil jeg også nevne at de fleste Ambulante akutteam er tilknyttet et nettverk for forskning og evaluering av akuttpsykiatriske tilbud. Dette nettverk er opprettet av SINTEF Helse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Målsetting med nettverket er å fremskaffe forskningsbasert kunnskap om ulike akuttilbud innen psykisk helsevern. (Sosial- og helsedirektorat 2006b).

I hjemmebaserte tjenester i lokalsamfunnet og i ambulans akutteam (AAT), fokuseres det på en ny type fagkunnskap der nye arbeidsmåter blir etterspurt. Sykepleieren er ikke lenger en del i et hierarkisk system der hun til enhver tid kan konferere med spesialister. Sykepleieren jobber mer selvstendig og oppretter samarbeid med dem pasienten ønsker. Det kreves både tålmodighet, evne å stå i vanskelige situasjoner og fleksibilitet til å finne ut av situasjoner. Dette forutsetter at den psykiatriske sykepleieren ser på seg selv og sin profesjon som autonom. Autonomi handler om å være fri og ha evne til å handle, samt å ville andre vel. (Gustin et.al 2110). I sin forskning om den psykiatriske sykepleier som "Liberø", mener Hummelvoll (1996) at det kreves fleksibilitet, selvstendighet, fagkunnskap og personlig engasjement for å arbeide i lokalsamfunnet.

I mitt arbeid som psykiatrisk sykepleier har jeg ofte møtt mennesker som er i krise. Jeg har blitt overrasket over hvor energikrevende det er å være i det spesielle møtet fordi det krever mitt fulle nærvær. Samtidig har det gitt meg innsikten i at akkurat det nærværet kan bety at krisen kan gi endring. Det er når jeg har hatt mulighet for å forberede meg til møtet, og har fått kjennskap til min egen forforståelse, at jeg har følt meg trygg i min yrkesrolle. Møtet med pasienten har etter at jeg har forberedt meg, ofte medvirket til at krisen har kunnet roe seg. Dette kan blant annet handle om at det kreves høy grad av nærvær og fleksibilitet hos sykepleieren. Det er viktig å kunne ta raske avgjørelser, men samtidig å kunne reflektere over hva som kreves i situasjonen. Tar hun seg tid til å "stemme seg selv inn" for å være forberedt til disse oppgaver?

Et pågående forskningsprosjekt, støttet av Norges forskningsråd, startet 2007 og skal være avsluttet 2011. Det omhandler "Krisehåndtering og hjemmebehandling i lokalbasert psykisk helsearbeid". Prosjektet har som hovedmålsetting å utforske forståelser og arbeidsmetoder i et akutt, ambulans team, samt pasienterfaringer. (Borg & Karlsson 2010). Det skjer nå over hele Norge at ambulans akutteam etablerer seg. Det er derfor av stor betydning at sykepleiere og teammedlemmene er med på å utarbeide forståelser og arbeidsmetoder de selv synes er viktige. Jeg ser på forberedelse som en viktig del av det å utforske forståelse og arbeidsmetoder særlig i nyetablerte ambulante akutteam. Hvordan kan sykepleieren og hennes kollega forberede seg før møtet, og hvilke forberedelser er av betydning for å kunne gjøre de nødvendige vurderinger i en krisehåndtering?

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å få mer kunnskap om hva som kjennetegner psykiatriske sykepleieres forberedelser for å møte personer i akutt psykisk krise. Problemstillingen vil omhandle selve begrepet ”før møtet”, som innebærer at sykepleieren har noe forhåndskunnskap om pasienten. Det kan for eksempel være en henvisning, en telefonsamtale med mer. Det handler eksplisitt om hva sykepleieren gjør av forberedelse etter den informasjon.

Jeg ønsker å fokusere på hva som kreves av kunnskaper til forberedelse i møtet med personer i akutt psykisk krise.

Problemstillingen konkretiseres slik:

- Hva kjennetegner psykiatriske sykepleieres forberedelser før møtet med personer i akutt psykisk krise?

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Psykiatrisk sykepleie

Jeg vil definere psykiatrisk sykepleie i følge Hummelvoll (2004):

”Psykiatrisk sykepleie er 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 pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren 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” (s.46).

I min studie som handler om forberedelse til krisehåndtering vil jeg spesielt trekke frem fra definisjonen det samarbeidende og forpliktende fellesskap. Gjennom dette samarbeidet kan for eksempel pasientens egenomsorg bli tydeliggjort. Et møte hjemme hos pasienten med eventuelt familie til stede, vil bringe frem informasjon om hele pasientens kontekst, dvs. hans relasjon til sin omgivelse. En planlagt virksomhet har klare hensikter for sitt arbeid og i en slik uforutsigbar situasjon som en krise kan planlegging innebære at sykepleiene er godt forberedte. Ved et hjemmebesøk kan sosiale og andre problem som påvirker krisen bli avdekket. Da har sykepleieren en forpliktelse om å melde ifra om dette. Den omsorgsgivende virksomheten bør baseres på sykepleiens innerste kjerne som er kjærlighet, ansvar og barmhjertighet (Lindström 2003). Hun

mener det er den kunnskapen som skal gjennomsyre psykiatriske sykepleiers yrkesfunksjon som helhet. Nettopp omsorgsdefinisjonen kan være avgjørende for sykepleiere i et ambulant akutteam. Pasienten som opplever en akutt psykisk krise må av sykepleiene få omsorg på at de blir sett ut ifra hans egen forståelse av situasjonen. Først da kan en dialog oppstå og vurderinger kan bli gjort.

Gustin et al (2010) beskriver den psykiatriske sykepleieren som ”sykepleieeksperten” (omvårdnadseksperter). Det betyr her at eksperten ikke er den som inntar en allvitende rolle, men som i relasjonen til pasienten tør å forholde seg ydmyk og ikke dømmende. Sykepleieeksperten kan også reflektere over det som pasienten forteller, hans uhelse og lidelse. Hun kan også gjøre refleksjoner over pasientens ressurser og hans verdier i forhold til en sykepleieteoretisk referanseramme. En sykepleieekspert kan la seg berøres følelsesmessig og reflektere over sine erfaringer i møtet med pasienter. Hun kan være åpen og innrømme at hun tar feil. Hun har mot til å stå opp for det som er etisk uforvarselig overfor andre. Dessuten reflekterer hun stadig over seg selv og sin egen handling (Gustin et al 2010).

1.3.2 Psykisk krise

Ordet krise kommer fra greske *krisis* og betyr avgjørende vending, plutselig forandring og skjebnesvanger endring. De to ordene *krise* og *kritikk* har en felles opprinnelse fra gresk *krinein*, som betyr skille, avgjøre, å rense. Bollnow (1976) hevder at en person selv ikke kan kritisk granske sine egne overbevisninger, men trenger påminnelse (hendelse) utenifra for å stille seg selv de kritiske spørsmål (= kris/hendelse). En krise skal derfor ikke gjennomlides passivt uten den skal lede til kritikk, mener Bollnow (ibid). Det trenges altså kriser for at det skal oppstå en utvikling.

Hvordan definerer vi krise, og hvordan forholder vi oss i en krise? Dette kapitlet vil omhandle krisen, som kan defineres på mange måter, og kanskje alvorligheten og intensiteten i en krise kan beskrives slik:

”Kriser er blant de viktigste og mest avgjørende opplevelser vi har. Vi kan bli helt og endelig knust av dem, eller vi kan slite oss en vond vei gjennom dem og så vidt berge stumpene av vår tilværelse, for så å gå videre. Vi kan etter en vanskelig tid, til og med vokse og berikes av krisen. Men hvordan enn utfallet omsider blir, er kriser alltid vonde, desorienterende og farlige” Ken Heap (2002: 187).

En psykisk krise kan være en krisetilstand der våre tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke strekker til for å beherske den aktuelle situasjon. (Cullberg 2010). En krisetilstand kan være av to typer. Den ene er *traumatiske kriser*, som er plutselige påkjenninger som for eksempel død. De er

utløst av klare årsaker. Den andre typen kriser er hendelser som tilhører det daglige livet, men som blir overmektige eks. å få barn, bli pensjonert med mer. De kalles *utviklingskriser* eller *livskriser*. Den psykologiske krisesituasjonen kan inndeles i: den utløsende situasjon, betydning hendelsen har for vedkommende, aktuell livsperiode, og sosiale forutsetninger (Cullberg, 2010:15,16). Caplan (1964) har delt inn den psykiske krisen i forskjellige krisestyrker og funksjonsnivå. Det som definerer styrken og nivå i krisen er avhengig i hvilken grad personen kan regulere sine følelser. Krisen forklares lite ut ifra psykologiske mekanismer, hevder Callahan (1994) og fremholder problemer med definisjon av kriser etter Caplans modell om selvregulering av følelser. I tilfeller som ved dissosiasjon og emosjonelle sjokktilstander opptrer personen rolig. Caplans tradisjonelle kriseteori strekker ikke til som forståelsesmodell for personer med alvorlig psykisk lidelse i akutt krise (Ball et. al.(2005), Hoff (2001), Callahan (1994) og Hobbs (1994). Krise (crisis) og kritisk situasjon, akutttilfelle (emergency) defineres forskjellig og krever også forskjellig behandling (Callahan 1994). Callahan fremholder at det er kun tre psykiske kriser som krever umiddelbar behandling, det er personer som er potensielt suicidale, potensielt voldelige, og akutt psykotiske personer (s.168).

En teoretisk modell av hvordan krisen erfares av personer med alvorlig psykisk lidelse, presenteres i studien til Ball et.al. (2005). De tar utgangspunkt i at en sårbarhet som eks. emosjonell ustabilitet, depresjon, søvnmvansker, hallusinasjoner, paranoiditet eller lignende foreligger. Denne sårbarheten kan være med på å utløse en krise. Krisen består i å føle seg overveldiget/overmannet og ikke å ha kontroll over seg selv. I denne situasjonen kommer redselen for å føle aggresjon, sinne, nedstemthet, uro eller eufori. Det kan synes som at personer med alvorlige psykiske lidelser i akutt krise kan beskrives bedre i litteraturen om schizofrene lidelser, enn fra en tradisjonell krisemodell (Benioff, 1995;

Ball, et.al. 2005). Ofte opplever personen som er i en akutt krise og som har en alvorlig lidelse, ikke noe sammenheng mellom utløsende årsak og krisereaksjonen.

Den traumatiske krisen omtales i en fase-tenkning, som sjokk, reaksjon, bearbeiding, og nyorientering. Personene dette omhandler er ikke dem som har alvorlige psykiske lidelser. For personer med alvorlige psykiske lidelser kan en krise forstås uti fra faser ved en psykoseprosess som karakteriseres av opptrapping, vendepunkt og tilfriskning, fremholder Cullberg (2001:71).

2. Tidligere forskning

Dette kapittelet inneholder forskning om ambulante akutteam med spesielt fokus på sykepleierens forberedelser. Søkningen etter artikler og annen litteratur har pågått underveis i forskningsarbeidet. Litteratursøk er foretatt på søkebasen som: psycINFO, PubMed, Ovid-Nursing, SveMed+ og Cochrane collaboration. Jeg har søkt artikler som er publisert i perioden fra 2000 til 2011, på både norsk og engelsk. I norsk oversettelse har jeg brukt søkeordene: Akutt psykiatrisk behandling, ambulante akutteam, lokalbasert psykisk helsearbeid, psykiatrisk sykepleie, kommunikasjon, mot, inntrykk, improvisasjon, åpenhet, nærvær.

Det finnes få studier som omhandler psykiatriske sykepleieres forberedelser for å møte personer i akutt psykisk krise. Studier er gjort for å se på alternative akuttilbud som blant annet innefatter ambulant akutteam og reduisering av akuttplasser. Studier om ambulante akutteam blir ofte sammenlignet med "Crisis Resolution/Home Treatment", CRHT i England. Birmingham-modellen som startet med CRT (Crisis Resolution Team) på 1980 tallet, er blitt brukt av Sosial-og helsedirektoratet som grunnlag for å planlegge retningslinjer for oppstart av ambulant akutteam i Norge. Rianet (2007) viser til den engelske modellen som går ut på at akuttbehandling av psykiatriske pasienter i deres egne omgivelser kan redusere antall innleggelse og lengden på sykehusoppholdet, og gi riktig hjelp raskere. Akutteam som kan rykke ut på kort varsel 24 timer i døgnet, er en av grunnpilarene i dette kommunale tilbudet. Mervin Morris (2006) har selv jobbet i et slikt team i flere år som psykiatrisk sykepleier, og er nå leder for Centre for Community Mental Health i Birmingham. Han mener det er ekstra viktig å være bevisst hvilke holdninger man møter brukerne med. Forholdet mellom behandler og bruker blir langt mer personlig hjemme, enn på en avdeling.

Glover et al (2006) har gjort en studie om innleggelse ved psykiatrisk akuttavdeling der ambulant hjemmebasert akuttbehandlingsteam har vært involvert. De brukte data fra 1998 til 2004. Resultatene viste at i områder der et hjemmebasert akuttbehandlingsteam var virksomt, var også størst reduksjon i antall innleggelse. Johnson & Thornicroft (2008) gjorde en omfattende redegjørelse om den historiske utviklingen av hjemmebasert akuttbehandlingsteam, (Crisis Resolution Team), CRT. Nøkkelpersoner fra USA, Australia, England, er blitt intervjuet i 2002-2003. Det fremkom at CRT har blitt brukt som et alternativ til innleggelse ved akuttavdeling etter nedleggelsen av de store psykiatriske institusjoner. I Vest-Europa og i engelsktalende land har det vært en progresjon i utvikling av CRT siden 1950 årene. Irving et.al. (2010) har gjort en review studie, "Crisis intervention for people with severe mental illnesses ". Hensikten var å se på alle studier i perioden 1998 til 2003 som omhandlet kriseintervensjon med personer som har en

alvorlig psykisk lidelse. Resultatene viste at en eller annen form for hjemmebehandling minsket sjanser for både akutt innleggelse og gjeninnleggelse. Morten (2009), har intervjuet personalet ved et CRT (Crisis Resolution Team) i England om hvem som fikk hjelp av teamet og hvordan deres krise ble definert. Funn fra studien viste at det ikke bare var de med alvorlige (severe) psykiske sykdommer som kontaktet teamet, men også de personer som er i en sosial krise.

Den engelskinspirerte modellen ble innført også i Norge med ønsker om å redusere antall innleggelse i institusjon, og at de som ønsket skulle få hjelp i sitt nærmiljø. Målene til akutteamene var å etablere et integrert behandlings- og støttetilbud rundt pasientene. Gråwe, et.al. (2005) gjorde en litteraturstudie om hvilke alternative akutttilbud som finnes i psykisk helsevern for voksne. De identifiserte tre alternative akuttbehandlingstiltak: akutte dagsenter/avdelinger, ambulante akutteam og åpne lavterskel sengeenheter. Kolbjørnsrud et.al. (2010) har i en studie kommet frem til at akutteam ved et godt bemannet distriktpsikiatrisk senter, vil kunne bidra til redusert bruk av psykiatrisk akuttavdeling for ikke- psykotiske pasienter som er i krise. I Norge arbeider de fleste akutteam bare på dagtid, og på kveldstid noen ganger i uken (Gråwe, et.al.2005; Kolbjørnsrud, et.al.2010). Undersøkelsene viste at det er mangel på kvalitetsstudier av effekten på alternative akuttbehandlingstiltak. Studiene varierer også med hensyn til definisjoner av hva som er akutte tilstander og akuttbehandling, samt tilbudenes struktur og innhold. Eksempler på sistnevnte er behandlingsvarighet, åpningstider, bruk av lavterskel døgn- eller dagtilbud.

Et forskningsprosjekt som ble finansiert av Norges forskningsråd i perioden 2007 -2011 omhandlet ”Krisehåndtering og hjemmebehandling i lokalbasert psykisk helserabid”. Prosjektleder var Kim, Borg & Karlsson. Fra forskningsprosjektet er det blitt publisert mange artikler, og noen vil bli redegjort for her. Hultberg & Karlsson (2007 a), har gjort en studie om faglige samarbeidspartneres erfaringer med et ambulant akuttpsykiatrisk team. De har gjennom fokusgruppeintervjuer med personal ved en kommune og ved et DPS funnet at samarbeidspartnerne erfarer større grad av tilgjengelighet og samarbeid etter opprettelse av akutteam. Hultberg & Karlsson (2007 b) har undersøkt hvordan brukere har opplevd å få hjelp i en akutt krise i deres hjem. Resultatene viste at brukerne opplevde behandling i hjemmet som avdramatiserende fordi de følte at de hadde valgmuligheter og innflytelse i situasjonen. Kontakten med ambulant akutteam økte opplevelsen av mestring og gav en opplevelse av trygghet for fremtiden. Karlsson et. al.(2008a) har gjort en studie som beskriver teammedlemmenes forståelser av hva psykisk krise er. To hovedtemaer ble identifisert; den langvarige og akutte krise samt den individuelle og sosiale krisen. De konkluderer med at en verdifull kompetanse som kreves, er å kunne møte det uventede og å tåle det ukjente. Det beskrives som en annen profesjonalitet.

Ytterligere funn var valg og forhandlingsmuligheter for pasient og nettverk og at den psykiske krisen oppfattes sosial så vel som individuell. Karlsson et. al. (2008b) presenterer i studien "From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway" et rammeverk for kriseintervensjoner og behandling i eget hjem. Dette kan være til hjelp ved etablering av nye ambulante akutteam. De konkluderer med at det trengs en åpen dialog i hele psykiske helse systemet. Når nye ambulante akutteam opprettes, vil de ha en påvirkning på det øvrige psykiske helsetilbudet og derfor er det viktig med lederskap som sikrer en utviklingsprosess tilpasset slike team.

Tidligere studier foreslår mer forskning på samarbeid og frivillighet ved akuttinnleggelse. Borg & Karlsson (2010), viser at det å arbeide i menneskers hjem kan innebære dilemmaer i humanistiske praksiser i psykisk helsearbeid. Deres funn handler om at fagpersoner i ambulante akutteam og i humanistisk praksis bruker seg selv på uvanlige og utfordrende måter. Å samarbeide i hjemmet, utenfor institusjoner, handler om at fagpersoner må stole på egen kompetanse, erfaring og faglighet. Fagpersonene må anerkjenne potensialet i samarbeidet med pasienten og nettverket. De må våge å se utover prosedyrer og rutiner som er utarbeidet for psykiatrisk praksis og som ofte ikke er tilstrekkelige i disse situasjoner.

En helt nylig publisert studie gjort i samme forskningsprosjekt "Krisehåndtering og hjemmebehandling i lokalt basert psykisk helsearbeid", er Biong & Herrestad (2011). De tar for seg begrepet håp i fortellinger om krisehåndtering. De ansatte ved et team beskrev en krisesituasjon som noe fastlåst og en endring i situasjon kunne bli å åpne opp "for noe" og at det da kom en bevegelse i stand. Analysen resulterte i: håp som bevegelser som starter i pasienten, håp som bevegelser som starter i ansatte og ansvar for å holde bevegelsene i gang. De ansatte går bevisst inn for å "jakte" på håpet. I studien beskriver de ansatte hvordan de leter etter et håp som en "knappenål i en høystakk". Hvordan pasienten, de ansatte og det sosiale nettverk forholder seg til begrepet håp, er viktig i forhold til pasientens eget endringsarbeid.

Seikkula et. al. (2006) viser til funn fra en studie med fem års oppfølging av førstegangs syke pasienter med psykose i en åpen dialog- basert behandling. Gruppen ble sammenlignet med en annen gruppe som ikke fikk "Åpen dialog". Dette resulterte i færre innleggelser på sykehus og også færre møter med familien til de som fikk Åpen dialog. Brukere har positiv erfaring av å bli sett og lyttet til og blir i en slik dialog mer deltakende til egen medvirkning (Seikkula 2005); Andersen 1996).

Hvordan det er for psykiske sykepleiere å arbeide i menneskers hjem, har Hummelvoll (1996) gjort forskning om. I ”The psychiatric nurse as a libero in the community health services”, viser han at psykiatriske sykepleiere ved kommunehelsetjenesten har en funksjon som kan sammenlignes med en ”Libero”, som er en fotballspiller som er fri til å veksle sitt samspill med mer etablerte allianser, men også de som er uortodokse. Det er en frihet som gir sykepleieren mulighet for å bruke sin intuisjon og kreativitet (1996:8.).

3. Teoretisk perspektiv

3.1 Et humanistisk ståsted

Denne studien har en humanistisk - eksistensiell tilnærming, der mennesket blir sett på som enestående, dvs. som et autonomt, rasjonelt, sosialt og åndelig vesen. Det første møtet vil være avgjørende for hvordan den hjelpesøkende kan stå frem som et helt menneske i betydningen enheten av sjel, kropp og ånd. Hummelvoll bruker begrepet sykepleier – pasient – fellesskapet for å fremheve det eksistensielle i møtet mellom to mennesker. Likverdighet i psykiatrisk sykepleie, betyr å vise respekt for hverandres integritet og verdighet. Å lytte er en aktiv tilstand preget av konsentrert nærvær. Nærvær må forstås som evnen til å være tilstede på en autentisk måte. (Hummelvoll 2010, Karlsson 2008).

Hummelvoll fremholder at møtet med mennesker i psykiatrien omhandler grunnleggende humanistiske verdier. Han viser til at det er to spor som er tydelige i utviklingen av psykiatrisk sykepleie. Det ene søker å revitalisere de grunnleggende humanistiske verdier i psykiatrisk sykepleie, og det andre vil ta opp i seg den tradisjonelle, naturvitenskapelige tilnærming. Det fremholdes videre fra den holistisk humanistisk-eksistensielle tilnærmingen at

”den medisinsk-psykiatriske-modell har innebygget elementer som kan føre til dehumanisering og avpersonifisering fordi pasienter lett kan reduseres til sykdom, og at den ikke tar tilstrekkelig hensyn til den kunnskap pasienten har om sin lidelse og heller ikke den genuine situasjon han/hun befinner seg i” (Hummelvoll 2010:14).

I møtet med personer i akutt psykisk krise er det ikke mye tid til vurdering av pasientens situasjon og behov. Dette kan bidra til at den medisinske modell styrer observasjoner og konklusjoner (Hummelvoll *ibid.*). Derfor er det viktig å fremme de grunnleggende humanistiske verdier i psykiatrisk sykepleie. Det innebærer å søke å forstå pasientens aktuelle situasjon ut fra hans perspektiv.

3.2 Møtet

Møtebegrepet brukes i dagligtale gjerne i betydningen ”å treffes”, dvs. å befinne seg på samme sted på samme tid. Det innebærer en fysisk tilstedeværelse og som ikke omhandler det mer dypere eksistensielle menneskelige møtet. For å forstå møtets potensial og dets forutsetninger, vil jeg bruke Bubers møtebegrep som tilfører noe grunnleggende for den menneskelige eksistens. Et møte i Bubersk forstand krever umiddelbarhet, ekthet og gjensidighet. Han viser til de to grunnord Jeg-Du og Jeg-Det som beskriver relasjonen mellom to personer. Når mennesket sier ”jeg”, mener de

et av disse to grunnord. I Jeg - Det relasjonen blir andre et objekt der jeg forholder meg kun til det ytre ved personen, og også fra det ytre ved meg selv. Det blir en måte å være i verden på. I Jeg - Du forholdet blir andre møtt med åpenhet, direkthet og nærvær. Et virkelig møte kan bare finne sted i et Jeg-Du forhold (Buber 1992). Buber mener at vi lever i begge forhold, men hevder at hvis du bare lever i et "Jeg - Det" relasjon, er du ikke et menneske. Her innebærer det å være menneske å ha tilgang til sine egne følelser og egen smerte for å kunne "gå inn i" den andres lidelse (Schibbye 2009:244). Dette blir ytterligere bekreftet når Hummelvoll viser til Bollnow om sin tolkning av møtebegrepet som "de forholdsvis sjeldne tilfelle hvor det ene mennesket trenger inn på det andre på en slik måte at hans liv blir forandret". Enhver hjelper som skal forberede seg til et slikt møte, bør stille seg selv spørsmålet om jeg makter å handle i samsvar med det faktum at det første møtet er et møte som sjelelig berører, og at jeg moralsk handler deretter (Hummelvoll 2003:11-12).

I psykiatrisk sykepleie beskrives "møtet", som det å erkjenne hverandres identitet. Det innebærer å kunne gi og ta imot i et ingenmannsland, siden det rommet tilhører begge og ikke bare noen av dem. Møtet går derfor ikke å forutse eller å kontrollere, det er noe som skjer i øyeblikket av en gjensidig erkjennelse. Mot og trygghet på egen identitet er viktig i møtet for ikke å bli usikker og bli slått ut av møtets intensitet (Lindström 2003). For noen pasienter kan et møte vekke sterk angst (May 1976), og selve identiteten kan bli truet. Lidelse, ekstase, lek og angst oppgis som viktige kjennetegn på møtet. (May *ibid.*). May hevder at det oppstår kreativitet i et møte. Det kan være med på å frigjøre potensiell energi som kan bringe helseprosessens bevegelse fremover.

For å finne balanse i et møte med den andre er det viktig med selvrefleksjon og selvavgrensning. Det er to viktige begreper i den dialektiske modell der mennesket ikke kan forstås uavhengig av sin sammenheng. Det dialektiske minner oss om at individet fungerer som både subjekt og objekt i en gjensidig prosess. De to sider viser til hverandre, utsier noe om hverandre og er deler av en helhet Schibbye (2009:39). Selvrefleksivitet handler om å kunne forholde seg til seg selv, kunne observere og stille seg utenfor seg selv for deretter å betrakte seg selv. Evnen til selvrefleksivitet eller mentaliseringsevnen kan beskrives ut ifra barnets opplevelse. Barnet kan lære seg forstå hvordan andre har det gjennom å forholde seg til sine egne opplevelser, og andres opplevelser, og forstå sammenhenger mellom det indre og det ytre. (Schibbye 2009:85). Selvavgrensning eller å skille mellom, betyr å kunne skille mellom, eller å være forskjellig fra, som gir bevissthet om egne grenser. Et møte er forutsetningen for at en relasjon skal bli til. I relasjon fremholdes det Buberske syn på møtet som innebærer Jeg-Du forholdet som uttrykker åpenhet, direkthet og nærvær. Hvor mye forberedelse som skal til for å møte personer i akutt psykisk krise, er avhengig av hvor erfaren

og trygg sykepleieren er i sin yrkesrolle. Rognes framholder at det krever empati, dvs. å være ekte, nær og være seg selv, for å få til et betydningsfullt møte (Hummelvoll 2004:382). Men uansett hvor erfaren og trygg sykepleieren er, kreves det forberedelser for å kunne være ekte og nær i møte med personer i akutt psykisk krise.

3.3 Relasjonsperspektiv

Det som kjennetegner sykepleier- pasient- relasjonen, er at sykepleierens måte å fungere på skal fylle visse profesjonelle kravene. Det vil si at funksjonen skal baseres på vitenskapelige fakta, følge de etiske kravene og uttrykkes med estetisk bevissthet (Lindström, 2003:102). Kravene som stilles til sykepleieren, betyr at det ikke er et symmetrisk forhold mellom sykepleier og pasienten. Sykepleieren er underkastet høye krav som yrkesperson som skal beskytte mot å misbruke den makt som allerede ligger i relasjonen. Samspill mellom pasient og sykepleiere bygger på tillit, likverdighet, god personkjenning og sykepleierens evne til å være naturlig og gi fra seg selv, mener Jormfeldt & Svedberg (2010). De mener at relasjonen påvirkes av sykepleierens evne å formidle nærvær og engasjement i møtet. Sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, noe som er blitt stående som en grunnleggende dimensjon i psykiatrisk sykepleie (Karlsson 2008).

Peplau (1952) utarbeidet en oversikt over forskjellige faser i sykepleier- pasient relasjonen. Da denne studien handler om forberedelsen, vil jeg konsentrere meg om den første fasen, orienteringsfasen. I løpet av orienteringsfasen, finner pasienten sammen med sykepleieren ut hva han selv opplever som sitt problem. I denne fasen handler det om å få med alle fasetter som etter hvert blir fremtredende i samspill med sykepleierne. Pasienten deltar aktivt gjennom å stille spørsmål og ved å finne ut av hva han trenger å vite for å føle seg trygg. Ved selv å søke hjelp og deretter motta hjelpen, føler pasienten seg respektert. Det er altså gjennom relasjonen at både pasienten og sykepleieren kan orientere seg om hvilket problem pasienten har (Peplau 1988). I de øvrige faser, opererer sykepleieren med fire forskjellige funksjoner/roller: rollen som ressursperson, rollen som rådgiver, som surrogat for betydningsfulle relasjoner, og til sist rollen som en teknisk ekspert (Peplau 1952). For den selvreflekterende sykepleier er det viktig å vite hvilke roller hun helst tar, og hvilke hun ikke tar. Det første møtet er avgjørende for hvordan relasjonen utvikles.

For å forstå hvordan lidelsen viser seg i en akutt psykisk krise, vil jeg også som et teoretisk ståsted bruke sykepleieteoretiker Katie Erikssons syn på det lidende mennesket. Lidelsen er tilegnet mennesket, og å leve innebærer å lide. Lidelsen er en kamp mellom det onde og det gode, mellom

lidelse og lyst. Lidelsen har ikke noe eksplisitt språk, men i dens uendelige taushet finnes forskjellige uttrykksformer som vi kan oppfatte med våre innerste, sarte følelser, vår medmenneskelighet og vår medlidenhet (Eriksson 1995). Hun beskriver noe vi mennesker alltid forholder oss til.

3.4 Lidelsens dimensjoner

I følge Eriksson (1995:66) møter vi tre forskjellige former for lidelse:

1. *Sykdomslidelse*, oppleves i forhold til sykdom og behandling. Sykdomslidelse kan deles inn i fysisk smerte og sjelelig/ åndelig lidelse. Den fysiske smerte er forårsaket av sykdommen og behandlingen. Smerten er sjelden bare fysisk, men oppleves av mennesket som helhet. Den sjelelige og åndelige lidelse, er forårsaket av opplevelser av fornedrelse, skam og/eller skyld som mennesket erfarer, i forhold til sykdommen eller behandlingen (Eriksson 1995).
2. *Pleielidelse*, er en lidelse som ikke kommer av sykdom, men av utilstrekkelig pleie. Krenkning av pasientens verdighet og menneskeverd utgjør den vanligste formen for pleielidelse. Å oppleve at man har en egenverdi, også som pasient, er av grunnleggende betydning for helseprosessene. Fordømmelse og straff henger nøye sammen med krenkning av menneskets verdighet. Maktutøvelse er også en måte å påføre andre lidelse på (Eriksson *ibid.*). En lidelse som kommer av utilstrekkelig pleie, er alltid vanskelig å forsones med, eller å finne mening i, og bør derfor til enhver pris unnvikes (Gustafsson 2010).
3. *Livslidelse*, forstås som sykdom, dårlig helse eller situasjoner som berører hele pasientens livssituasjon. Livslidelse kan innebære en trussel mot hele ens eksistens. Livslidelse er den lidelse som er relatert til alt det som innebærer å leve, og å være menneske blant andre mennesker. Kanskje er en av de aller dypeste former for livslidelse, kjærlighetsløsheten, å ikke føle seg elsket. Trussel om tilintetgjørelse og å ikke orke, å gi opp, betegner en livslidelse (Eriksson 1995). En livslidelse kan forårsake en sykdomslidelse, men det kan også være omvendt. Etter en psykose da selvbildet kan ha blitt forandret og skam over hvem man er tar over, kan en sykdomslidelse overgå til en ny smertefylt livslidelse (Gustafsson, 2010).

I tillegg har Hummelvoll (2004:207) tilført kategorien sosial lidelse som handler om lidelser knyttet til sosiale roller. Pasienten kan for eksempel ha mistet en verdsettelse, kan oppleve fattigdom, utstøtning, boligproblemer, ensomhet, isolasjon eller diskriminering. Den sosiale lidelse kan også betraktes som en livslidelse.

3.5 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen har i lang tid vært en viktig dokumentasjonsform i sykepleien. Hummelvoll (2004:40) viser til Callista Roy, som definerer sykepleieprosessen:

”Sykepleieprosessen er en problemløsningsmetode for å samle data, identifisere problemer, velge ut og gjennomføre tiltak og å evaluere resultatene av sykepleien i relasjon til den syke eller potensielt syke person.”

Sykepleieprosessen er stort sett en problemløsningsmodell som de fleste bruker i hverdagen for å løse problemer, mener Gustin et. al (2010). Hun ser på sykepleieprosessen som en problemløsningsmodell der helse og lidelse er prosesser i endring, og at det derfor må gjøres vurderinger fortløpende. I tillegg til å være en problemløsningsmetode inneholder den kommunikasjons og relasjonsaspektet. Samspillet mellom sykepleier og pasient er med på å forme utvikling av prosessen. Pasient – sykepleierelasjon utgjør selve kjernen i sykepleieprosessen. I denne grunnleggende relasjonen får pasienten kraft til å være delaktig i sin egen prosess (Eriksson 1988). Hennes syn er at sykepleieprosessen er en prosess i presens, dvs. det skjer her og nå. Det betyr at innholdet skal formes ut fra resurser som finnes i den aktuelle situasjonen. Det innebærer å tørre å stoppe opp og møte hele mennesket (Eriksson *ibid.*). Samspillet mellom pasienten, familien, samfunnet og sykepleiere utgjør rammen for de dynamiske handlingene i sykepleieprosessen.

I følge Eriksson (1988) inneholder sykepleieprosessen følgende faser: Datainnsamling og dataanalyse som tilsvarer pasientanalysen, prioritering av sykepleieområde og valg av sykepleiehandling. I sykepleieprosessen er det en kontinuerlig interaksjons og beslutningsprosess. Sykepleieren og pasienten gjør en felles bedømmning av datainnsamling som blir resultatet av pasientanalysen. Ettersom denne studie vil omhandle forberedelser før møtet med pasienten, vil jeg fokusere på pasientanalysen. I følge Eriksson (*ibid.*) er det sykepleierens yrkeskompetanse, hennes evne til å reflektere og hennes blikk for situasjonen som til sammen utgjør dataenes relevans. Eriksson (*ibid.*) inndeler de forskjellige dataene i tre: den første beskriver, pasientens livshistorie ut ifra et helseperspektiv som for eksempel livsmønster, relasjonsdata, sosio-økonomisk situasjon, og andre rutinemessige persondata. Deretter beskrives pasientens aktuelle situasjon, status presens, pasientens bedømmning av egen helse, aktuelle behov og problem, motivasjon for helse og sykepleie. Til slutt fanges det opp data som skjer i sykepleiehandlingen og i sykepleie - pasient relasjonen, for eksempel trygghet, individualisering, åpenhet, profesjonalisme, dvs. prosessen kjennetegnes av kunnskap og etikk (Eriksson *ibid.*). Før et møte med en person i krise, kan det være til hjelp i forberedelsen å vite noe om de aller mest nødvendige data om den

aktuelle krisen. Det er for eksempel viktig med presens data, men for å forstå pasienten kan det også være viktig å forstå pasientens livsmønster.

Kirkevold (1996) viser til forskjellige meninger om hva sykepleieprosessen er. Noen er svært kritiske og mener sykepleie blir redusert til tekniske og formålsrasjonelle handlinger der det å etablere en omsorgsrelasjon med pasienten ikke blir viktig. Kirkevold (ibid.), mener å redusere sykepleie til tekniske og formålsrasjonelle handlinger har fått svært uheldige konsekvenser. Hun viser til at sykepleiepraksis spenner over mange ulike situasjoner og hun beskriver fire ulike typer sykepleiesituasjoner: 1. akutsituasjoner, 2. problematiske situasjoner, 3. ikke-problematiske situasjoner, 4. problemidentifiserende situasjoner. Kvaliteten på sykepleie kan i noen situasjoner være helt avhengig av grundighet og omfanget av kliniske vurderinger, og av hvordan de kliniske beslutninger blir foretatt. Noen situasjoner er sterkere knyttet til evnen til å handle raskt, effektivt og korrekt uten å bruke verdifull tid til kliniske vurderinger. For å utøve god sykepleie trenger sykepleieren den kunnskap og kompetanse som vil virkeliggjøre de aktuelle muligheter, som er svært forskjellig fra situasjon til situasjon. Jeg vil tro at sykepleien i et ambulant akutteam vil dreie seg om sykepleiesituasjoner som akutsituasjoner og problematiske situasjoner. Jeg er enig i Kirkevold (1990) når hun mener at det er like viktig å etablere en omsorgsdialog, uansett om den er langvarig eller kortvarig. Sykepleieprosessen er også blitt omdiskutert da modellen kan bli oppfattet som en biologisk – medisinsk modell, som tar utgangspunkt i å forklare pasienten symptomer og å forholde seg til sykepleiediagnoser.

Barker (2004) skriver om en vurderingsprosess som kan brukes til alle former av vurdering. Vurderingsprosessen kan på mange måter sammenlignes med datainnsamling i sykepleieprosessen. Barkers vurderingsprosess inneholder 6 spørsmål som sykepleierne kan stille seg for å gjøre en grundig vurdering. Disse spørsmålene er:

1. Hvorfor gjør jeg denne vurdering.
2. Hva er målet med vurderingen.
3. Når skal jeg vurdere.
4. Hvordan vil jeg få den informasjon jeg trenger.
5. Hvordan vil jeg vurdere meningen av informasjonen.
6. Hvordan vil personen fungere under andre omstendigheter?"

Barker (2004:21-22) (min oversettelse). Det finnes flere måter å få den informasjon man trenger for å gjøre en god vurdering. Det kan innebære at man tar i bruk observasjon av personen, intervjuer personen eller å observere andre i teamet. Gustin et al (2010) og Barker (2004) tar utgangspunkt i en datainnsamling som ikke bare handler om å beskrive og observere symptom, men det fokuseres i steden på den meningen de har i relasjon til pasientens subjektive opplevelse. Det fokuseres også på det som pasienten selv oppfatter som viktige hendelser, heller enn, objektive historiske fakta. Før et møte med personer i akutt psykisk krise, forbereder sykepleierne seg til å gjøre vurderinger

om krisens omfang og alvorlighet. Det å kunne sanse forskjellige fenomen i omgivelsen og i organismen kan være av livsviktig betydning framholder (Eriksson 1988; Gustin (2010).

3.6 Innfallet og flidsarbeid (egeninnsats).

I dette og i neste kapittel om improvisasjon vil jeg vise til andre og viktige sider ved sykepleiarbeidet, som ikke bygger på den tradisjonelle problemløsningsmetoden (gamle sykepleieprosessen). Med utgangspunkt i Løgstrups tenkning om innfallet, behandler Kari Martinsen (2008) innfallet som erkjennelse og kunnskapskilde. Løgstrup knytter innfallet til sanseutløste inntrykk, og at vi i det stemte inntrykk blir berørt. Det rører ved noe i oss som ikke lar seg forbli uberørt. I følge Løgstrups metafysiske tenkning lever vi under inntrykk av den verden som er tilstede i vår sansning, og at sansningen er i en større sammenheng, i naturens kretsløp med åndedrett og stoffskifte. I følge Løgstrup er vi alltid forbundet med denne sammenheng som er en levende og sårbar sammenheng vi oppfordres til å ta vare på. Martinsen (ibid) fremholder at arbeidet med innfallet kan overføres til praktisk sykepleiesammenheng der arbeidet med innfallet skulle være å ta vare på det levende, sårbare livet som pasienten møter sykepleieren med. I sykepleierens praktiske arbeid kan innfall være en forløsende og skapende kraft. Et innfall er alltid foranlediget av noe, hun står i noe hun ikke finner ut av. Så plutselig er det noe som faller henne inn, hun gjenkjenner noe, men på en ny måte, derifra ser hun en mulig utvei. Det kreves mot for å åpne seg for innfallet, og det kan føre til at praktisk sykepleiarbeid kan og bør gjøres på andre måter.

I innfallsarbeid er flidsverdi (egeninnsatsen) viktig. Martinsen (ibid) viser til Feilberg sine skrifter der flidsverdi kan forstås som arbeid i ordnede tankeformer som gjør at blinkene eller innfallene, kan gi grunnlag for undring og nytenkning. Det er en annerledes holdning enn den for eksempel bokholderen har, som stanser ved at klassifiseringer er tilstrekkelige i seg selv. Flidsverdien er annerledes fordi den har med tenkning å gjøre. Tenkning her innebærer å være ordnende og å være bevegelig og åpen, la noe komme og la noe gå. For at innfallene skal innfinne seg, er det nødvendig med suspensjonstilstander som innebærer å våge og oppheve styringen over sin egen tilværelse, ikke styre seg selv etter orden og planer, men i noen øyeblikk glemme sin egen beskjeftigelse, for å kunne gi rom til innfallene. Feilberg bruker betegnelsen mellomøyeblikk om denne måten å være på. Man kan si det er å holde på med noe, samtidig som en tar en liten pause for å kunne tenke og la erindringen få slippe til. Det er å være i mellomøyeblikket (Martinsen ibid.).

3.7 Improvisasjon

Dette kapittelet vil slik som det forrige vise andre sider ved sykepleiearbeidet enn det som bygger på den tradisjonelle problemløsningsmetoden. I min og i tidligere studier brukes ofte ”å være fleksibel” og ”å improvisere” synonymt, men i følge ordbøker har de langt i fra lik betydning. I pedagogisk-psykologisk

ordbok (1998) blir *fleksibel* beskrevet som, bøyelig, smidig og villig til forandring. I både innfallsarbeidet beskrevet av Martinsen (2008) og i improvisasjon viser det til at sykepleieren ikke bare er villig til forandring, men også mer aktiv i å ta valget til handling. Spesielt i akutte situasjoner kreves det raskt å ta et valg for å møte pasienters behov Hanley & Fenton (2007).

Alterhaug, Steinsholt og de øvrige forfatterne i boken *Improvisasjon, kunsten å sette seg selv på spill*, representerer en tverrfaglighet innen improvisasjon, ikke bare jazzimprovisasjon. De hevder at improvisasjon som fenomen også kan ha en viktig betydning i andre sammenhang som for eksempel i sykepleien. Det hevdes ofte at improvisasjon betraktes som en nødløsning når beredskapen ikke strekker til eller det planlagte opplegget svikter. Store Gyldendal (2005) definerer improvisasjon som ”uforberedt presentasjon”, og i Norsk riksmålsordbok (1983) står det ”Improvisert, laget uten forberedelser bare av de midlene man tilfeldig har for hånden”, noe musikkprofessor Alterhaug fra NTNU hevder er totalt misvisende. Alterhaug (2006:81) mener at mer feil kan man ikke ta. Han hevder at improvisasjon krever en solid kunnskapsbase og lang praksis. Han hevder at improvisasjon blir brukt i betydning ”høy beredskap” og ”en førsterangsløsning”, begreper som kan knyttes til ”taus kunnskap” (ibid.). Kjentegn for taus kunnskap er at den er basert på erfaringer som er slik internalisert at de danner en reservoar av muligheter som automatisk hentes frem. På den måten er vi beredt på å takle det uventede, bryte med rutinepregede mønstre og behandle feil på en ny og kreativ måte (Alterhaug ibid.).

Improvisasjonen blir knyttet til det som skjer her og nå, og hører til øyeblikket (Steinsholt 2006). Improvisasjonen er noe som skjer, en hendelse, en leken opplevelse, skriver pedagogikkprofessoren Steinsholt. Improvisasjon er langt mer organisert enn det kan virke for et publikum. Det er i høy grad en ”komposisjon” i betydning av å sette ting sammen. Jazzmusikere vil på en eller annen måte virke innenfor bestemte rammer (Steinsholt s.29). Alterhaug viser til en av de mest grundige bøker om jazzimprovisasjon, *Thinking in jazz*, av Paul Berliner. Den definerer jazzimprovisasjon som:

”Improvisasjon innebærer bearbeidelse av før-komponert materiale og planlegging i relasjon til nye ideer, unnfanget, skapt og transformert under de spesielle forhold som råder ved en fremførelse, derved vil unike trekk bli tilført ved hver eneste kreative samhandling” (Alterhaug s.81).

Denne definisjonen viser at det ligger mye forberedelse og trening bak. Alterhaug beskriver sin egen personlige opplevelse med jazzimprovisasjon som en ”eksistensiell akt”. Det innebærer at det prosessuelt skjer en realisering av eget potensial i felleskap, som utløser kreativ energi og som aktiverer alle sanser. Videre beskriver han hvordan det kroppslige og kognitive utfyller hverandre. For at dette skal skje må tillit og trygghet være tilstede. Man må ha tillit til hverandre for å kunne føle den nødvendige trygghet for å kunne uttrykke seg.

3.8 Åpne samtaler, Reflekterende prosesser

Begrepet kontekst og relasjon brukes i systemteori, som i dag er blitt overført til familieteori og sykepleieteori. For å få en forståelse av krisens omfang og hvordan den oppleves av pasienten, kan det være nødvendig å se pasienten i en sammenheng. Når en i familien har en krise vil de andre også bli delaktige i den. Systemteori har samspill og interaksjon som utgangspunkt for forståelsen, i følge Per Jensen i Hummelvoll (2004). Systemteori bygger på sirkulære prosesser, som skiller seg fra den mer tradisjonelle årsak – virkning – modellen. Sirkulære prosesser er preget av det uforutsigbare der det ikke kan forutsies hva som skjer mellom mennesker i et samspill mener Jensen i (Hummelvoll (ibid).

Tom Andersen (2005) omtaler familien, det sosiale eller faglige nettverket som ikke fungerer på samme måte som tidligere, og som er satt ut av spill, ”det fastlåste system”. I slike situasjoner har reflekterende prosesser vært positive for å få til endring gjennom dialog mellom nettverksdeltakere. Eliassen & Seikkula (2006), som viser til Andersen (1996), hevder at forandring kommer innenfra – ikke utenfra. Andersen fremholder at det er noe som vokser frem i personens opplevelse, basert på tilgang til ny mening i ord, ny opplevelse, nye ord etc. Han viser til Seikkulas (1999) arbeid med nettverk i krisearbeid. Med bakgrunn i *åpne samtaler* kan terapeuter bidra til at pasienten kan skape seg et nytt og mer hensiktsmessig språk for vanskelige og vonde opplevelser. Seikkula & Arnkil (2007) mener at kriseberedskap skal etableres innen 24 timer etter at henvisningsinstans har bedt om hjelp. Ved førstegangspsykose er det ekstra viktig med en umiddelbar respons, dvs. at pasienten får sette ord på det som har vært skremmende og som han ikke har kunnet gi uttrykk for tidligere. Ved et seinere tilfelle har pasienten vanskeligere tilgang til disse opplevelser, og det er som om et ”vindu” lukker seg. Ved en rask respons, en trygg

atmosfære og ved å lytte nøye til de temaer pasienten tar opp, kan det skapes et rom for å behandle kritiske temaer slik at prognosen for pasienten bedres, (Seikkula & Arnkil (bid)).

4. Forskningsmetode

I dette kapitlet vil de metodiske fremgangsmåter som jeg har benyttet bli presentert. Det vil omhandle: Valg av datainnsamling, utvalg, forespørsel om deltakelse, intervjuguide, gjennomføring av intervjuer, analyse og til sist forskningsetiske betraktninger.

4.1 Valg av datainnsamlingsmetode

Studien har et kvalitativt forskningsdesign og fokuserer på hva som kjennetegner psykiatriske sykepleieres forberedelser før møtet med personer i akutt psykisk krise. I kvalitativ forskning anvendes fenomenologien som metode for å beskrive opplevelsen og erfaringer. For å gjøre en fenomenologisk beskrivelse, dvs. beskrive innsideperspektivet i hva psykiatriske sykepleiere opplever som sin profesjonelle livsverden er det kvalitative forskningsintervju en egnet metodisk tilnærming. For at jeg skulle være åpen og møte deres opplevelser måtte jeg være bevisst min egen forforståelse og mine fordommer, men også om fenomenet i seg selv, (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996). Først da kan fenomenet beskrives i sin fulle bredde og dybde. ”Vi kan således aldri klippe bort vår forforståelse, men vi kan tøyle dess innvirken på forståelsesprosessen.” (Carlsson 2007:29). Studien vil ha et eksplorativt og deskriptivt design fordi det finnes få tidligere studier om dette tema. Livsverden er et begrep som har røtter innen fenomenologien. I min studie innebærer begrepet profesjonell livsverden ikke sykepleienes totale livsverden, men den delen som er knyttet til forståelsen av hennes arbeid ved et ambulant akutteam. Dimensjoner som former livsverdenen og som styrer forståelsesprosessen er interesser, sinnsstemninger, erindringer av fortiden, samt forestillinger og forventninger om fremtiden (Hummelvoll 2004:315).

I tillegg til å bruke den fenomenologiske metode for å beskrive opplevelsen og erfaringer vil jeg også være opptatt av å bruke hermeneutikken som gir en dypere forståelse av mening. Ettersom dette er en eksplorativ studie der det ikke foreligger tidligere forskning, vil jeg etter hvert i analysen lete etter teori som blir viktig å trekke inn i tolkningen. Den hermeneutiske sirkel representerer et fortolkende prinsipp hvor helheten forstås ut fra delene og delene ut fra helheten. Tolkningen blir gjort i en vekselvirkning mellom empiri, erfaringer og teori. Tolkning inneholder alltid et nyskapende moment og dreier seg om en forståelsesprosess som forutsetter innlevelsesevne (Hummelvoll & Barbosa da Silva 1996).

Hensikten med å bruke et kvalitativt forskningsintervju er å fremskaffe et empirisk materiale som består av den intervjuedes egne beskrivelser av seg selv og den livsverden hun må forholde seg til (Fog 2004).

”Det kvalitative forskningsintervju har allment som hensikt å samle inn beskrivelser av intervjupersoners livsverden – med hensyn til tolkning av den dype eksistensielle meningen med de beskrevne fenomener” (Hummelvoll & Barbosa da Silva 1996:26).

I sykepleiernes arbeid i ambulant akutteam arbeider de alltid i par. De er aleine i planlegging, gjennomføring og avslutning av vurderingen hvis de ikke aktivt henter hjelp utenifra. Nettopp denne samhandling ønsket jeg å få med i intervjuet. Det er gjennom kommunikasjon, samhandling og deltakelse at vi kan få tilgang til andres livsverdener, og dialogen danner basis for tilgangen til de levde erfaringer (Karlsson 2006). Det (dyadiske) kvalitative forskningsintervju, inspirert fra fokusgruppe som metode, er som jeg ser det, et egnet datainnsamlingsverktøy for å skaffe slik kunnskap.

Da jeg har funnet lite litteratur om å intervju par, har jeg hentet kunnskap fra begrepet ”Dyade”. Dette kan forklares som to enheter (for eksempel to personer) sett under ett, som en helhet (Synonymordboka 2008:134). Innenfor sosial- og utviklingsteori brukes begrepet ”vertikale dyader” i teorier om lederskap (Fisher & Sortland 2001:194). Tronick et.al.(1978) bruker begrepet annerledes, og ar utgangspunkt i mor og barns regulering av hverandres gjensidige affektive prosesser. Ut fra en ide` om dyadiske utvidende bevissthetstilstander utvikler de ideen om at mor-barn også utvikler hverandres bevissthetstilstander. (Schibbye 2009). Jeg forestiller meg sykepleiere som likestilte i forhold til hverandre og ikke som en helhet, men som to avgrensede personer med sin egen profesjonelle livsverden. Ideen om utvidede bevissthetstilstander i en dyade, kan kanskje også omhandle parintervjuer. Eventuelt kan også kommunikasjon mellom to informanter bidra til et større mangfold enn et intervju med bare en informant om gangen. På en måte kan man si at paret utvider hverandres bevissthet.

I metoden fokusgruppeintervju, er det en gruppesamtale mellom flere enn to deltakere, som bidrar med informasjon. Samtale i en fokusgruppe gjør oss påvirkbare, og i interaksjonen med andre formes og omformes gruppedeltakeres synspunkter og argumenter (Wibeck 2000:34). I et dyadisk kvalitativt forskningsintervju er også et moment med samspill og diskusjon inkludert, og disse kvaliteter fra fokusgruppen har jeg derfor tatt med i intervjuet.

4.2 Utvalg av deltakere og forespørsel om deltakelse

Kriterier for valg av informanter var at de skulle være psykiatriske sykepleiere og i tillegg ha erfaring fra psykisk helsearbeid. Erfaringen trengte ikke nødvendigvis å være fra et ambulant akutteam. Begge akutteam var relativt nystartet innen de to distriktpspsykiatriske sentra, det var derfor ikke relevant å kreve dette.

Leder for ambulant akutteam fikk en skriftlig henvendelse fra meg med forespørsel om de ville delta i studien. Dette ble positivt mottatt, og jeg ble invitert til dem kort tid etterpå for å gi ytterligere informasjon. Det ble i etterkant av møtet sendt flere kopier med informasjonsskriv og samtykkeskjema (se vedlegg 1 og 2), som leder skulle dele ut til samtlige psykiatriske sykepleiere i teamet.

Leder tok på seg arbeidet med å få tak i to psykiatriske sykepleiere som jobbet sammen. De jobber oftest sammen ut ifra forskjellig tverrfaglighet. Psykiatriske sykepleiere jobber derfor mest sammen med sosionomer, psykologer og vernepleiere. Det gikk i orden og mitt utvalg besto av åtte informanter, som resulterte i fire parintervjuer. Da er to informanter inkludert fra prøveintervju fra et annet ambulant team. Med par defineres de to psykiatriske sykepleiere som oftest rykker ut sammen. Årsak til denne avgjørelsen var at de som jobber der har en mulighet til forberedelse før de møter personen i akutt psykisk krise. Jamført med for eksempel en døgnavdeling der de må være forberedt så å si hele tiden på kommende krisehåndtering. Da jeg eksplisitt valgte å inkludere psykiatriske sykepleiere i studien, måtte jeg automatisk ekskludere de andre helsefaglige yrkesgrupper som arbeider ved et ambulant akutteam. Dette kan virke som en stor kontrast til at Sosial-og helsedirektorat anbefaler tverrfaglighet i teamene. Men jeg ønsket å få kunnskap om hva nettopp psykiatriske sykepleiere gjør av forberedelser, og hva som eventuelt vil vise seg å være annerledes sammenlignet med øvrige psykiske helsearbeideres forberedelser. Barker (1997) mener alle yrkesgrupper innen helsefeltet har sitt spesielle kjernefokus.

4.3 Intervjuguide

Studiens problemstilling handler om et område det er lite kunnskap om. Jeg valgte derfor å utforme en intervjuguide med en åpen tilnærming til temaet. En intervjuguide til en intervjusamtale skal helst befinne seg i intervjuerens hode, slik at intervjueren kan bevege seg fritt, høre godt etter hva personen sier, og la det være avgjørende for videre spørsmål (Fog 2004). Å klamre seg til en intervjuguide i en usikker situasjon kan gi større usikkerhet og dermed påvirke utfallet av intervjuene. Kvale & Brinkmann (2010), mener en intervjuguide kan være mer eller

mindre stram. Jeg brukte begge innfalsvinkler og i tillegg tok jeg hensyn til at det var to informanter (dyaden) i samme samtale. Dette innebar at samme spørsmål ble stilt til begge informanter. Når informantene snakket med hverandre, var det viktig å observere, lytte og å bruke min oppmerksomhet til å forstå meningen i hva de fortalte hverandre.

I utarbeidelsen av intervjuguiden gjorde jeg to prøveintervjuer, hvor det første ikke ble tatt opp på lydbånd. Det intervjuet gjorde at jeg forstod mer om deres arbeidssituasjon. Dette var viktig for meg fordi jeg selv ikke hadde arbeidserfaring fra et ambulerende team. Det andre prøveintervjuet ble tatt opp på lydbånd med intervjuguiden som ble brukt i samtlige intervjuer. Prøveintervjuene gjorde meg mer sikker i utforming av tema videre. Jeg ønsket at informantene skulle fortelle så åpent som mulig. Derfor ble åpningsspørsmålet: Hva assosierer dere med forberedelse? I det neste spørsmål bad jeg dem om å beskrive en situasjon hvor møtet med personer i akutt psykisk krise hadde vært en god/ikke god erfaring? Ut ifra den beskrivelsen stilte jeg oppfølgende spørsmål om hva forberedelsen bestod av. Jeg stilte videre et åpent spørsmål om hvordan det er å møte personer i akutt psykisk krise. Jeg hadde i tillegg notert meg noen stikkord som blant annet handlet om: tanker om egen forforståelse, åpenhet, tanker om bruk av intuisjon, visualisering, det å se for seg situasjonen og det å kunne nullstille seg. Når disse stikkordene spontant kom fra informantene kunne jeg be dem utdype temaet. Det er vanskelig å si om jeg kunne ha utformet andre spørsmål. Studien er eksplorativ, og med det menes at jeg ikke hadde mye forhåndsmaterial til å stille utdypende spørsmål ut ifra tidligere forskning og annen litteratur. Jeg måtte derfor være oppmerksom på stikkordene og være med på utforskning om tema ”forberedelser” sammen med informantene. Det kreves trygghet i intervjusituasjonen for å åpent kunne samtale om de tema som dukker opp.

4.4 Gjennomføring av intervjuene

Samtlige intervjuer ble foretatt på informantenes arbeidsplass. De jobbet ca 20%, dvs. en vakt per uke i teamet. Det var derfor vanskelig å samle det par jeg ville intervjuer hvis det ikke var når de var på vakt. De hadde lagt til rette slik at vi sannsynligvis ikke skulle bli avbrutt i intervjuene av akutte henvendelser. Jeg informerte dem i starten om studiens innhold, om hva det innebar for dem å delta, om deres rettigheter om anonymisering og om å kunne trekke seg uten konsekvenser. De hadde tidligere fått tilsendt informasjon om deltakelse og samtykkeskjema. Vi gjennomgikk samtykkeskjema på nytt, og de underskrev like før intervjuet startet. De fikk informasjon om lydopptaker og når den var på. Intervjuene varte ca en time.

Et intervju forutsetter at forskeren har innlevelsessevne, kunnskap om temaet og at det skapes grobunn for en autentisk dialog (Hummelvoll & Barbosa de Silva 1996:26). Som psykiatrisk sykepleier hadde jeg erfaring med det terapeutiske intervju som på mange måter inneholder samme momenter som et forskningsintervju. Begge intervjuene handler om å gjennomføre en samtale. Under hele gjennomføringen av intervjuet var det derfor viktig for meg å ha en god kontakt med informantene. Jeg ville at samtalsituasjonen skulle oppleves som trygg og ivaretaende. Jeg lyttet aktivt gjennom å ha min oppmerksomhet på informantene og hva de formidlet. Jeg stoppet dem og bad om utdypende beskrivelser av noe av det som var blitt sagt hvis det var relevant. Dette var spesielt viktig da det kan ha oppklart misforståelser og gjort dem oppmerksom på mulige motsetninger i det som ble sagt. Jeg gav også bekreftende tilbakemeldinger og oppmuntringer til videre beskrivelser omkring temaet.

Det ”dyadiske” forskningsintervju, har likheter med fokusgruppeintervju, som gjennom felles samtale får utdypet og presisert tema. Jeg observerte at de varmet opp med å spørre hverandre ”husker du den saken...” Et slikt samspill kan uttrykkes slik: ”en relasjon der begge er aktivt skapende i en dyadisk bevegelse” Brudal & Brudal (1996:138-139). I et dyadisk skapende samspill teller den ene like mye som den andre. Mine informanter var erfarne sykepleiere som selv gjennomfører terapeutiske samtaler daglig, og deres erfaring kan ha medvirket til at samtalene opplevdes som trygge, åpne og autentiske.

4.5 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, lyttet til to ganger og deretter ordrett skrevet ut. Intervjuene jeg gjennomførte varte over en periode på en måned. Jeg hadde derfor god tid til å foreta mine transkripsjoner. Hvert intervju tok ca en time og transkriberingen fra den timen var en langsom prosess som krevde oppmerksomhet og konsentrasjon over flere dager. I mine intervjuer var to informanter samtidig, og noen ganger kunne det være vanskelig å skille mellom hvem som snakket. Lydkvaliteten var god og jeg fikk gjort transkripsjonene så godt som ordrett.

4.6 Analyse

En analyse skal gjøre datamaterialet tilgjengelig for tolkning. En analyseprosess foregår på tre nivåer ifølge Kvale & Brinkmann (2010). Disse nivåer overlapper hverandre og stiller spørsmål til tekstens mening. Nivå 1, handler om informantenes selvforståelse om temaet, og her søkte jeg å sammenfatte hvordan informantene selv forstod meningen med det de sa. Jeg fokuserte på at

tolkningen skulle holde seg innenfor informantenes egne utsagn. Nivå 2, ”common sense”, er rettet mot det allmenne publikum og tilsvarer en kritisk forståelse basert på sunn fornuft. Her tok jeg for meg uttrykk som informantene brukte og tolket i større grad det som ble sagt mellom linjene. Her så jeg på de forskjellige tema og kategorier og sammenfattet dem på tvers av intervjuene. Nivå 3, teoretisk forståelse, innebærer at det benyttes en teoretisk ramme ved fortolkningen av en uttalelse.

For en mer konkretisering av fremgangsmåten for tolkning benyttet jeg Kvale & Brinkmanns (2010) trinnvise analyseprosess. Jeg vil her redegjøre for de første fire trinn av i alt seks trinn. Det første trinnet startet med forskningsintervjuet, der to psykiatriske sykepleiere beskrev spontant sine opplevelser og hvordan de forholdt seg til fenomenet forberedelser. På det tidspunkt forholdt jeg meg lyttende og gjorde ingen forsøk på tolkning. I andre trinn gjorde de oppdagelser på bakgrunn av sine egne spontane beskrivelser. De begynte å reflektere over et tidligere lite omtalt tema. I tredje trinn gjorde jeg en oppsummering og spurte om jeg hadde oppfattet deres utsagn riktig. En umiddelbar bekreftelse eller avkreftelse medførte at jeg fikk gjort en kontinuerlig tolkning. I fjerde trinn ble det transkriberte intervjuet tolket av intervjueren.

Det analytiske verktøyet jeg brukte for å utvikle kategorier hentet jeg fra Kvale & Brinkmann (2010) som er en form av meningsfortetning, utviklet av Giorgi (1975). Med meningsfortetning menes en forkortelse av intervjupersonens uttalelser til kortere meninger. Når utskriften var ferdig ble den lest to ganger på en naiv måte, på den måten fikk jeg et helhetsinntrykk av materialet. Jeg noterte tema og meningskategorier i margin. Etter hvert ble det dannet et inntrykk av at flere utsagn var like og hørte inn under felles kategori. Jeg skrev deretter ned de direkte utsagnene, kalt meningsenheterne fra informantene, i sin fulle form fra de steder jeg hadde notert i margin. Til dette brukte jeg ikke tekstbehandling, men jeg skrev over flere A3 sider. Jeg valgte dette for å få en oversikt der jeg ”fysisk” kunne ha en oversikt over samtlige meningsenheter. Fra meningsenheter i sin fulle form, trakk jeg ut kategorier som jeg hadde forstått som de vesentligste. Det ble gjort likt med alle intervjuer. Hver enkelt kategori ble kategorisert ved hjelp av stikkord som ble synlig med forskjellige farveblyanter. Når alle farvekombinasjoner var oppbrukt brukte jeg forskjellige symboler for de ulike kategoriene fordi det etter hvert ble mange. Det ble etter hvert et prøvende arbeid der forskjellige kombinasjoner skulle bli systematisert slik at meningsenheterne ble sett i lyset av de aktuelle innholdskomponenter og tema. Det var et møysommelig og kreativt arbeid med inkludering og ekskludering av utsagn og kategorier uten å miste meningen av utsagnene som dannet grunnlaget for kategoriene. Det var en sammenhengende prosess med vekslning mellom helhet og del, del og helhet slik som i den hermeneutiske sirkel. Den

hermeneutiske sirkel dreier seg om en forståelsesprosess som er opptatt av spørsmålet om dypere forståelse av mening (Hummelvoll & Barbosa da Silva 1996: 26). Hvert intervju-material ble notert med nummer, slik at jeg kunne finne igjen utsagn når funnene skulle presenteres.

Det som kom frem av intervju-materialet var ny kunnskap for meg, og jeg ble nødt til å innhente teori som kunne gi meg bedre forståelse. Hva innebærer for eksempel å improvisere, og finnes begrepet tidligere i psykisk helsearbeid, og hvordan kunne jeg samle for eksempel all viten som omhandlet undertemaet ”å få grep om den aktuelle situasjonen”. Jeg gjorde flere søk etter teori, og fant relevant litteratur for å finne navn til kategorier. Derfor bærer analysen preg også av tolkning basert på teori. Min veileder var under store deler av analyseprosessen til stor hjelp håndtverksmessig, og som inspirasjonskilde i å navngi innholdskomponenter og tema og å hjelpe meg å holde meg lojal til informantens utsagn. Avslutningsvis ble transkripsjonene gjennomlest nok en gang, og sett opp mot de funn som fremkom av de meningsbærende enheter.

Ut ifra innholdet av utsagnene ble det identifisert et hovedtema og tre undertema. Hovedtema ble ”Å stå i det åpne”. De tre undertemaene ble: 1. ”Å få grep om den aktuelle situasjonen, 2. Å møte det som kommer, 3. Mot til å improvisere”. Når hovedtema og undertema var identifisert fant jeg frem eksempel på et sitat som uttrykte essensen i hvert undertema.

4.7 Forskningsetiske betraktninger

Jeg har ivaretatt de forskningsetiske retningslinjer fra Helsinki-deklarasjonen (1964, revidert i 2008). I studien har jeg vært bevisst på å ivareta de sentrale grunnprinsipper som autonomiprinsippet, frivillighetsprinsippet, konfidensialitetsprinsippet og ikke skade prinsippet. I intervjuforskningen som er forbundet med ”og utforske menneskers privatliv”, kan det oppstå etiske problemer og disse problemstillinger preger hele forløpet i en intervjuundersøkelse (Kvale & Brinkmann 2010:80). I min studie er informanter fagpersoner og intervjuene handler om deres profesjonelle livsverden, men et intervju preges ofte av fortrolighet og personlige uttalelser. Det er derfor viktig at personlige data ikke kan bli identifisert. Derfor har jeg anonymisert personene slik at utsagn ikke kan knyttes til navn eller annen personlig data. Det er heller ikke oppgitt hvor informanten arbeider.

Rekruttering av informanter ble gjort av leder (av tredje person) etter at jeg både skriftlig og muntlig informerte alle i teamet om studiens hensikt, og om prinsippene om frivillighet og anonymitet. Før hvert intervju gjentok jeg respondentenes rettigheter om at de kunne trekke seg på hvilket som helst tidspunkt de ønsket, uten begrunnelse og uten at det ville få konsekvenser for

dem. Det ble informert om min taushetsplikt. Om lagring av datamaterial og lydbånd ble det informert at de oppbevares innlåst på mitt arbeidssted. Alt datamaterial vil bli slettet når studien er ferdig og senest innen utløp av 2011.

Mine informanter er fagpersoner, men også ansatte kan være sårbare og kan føle seg krenket. Dette kan handle om både den personlige sårbarhet, men også om at den faglige integritet kan bli krenket. I slike situasjoner var det viktig å vise respekt og heller vise at vi er sammen om å utforske et nytt felt. Min oppgave var også å lytte og observere deres samtale seg imellom. Det var viktig for meg at det ikke skulle få uheldige konsekvenser for dem å ha deltatt i intervjuet. Det avhenger av situasjonen hvordan man skal handle moralsk forsvarlig og anstendig i en forskningssituasjon. I følge Fog (2004) kommer det an på for eksempel hvordan kontakten er, forskerens konkrete opplevelse av personens grenser, vurderingen av hans/hennes livssituasjon, ressurser, skrøpeligheit og robusthet – det kommer an på situasjonen som helhet (Hummelvoll et.al. 2010).

Jeg fikk tilbakemelding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, NSD om at prosjektet ikke medførte meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningsloven.

5. Presentasjon av funn

Funnene presenteres i tabellen med inndelingene, hovedtema, tema, innhold og sitat.

Sammenfattende oversikt over presentasjon av funn:

	Tema	Innhold	Eksempel på sitat
Hovedtema: Å stå i det åpne	Å få grep om den aktuelle situasjonen	Å gjøre aktiv informasjonsinn-samling	<i>Jeg forbereder meg gjennom å lese henvisning, eventuelle journalnotet og få historikk om pasienten.</i>
		Å være enige om kjøreregler	<i>Vi blir enige i hvordan vi skal fordele ansvar i timen, hvem som skal være aktiv og hvem som skal være observatør, eller co-pilot.</i>
		Å være åpen for samarbeid med pårørende	<i>Hvis jeg hadde vært forberedt ville jeg møtt pårørende på en litt annen måte. Jeg ville ha tatt pårørende til side, slik at vi kunne snakke sammen, prøvd med noen psykoedukasjon om stress.</i>
		Å være åpen for å lære av hverandre	<i>Vi må utfordre oss om det vi skal kunne noe om, så vi får ta det som det kommer og drøfte, dersom det virker uklart.</i>
	Å møte det som kommer	Å være innstilt på	<i>Jeg føler at jeg skjerper meg litt i hodet på en måte før jeg tar den telefonen, jeg tenker litt over de tingene det er eksistensielt å spørre om, omtrent som om du kremter eller før du skal si noe "in public".</i>
		Å være nærværende	<i>Min erfaring er at vi har stort sett god tid, vi skal ha god tid sånn at det gir rom for å være tilstede, min erfaring er at de hjemmebesøk vi har hatt har vært veldig rolige, noe som skaper trygghet hos pasienten og hos oss, det er veldig bra, det er helt unikt.</i>
		Å la seg bli berørt	<i>Vi ble fanget av håpløsheten begge to, og vi ante ikke hvordan vi skulle komme oss ut av situasjonen.</i>
		Å ta tenkepause	<i>Vi tar time out fordi vi kan jo ikke lese hverandres tanker under samtalen, så får vi lufte litt hva vi tenker og finne ny strategi.</i>
	Å improvisere	Å følge innfallet	<i>jeg har kjent noen ganger at hvis jeg skal møte en veldig deprimert pasient, da kan jeg falle litt sammen selv, men hvis jeg kan løfte meg selv litt, kan man faktisk kjenne at man greier å snu. Det kan man ikke planlegge, det skjer i øyeblikket.</i>
		Å være kreativ	<i>Sakene vil variere hele tiden, du har saker du har mye kunnskap om på forhånd og da er det lettere å forberede seg. Så har du saker som du ikke vet så mye om, da må du improvisere underveis".</i>

5.1 Å stå i det åpne

Her vil jeg presentere hovedtema ”å stå i det åpne”, som er hentet fra boken ”At stå i det åpne: dannelse gjennom filosofisk undren og nærvær”, av den danske filosof Finn Thorbjørn Hansen (2008). I analysearbeidet ble det etter hvert klart for meg at informantene omtalte forberedelser før møtet med personer i akutt psykisk krise som det å skulle ”stå i det åpne”. Det ble derfor valgt til hovedtema og omhandler samtlige tema og innholdskomponenter. Hansen skriver om hva det vil si å undres, hvordan undring viser seg og hvilke forhold, holdninger, attityder som vekker oss til undren. ”Det forunderlige ved undringsopplevelsen er, at man på en og samme tid har erfaringen av at stå i det åpne og samtidig at stå på sikker grunn”. Hansen (2008:10). Han hevder videre at ”den filosofiske undren og nærvær er også veien vi må gå, hvis vi i dypere forstand vil legge til rette for å møte det, vi ikke vet, at vi ikke vet” (ibid.). Det kan synes motsigende å trekke frem holdninger og væremåter som: langsomhet, lyttende, lekende, søkende, og undrende i sammenheng med krisehåndtering og akuttberedskap, men akkurat dette blir fremholdt av informanter som viktig.

5.2 Å få grep om den aktuelle situasjonen

I analyse av data fikk dette temaet fire innholdskomponenter: 1. Gjør aktiv informasjonsinnsamling, 2. Er enige om kjøreregler, 3. Er åpen for samarbeid med pårørende, 4. Er åpen for å lære av hverandre. Hvert innhold blir beskrevet med sitat og beskrivelser fra informanter.

5.2.1 Å gjøre aktiv informasjonsinnsamling

Informantene beskriver hvordan de følger prosedyrer, og har egne huskelister for å være best mulig forberedt før møtet med pasienten. De beskriver at det første de gjør når de kommer på vakt, er å søke informasjon om de pasienter de skal kontakte. Her leser de journaler hvis det finnes, og får kjenneskap om hva som tidligere har hjulpet pasienten i en akutt psykisk krise. Det hender at de ikke har noen informasjon om pasienten, bare en henvisning med informasjon om aktuell situasjon. De vurderer sin egen og kollegaens kompetanse i forhold til pasientens problematikk, og fordeler arbeidsoppgaver etter det. En informant forteller hvorfor det er viktig å vite hva de skal innhente av informasjon:

”Suicidalitet er noe du må sjekke ut en del ting om som du ikke kan ta på intuisjon, det kan man også, men ikke alene, samme gjelder for psykose, vi er nødt å sjekke det ut”.

En aktiv informasjonsinnsamling innebærer i tillegg til å følge prosedyrer, også det å være bevisst sin egeninnsats i form av kompetanse og erfaring. Å innhente kunnskap til enhver tid sier noe om at sykepleierne må være bevegelige og åpne. En informant beskriver om forberedelsen til kommende situasjon:

”Jeg prøver så raskt som mulig få en oversikt over hva jeg skal møte, og kjenner etter hvor egnet jeg er for å ta det oppdraget”

Sykepleierne sier at de tar inn ny informasjon underveis for å gjøre nye vurderinger. De forteller at den aktuelle situasjonen under krisen og hvordan dens forløp utvikler seg, er noe de stadig må forholde seg til.

”Jeg liker alltid å ha noe informasjon om pasienten, altså noe om bestillingen til hva som er den aktuelle situasjon. Hvis vi er heldige har vi noe skrevet fra før. Det er godt å ha med seg, selv om vi kan eller bør være forberedt på at situasjonen kan være en helt annen. Den aktuelle situasjonen kan være annerledes”.

Sykepleierne her opplever at det er viktig for dem å vite så mye som mulig om pasienten og den aktuelle krisen. Forberedelsen starter når de har noe kunnskap de kan bygge videre på. De sier at det er godt å ha noe med seg, hvilket kan tyde på at det gir dem trygghet i møtet med pasienten.

5.2.2 Å være enige om kjøreregler

Å fordele roller er en del av forberedelsen til møtet med pasienten. Noen kjøreregler kan dreie seg om at den av sykepleierne som har mest kompetanse og erfaring, tar den aktive rollen og tar mest ansvar. Den andre er observatør og noterer slik en informant viser i sitat:

”Den som har mest kompetanse på den aktuelle problemstillingen er den som snakker, og så er den andre den som fører pennen”

Informantene forteller at de bevisst bruker en rollefordeling i samtlige samtaler og at de delvis bruker metoden reflekterende team. Det innebærer at de avtaler roller på forhånd om at en leder samtalen og intervjuet, mens den andre observerer, noterer og bidrar med refleksjon ved behov.

Det betyr ikke at de ikke kan blande seg inn i samtalen underveis, noe en informant beskriver her:

”Jeg følte jeg hadde gjort et sånt omriss og sett en del av problematikken, men du kom inn og det du sa traff litt mer blink enn det jeg gjorde. Det har med at jeg var mer uerfaren”.

En informant fortalte om en kjøreregulering de hadde når de følte usikkerhet en aktuell situasjon:

”Hvis vi er uenige eller usikre, har jeg erfart at vi alltid reiser hjem til pasienten, vi trenger ikke å argumentere for det”.

Informantene la stor vekt på å ha toleranse og respekt for hverandres arbeid, og dette kan forstås som at de opplever seg som likverdige. Et sitat som belyser dette:

”Det er en som tar føring over situasjon, det blir respektert, hun skal ha tråden, oversikten, og føre saken videre hvis saker er komplekse, men vi er to til å bære hukommelsen og fremdriften i saken”.

I tillegg til de to fra teamet som er på jobb og har sine rutiner og kjøreregler for samarbeid, ligger det føringer og mandat om hvordan ambulant akutteam skal drives. Det kan være med på å sikre felles holdninger og felles kjøreregler slik sykepleieren forteller her:

”Vi prøver å ha noen felles måter å jobbe på slik at det ikke blir forskjellsbehandling ut fra hvem som er på jobb. Vi har personalmøter og behandlingsmøter hvor vi skal kunne diskutere vanskelige situasjoner, og bli mest mulig samkjørt”.

5.2.3 Å være åpen for samarbeid med pårørende

I intervjuene ble samarbeidet med pårørende ofte nevnt. I flere tilfeller er pårørende tilstede når sykepleierne tar kontakt med pasienter. I noen tilfeller har de pårørende selv store problemer og et stort behov for hjelp. Pårørende kan komme med motstridende behov av det pasienten har. En sykepleier belyser nettopp dette:

”Vi var totalt uforberedt på at pasienten og pårørende ikke var mer samkjørte og at det ikke var mer omsorg i hva de pårørende tenkte. Pårørende var ganske sinte og slitne, de sa mye ubehagelig som jeg tenkte måtte være tøft for pasienten å høre”.

Og videre:

”Hadde jeg vært forberedt, da ville vi kanskje møtt pårørende på en liten annen måte. Mitt behov i ettertid var at jeg hadde ønsket jeg hadde klart å stoppe det, men jeg var så usikker fordi trykket var så sterkt”.

Et godt samarbeid med pårørende innebærer å være åpen for den konteksten pasienten befinner seg i. Krisen er preget av den konteksten pasienten lever og bor i. Ofte er hele familien i krise. En informant sier noe om vansker med å finne personer som en kan spille på lag med:

”Da er det liksom å se hva slags muligheter det er. Vi prøver å unngå en innleggelse, finne alternative løsninger, men det er vanskelig når nettverket allerede er frynsete”.

Informanter beskriver her hvor vanskelig samarbeidet kan være, men de forteller også i intervjuene at de ofte blir kontaktet fra pårørende som endelig føler at de har fått noen å dele sine problem med.

5.2.4 Å være åpen for å lære av hverandre

Informantene beskriver at de forbereder seg og utfører oppdraget sammen til en endelig konklusjon blir tatt. De føler seg trygge på hverandres kompetanse og erfaring. I intervjuene forteller de at de deler hverandres kunnskap. En informant forteller om å forberede seg sammen med andre som har en annen fagkompetanse:

”Vi blir jo farget av hverandre, vi tar kunnskap av hverandre og utfyller, det grunnleggende ligger jo der, og så utvikler man seg, der det bygges kunnskap der er det også mye erfaring”.

Og en annen informant uttrykker det slik:

”Vi er jo alle helsepersonell, det er en felles bit, alle har erfaring av å møte pasienter direkte. Vi er jo trent i å bygge relasjon, formidle kontakt, gi dem trygghet og omsorg, det er en felles bit og så kommer den enkeltes kompetanse på toppen, akkurat som kremen på bløtekaken”.

Denne informanten uttrykker at hun får ta del ”av kremen”, dvs. den andres kompetanse, og slik hun beskriver det virker det som noe godt og tilfredsstillende.

5.3 Å møte det som kommer

I analysen av data fikk dette temaet fire innholdskomponenter: 1. Å være innstilt på, 2. Å være nærværende, 3. Å la seg bli berørt, 4. Å ta tenkepause. Hver innholdskomponent blir beskrevet med sitat og beskrivelser fra informanter.

5.3.1 Å være innstilt på

Informantene forteller om forskjellige måter å stille seg inn på før møtet med personen som er i psykisk krise. Sykepleierne beskriver deres personlige måter å stille seg inn på. Det kan se ut som det handler om ”å gi plass for noe”, for å kunne romme det som er uttrykket for pasientens krise. Sykepleierne innstiller seg på å møte pasienten mest mulig empatisk.

Her forteller en informant hva hun fokuserer på:

”Noen ganger ser jeg situasjoner for meg i bilder, da ser jeg at det er sånn, og så tenker jeg at okay, det er sånn det blir. Jeg er forberedt på at det vil bli følelsesutbrudd og et lidelsesuttrykk”.

Sykepleieren bruker her sin fantasi og visualiserer, ser for seg situasjoner med sterke følelser for å innstille seg på egne reaksjoner.

Sykepleierne må være forberedt på å innstille seg også underveis i møtet:

”Jeg tenker på at ulike pasienter krever ulik fremgangsmåte, så det å ”tjune” seg inn i forhold til å møte vedkommende blir viktig. Det gjelder både verbalt og nonverbalt. Det første bud er å møte pasienten med respekt og prøve å se hvilke spørsmål, og hvilken tilnærming som treffer, og så klare og ”catcha” det. Du skal jo ha litt gode antenner, det handler om språk, de unge måten de prater på, kontra eldre mennesker”.

Informanten bruker i dette utsagnet inntoning til hjelp for å forberede seg til dialog med personen i krise. Det kan kanskje være som om hun har forskjellige roller hun kan identifisere seg med å bruke i dialog med pasienter.

Det finnes mange måter å stenge ute sin personlige hverdagsverden på for å være tilstede mest mulig i jobbsituasjonen. Denne informanten beskriver sin egen måte ved å forestille seg selv som en annen:

”Når jeg skal på jobb, tar jeg på meg en batmannmaske, da er jeg i jobbmodus og tilgjengelig for pasientene”.

Informanten ser ut til å bruke positive rollemodeller, hentet fra virkeligheten eller i fantasiverden for å innstille seg i jobbmodus.

5.3.2 Å være nærværende

For å møte den andre med åpenhet er det nødvendig å ta inn det som er uten å tolke, vurdere og bedømme, men registrere hva som skjer i situasjonen. Informantene forteller at de alltid drøfter grundig hva de skal gjøre før de drar hjem til pasienten. De forteller hverandre om egen usikkerhet knyttet til oppgaven. For å være åpen kreves det at du er nærværende. Nærvær handler om å være tilstede i situasjonen og å sanse med alle sine sanser. Å lytte innebærer åpent å invitere pasienter til en samtale der de kan fortelle om sin lidelse. En sykepleier fokuserer nettopp på dette:

”Det handler om respekten for å gi seg tid til å lytte, fordi det pasienten sier det er det som er det viktigste og det som samtalen skal dreie seg om”.

Å sanse innebærer også å ta inn andre uttrykk enn de verbale. En informant beskriver hvordan hun gjennom å være nærværende også åpner opp for å ta inn det som er rundt pasienten:

”Bare du kommer inn i en situasjon så har du med deg informasjon og så tar man inn situasjonen i rommet eller når man kommer inn i døren. Det er mye informasjon som ligger i det første for eksempel hvordan folk står og sitter, alt blir jo mer eller mindre ubevisst ervervet som for eksempel å se en pasient som ligger med hodet under dyna og far som står i kroken med armene i kors”.

Sykepleierne forteller at det til tider kan være mange henvisninger og mye stress for å rekke å ta kontakt med de som har søkt hjelp. Imidlertid når de har bestemt seg for å ”ta saken”, bruker de den tiden de har behov for. Tidsaspektet kan derfor synes å spille en rolle. En informant kommenterer dette slik:

”Vi har god tid, vi er heldige. Vi skal gi akutt hjelp innen 24 timer så vi har tid å planlegge. Jeg stresser ofte mer enn jeg trenger fordi jeg er vant til det fra tidligere jobb på døgnpost”.

Dette kan forstås som om det kan være en utfordring for sykepleieren å stresse ned, og kanskje har det ikke med nye jobbrutiner å gjøre, men at det er opp til hver og en å ta inn slik kunnskap.

5.3.3 Å la seg bli berørt

Flere informanter fortalte om situasjoner de hadde vært i, der vanskelige følelser hadde kommet uforberedt på dem. Krisen minner oss om noe mellommenneskelig og vi blir berørt. Å være i situasjonen kan da bli en utfordring, og en sykepleier beskriver følelsen av å handle i situasjonen:

”Det er noe med kombinasjonen historie og menneske som iblant” kan ta deg” noen ganger, en guffen følelse, du begynner febrilsk å finne utveier”.

Å tåle å stå i ukjente situasjoner uten trygge institusjonsrammer, kan være en utfordring. Det kan innebære å ha en balanse mellom å bli berørt og overveldet av egne følelser, til å distansere seg og ikke la seg bli berørt. Sykepleiere skal kunne romme pasienters følelser, og i en akutt psykisk krise kan dette være en sterk opplevelse. Ofte er det ikke bare et sterkt følelsesuttrykk, men også fravær av det som gjorde at sykepleierne ble berørte. En informant beskriver opplevelsen av hva som møtte henne ved et hjemmebesøk:

”Det var så trist og uverdigg at det nesten er det verste jeg vært borte i, vedkommende hadde forlangt utskrivelse og når jeg kom hjem var det piller, søppel... Han hadde tatt en overdose og låg på en madrass på gulvet i oppkast, det var fælt”.

Flere informanter formidlet følelsen av tristhet, oppgitthet og håpløshet de hadde hatt i situasjoner.

”Har du litt kontakt med følelsene så kan du kjenne at du blir lei og trist på en måte, en sånn der grunntanke i hele samtalen som er fylt på en måte at du skjønner det er ekte lidelse, det er vondt”.

Dette utsagnet fra en informant kan forstås som å la seg bli berørt og å tåle det vonde som pasienten formidler. Det synes som om sykepleierne må balansere mellom nærhet og distanse i forhold til egne følelser for å kunne vurdere den aktuelle situasjonen.

5.3.4 Å ta tenkepause

Informantene sa at de ofte tok ”time-out”, som en hjelp for å kunne ta vanskelige avgjørelser. Det handler om å gi seg selv tid gjennom å distansere seg litt, få en oversikt, til å reflektere over den aktuelle situasjonen. Det kan være at de trengte å undre seg i mellom, tenke høyt overfor hverandre eller å kontakte andre samarbeidspartnere som bakvakt, politi, legevakt med mer. En informant beskriver det slik:

”Vi må jo prøve å få litt perspektiv på hendelsen eller situasjonen, og prøve å finne noen generelle ting å gjøre, kanskje i samarbeid, kanskje gå ut av situasjonen litt, fordi vi jo skal finne en løsning på den situasjonen der og da”.

Det kommer henvisning fra mange steder og sykepleierne gjør så sine egne vurderinger vedr. hastegrad. Noen saker mener de det er bedre at den faste terapeuten tar seg av. I noen tilfeller kan det føles som et følelsemessig trykk å tørre si nei. I slike tilfeller benytter de også ”time –out”. Et informantpar forteller om dette dilemmaet:

”Vi kan bruke ”time out” når som helst, også ved telefoner som kommer inn fra fastleger, politi, psykiatrien, kollegaer, legevakt med mer. Noen av de som ringer kan være ganske pågående i forhold til å få oss til å ta en sak, da er det nyttig å summe seg selv gjennom å si, at nå skal jeg bare drøfte dette med min kollega så kommer jeg tilbake”.

Informantene fortalte at det er behov for en tenkepause i de tilfeller det er vanskelige vurderinger. Det kan være at de har blitt berørte og bruker så følelsene bevisst i samtalen videre. Det synes som informantene gir uttrykk for lettelse over å ha mulighet til tenkepause. Lignende kommentarer som dette kom ofte frem i intervjuene;

”Takk og lov, vi har hverandre”.

Muligheten informantene beskriver at de har gjennom å ta en tenkepause, kan forstås som at de tar seg en pause for å tenke i stedet for en pause for ikke å tenke. De reflekterer sammen om hvordan de forstår den aktuelle situasjonen til de har gjort en endelig konklusjon.

5.4 Å improvisere

I analysen av data fikk dette tema to innholdskomponenter: 1. Å følge innfallet, 2. Å være kreativ. Hvert innhold blir beskrevet med sitat og beskrivelser fra informanter.

5.4.1 Å følge innfallet

Informantene ser seg selv som fleksible og regner med å måtte improvisere. Å regne med at det skjer noe, innebærer å følge det som faller en inn og tørre å åpne seg for innfallet og arbeide videre med det.

”Det er spenning i seg selv at du aldri vet nøyaktig hva du står overfor, og det krever kreativ bruk av deg selv”.

Her uttrykker en informant at hun føler spenning og at hun forventer å bruke egen kreativitet i møte med pasienten.

En annen informant beskriver en situasjon der de involverte ikke fant noen utvei for pasientens selvmordsønsker:

”Hun ville ta livet sitt for å straffe legevakten, og da provoserte jeg med at hvis du skriver et brev, får ut all guffen, slik at andre som er i en lignende situasjon som deg kan kanskje få hjelp. Jeg sa at de på legevakten ikke vil føle dette som en straff. Hun ble kjempesinna, det var det jeg ønsket. Hun fikk etterpå snakke med min kollega, som hadde rollen av å være den gode”

Informanten beskriver her hvordan han i situasjonen får en ide han vil forfølge, og han gir etter for innfallet og velger bevisst å prøve det ut. Han er helt avhengig av å samarbeide med sin kollega gjennom å fordele roller. Å jobbe sammen i par kan være en viktig forutsetning for å tørre å følge

innfallet. Sykepleieren har da en kollega som han er sammen med i situasjon der han kan få støtte og korrigerer.

Det er sagt tidligere at det kan være sterke følelser og uttrykk som formidles i en krise. Akutteamet har liten tid på seg til å vurdere aktuell situasjon og å komme med en konklusjon om hva som skal gjøres videre. Informantene sier de forbereder seg til at de må være fleksible og være åpne for alternative løsninger.

”Man vurderer situasjonen man er i til en hver tid, og for eksempel vi ønsker en innleggelse på omsorgsnivå, men det er som regel ikke alltid mulig å fremskaffe i løpet av et døgn. Da må vi tenke alternativt”.

De beskrev at de er fleksible for eksempel til å ta kontakt med sosialt nettverk for å prøve å få til en midlertidig ordning. En ordning som kunne hjelpe, kanskje til neste dag.

At improvisasjon er med i forberedelsen før møtet, viser dette utsagnet: *”Du kan ikke strukturere samtalen på forhånd, du må ta høyde for at ting skjer, du må improvisere”.*

Informanter beskrev at de forbereder seg gjennom å være åpne med sine sanser og følelsemessig tilstede. Det gir rom for å få inntrykk, som er en forutsetning for å åpne opp for innfallet. Jeg mener sykepleierne gir rom for innfallene i det de forbereder seg på å være fleksible. Sykepleierne erkjenner sin fagkompetanse, struktur og system, og til sammen med lang erfaring kan de la innfallet komme, bli mer oppfinnsomme for å finne alternative løsninger.

5.4.2 Å være kreativ

Å bruke sin fantasi og kreativitet var ikke noe informantene fortalte at de planlegger, de beskrev det som en fleksibel væremåte, en ressurs for å kunne ta avgjørelser. Dette kan forstås som opplevelsen av å være i en flyt, (flow):

”Jeg synes det er ”jevne” når det går i ett. Hvis du har for god tid å forberede deg så kan du nesten lage større saker enn det er, det er bedre å ta det på sparket”.

For å kunne ta det som kommer spontant kreves kunnskap og erfaring, og det er som informanten uttrykker det:

”Hvis du er nyutdannet ville du følt deg utrygg fordi du ikke kan ha kontroll på tingene her, du må ha evne til å improvisere”.

I tillegg til kunnskap og erfaring er trygge rammer en viktig faktor for å kunne være kreativ i møtet med pasienter i krise, slik en informant sier:

”Grunnen til at jeg kan være kreativ og synes det er spennende er at jeg har et godt system rundt meg som jeg kjenner godt, altså det er trygt for meg, jeg vet hva jeg har av støtte, jeg kjenner til systemet, jeg vet hvor pasientene kan henvises videre, altså hvis jeg ikke hadde det, så hadde det ikke vært det minste spennende, da hadde det bare vært skummelt”.

Møtet med personen som er i en akutt psykisk krise er beskrevet som et intenst møte. En kreativ handling er preget av engasjement. I intervjuene kom det frem at sykepleiere er opptatte av ekte engasjement. Jeg synes sitatet her gjenkjenner følelsen av glede som kan oppleves ved et intenst møte der sykepleieren bruker sin kreativitet for å finne løsninger:

”Jeg hører min kollega ha en telefonsamtale med en pasient, jeg får med meg stemningen, og du hører hvordan de snur, fra ”slutt å plag meg, dere ringer på feil tidspunkt og hvorfor ringer dere i det hele tatt,” til at vedkommende blir innstilt på å komme i behandling og føler seg hørt. Du hører latter fra begge sider”.

5.5 Sammendrag av funn

Ut ifra analysen ble følgende tre tema identifisert som kjennetegner psykiatriske sykepleieres forberedelser før møtet med personer i akutt psykisk krise. Disse tre er: å få grep om den aktuelle situasjonen, å møte det som kommer og å improvisere.

Å få grep om den aktuelle situasjonen innebærer for sykepleierne å bli kjent med den informasjonen de har om pasienten, dvs. lese henvisning, se i eventuelt tidligere journaler med mer. De prøver å få en oversikt om pasienten og krisen så raskt som mulig. Sykepleierne forbereder seg også på samarbeid med hverandre og fordeler roller etter den kunnskap og erfaring de har. De forbereder seg til dialog og samarbeid med pasientens familie, sosiale nettverk og med andre.

Sykepleierne forbereder seg på å møte det som kommer gjennom å være mentalt forberedt. Hun kan ha brukt sin fantasi for å tenke seg inn i situasjoner som kan komme til å skje. Hun innstiller seg gjennom inntonning og gjennom å ta på seg forskjellige roller for å oppnå og kommunisere med den kriserammete og hans familie. De er nærværende for å kunne lytte og å ta inn det som de sanser. De bruker den tid de trenger til å få gjort en vurdering. Sykepleierne forbereder seg på å balansere mellom nærhet og distanse for å ikke bli overveldiget av egne følelser og å bli handlingslammet. De tar pauser, ”time – out”, for å tenke og drøfte sammen om hvordan de skal vurdere situasjonen videre.

Sykepleiere hadde mye kunnskap og erfaring og de var trygge på rammer og strukturen de måtte forholde seg til. De turte å være kreative og improviserte dersom alternative løsninger måtte til.

6. Diskusjon

Dette kapittelet er delt inn i to deler. Den første er en refleksjon over de metodiske styrker og svakheter som jeg har erfart i studien. Den andre omhandler studiens sentrale funn som vil bli drøftet opp mot et teoretisk perspektiv og tidligere forskning.

6.1 Metodisk refleksjon

Vitenskapelig gyldighet handler om at forskningsresultatene ikke må være basert på tilfeldigheter eller vilkårlighet (Hummelvoll & Barbosa de Silva (1996). I kvalitativ forskning handler det om å få en grunnleggende gjensidig forståelse av beskrivelsen og at den skal være så korrekt som mulig. Troverdigheten (validiteten) er avhengig av at det faktisk er blitt undersøkt det en tror har blitt undersøkt, som betyr at forskeren er trofast mot materialet. Kvale & Brinkmann (2010) mener at validitet i kvalitativ forskning alltid innebærer kontroll, og at forskeren har et kritisk syn på sine tolkninger.

Intervjuenes troverdighet er avhengig av min rolle som intervjuer og hvordan intervjuet kan bli kontrollert for troverdighet. Kommunikativ validitet innebærer å overprøve kunnskapskrav i dialog og hva som bestemmes er en valid observasjon, bestemmes gjennom informantenes argumenter i en samtale (Kvale & Brinkmann 2020:258). For å øke dataenes troverdighet oppsummerte jeg hva informantene sa i intervjuene underveis for å forsikre meg om at jeg hadde forstått det riktig og å oppklare eventuelle misforståelser. Når jeg gav tilbake min oppfattning av deres selvforståelse ble utsagnene utdypet og presisert. Det utviklet seg en utdanningsaktivitet der både informanter og jeg lærte noe nytt og slik kan en kommunikativ prosess være med på utvikle sannhet. At utsagnene ble utdypet og bekreftet var med på og sikret en felles forståelse av det som skulle undersøkes mellom meg og informantene. Dette gjør at mine resultater i mindre grad er baserte på forutinntatte meninger, fordommer og misforståelser (Kvale & Brinkmann 2010), Hummelvoll & Barbosa da Silva 1996). Etterpå ser jeg at jeg kunne ha gjort det hyppigere og mer regelmessig. Dette hadde ført til en enda mer fordypning av temaet. En annen svakhet er at jeg ikke sjekket ut med alle respondenter om de ville kontrollere hvordan deres utsagn ble fremlagt. Jeg sjekket bare ut med noen, og etter at ha fått negativ respons fra dem, konkluderte jeg med at de andre heller ikke ville ønske å korrigere intervjuet.

Hensikten har vært å innhente beskrivelser fra psykiatriske sykepleiere om deres profesjonelle livsverden slik den erfares i et ambulant akutteam. Som forsker hadde jeg ikke noen nærhet til feltet gjennom min arbeidsplass. Det kan ha vært en svakhet, men også en styrke gjennom at min forskerrolle ble mer nøytral, og ga få muligheter til å påvirke resultatene. For å få kunnskap om informantenes arbeidssted og deres opplevelse av arbeidet sitt, utførte jeg to prøveintervjuer. Det gjorde at jeg som intervjuer ble mer bevisst på hvilke spørsmål som var aktuelle å stille for å bli mer nyansert, og for å videreutvikle intervjuguiden. Å få frem forskjellige aspekter knyttet til emnet, kan være avgjørende for kvaliteten på dataene (Kvale & Brinkmann 2010).

Relasjonen mellom forsker og informant er en viktig pålitelighetsfaktor. Fog (1994) er opptatt av hvordan intervjueren fungerer som ”instrument”, om han er konsistent. Å være konsistent innebærer at forskeren er sensitiv og har evne til å reagere variabelt på de personer som blir intervjuet og ”være meg-selv-sammen –med nettopp-denne-personen” (s.187). Det var viktig for meg å kunne reagere sensitivt i forhold til det informantene fortalte. Jeg prøvde å være lydhør gjennom hele intervjuet og å reagere på det de sa enten gjennom å bekrefte at jeg hadde forstått eller spørre når jeg ikke hadde det. Jeg prøvde å være bevisst min innflytelse og å vektlegge gjensidighet i relasjonen. Dette fremholder også Martinsen (2009), som utdyper sansenes betydning av evidens. Hun beskriver evidens, som ”det som viser seg på en slik måte at det er gyldig, at det er til å stole på” (s.10). Hun fremholder at ”inntrykk som i sansningen berører og beveger oss, kan uttrykkes slik de fremstår med evidens” (Martinsen 2009:82).

En ulempe kan ha vært at jeg var for lite styrende. Informantene kunne fortelle opplysninger som egentlig ikke var relevante for min studie, men jeg følte de hadde behov for det og derfor ville jeg ikke styre dem. Etter første prøveintervju var jeg forberedt på dette, men det var likevel enkelt å ”skli” inn i samme mønster. I tillegg til noe mangelfull styring kan det være en utfordring å intervju informant med samme profesjon. Min identitet kan inni mellom ha vært mer sykepleieren enn forskeren.

Ved et intervju trodde informantene at de skulle intervjues hver og en, og ikke som par. Dette tar jeg som selvkritikk og at det var noe jeg skulle ha gitt tydeligere informasjon om. Begge informanter stilte seg positive til å intervjues i par. Jeg kunne også vært tydeligere på at intervjuet kunne ses på som en samtale de også hadde med hverandre. Det var derfor noe usikkerhet i begynnelsen av intervjuene. En informant spurte eksplisitt om hvem spørsmålene var rettet til.

Etter hvert fløt samtalen og når informantene var i dialog med hverandre, kunne jeg observere at de reflekterte sammen om situasjoner de hadde opplevd.

Det ”dyadiske” forskningsintervju, har likheter med fokusgruppeintervju, som gjennom felles samtale får utdypet og presisert tema. Derigjennom blir datainnsamlingen mer nyansert og kontrollert på datakvalitet. En svakhet ved datainnsamlingen er at de kan ha latt seg rive med av hverandres engasjement og blitt påvirket av den andre informantens utsagn. Informantene er lojale til hverandre ettersom de deler hverdagen på jobb sammen. Min opplevelse var at samtalen var åpen og trygg nok til at det hadde vært rom for uenigheter.

Innsamling og tolkning av data skal være preget av troverdighet gjennom hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann 2010). I hensikt om å holde meg tro mot datamaterialet som lydbånd, utskrifter og ikke minst i analysearbeidet, har jeg gjort egne notater og refleksjoner. Jeg har ført mine tanker videre til andre for å få belyst tema og få innspill. Derfor kan jeg si at mine kolleger og spesielt min veileder vært med på å gjøre studien troverdig. For å sikre gyldigheten i analysen har jeg sammenholdt mine funn med andre studier og funnet at det er samsvar.

6.1 Diskusjon av funn

I denne del drøftes studiens funn ut ifra et teoretisk perspektiv og med referanser til tidligere forskning.

6.1.1 Å stå i det åpne

Handlingsberedskap

Funnene i min studie viser at sykepleierne forbereder seg på mange plan for å kunne få grep om den aktuelle situasjonen. Deres forberedelse likner den forberedelse som er beskrevet for akutt sykepleieren ”når det gjelder livet”, som handler om det å forberede seg mentalt og å utvikle en handlingsberedskap (Nortvedt 2002). I min studie beskriver informanter hvordan de mentalt forbereder seg på sterke sansetrykk og psykiske påkjenninger som kan møte dem. Noen fortalte at de visualiserte, brukte fantasien og så i bilder hva som ville skje, eller de beskrev hvordan de gjorde seg opp en mening om hvilken type tilnærming de ville kunne få bruk for. Å visualisere blir beskrevet i pedagogisk-psykologisk ordbok (1998) som: å gi en ide bildeform, og å oversette verbalt språk til bildespråk. Denne type mentale forberedelser gir sykepleieren en beskyttelse, i

følge Nortvedt (ibid). Den mentale forberedelsen er også med på å utvikle en handlingsberedskap. Fasen etter forberedelsesfasen som kommer ved skadestedet, er preget av dyp konsentrasjon og oppmerksomhet (Nortvedt ibid). Informantene i min studie hadde ikke et skadested som mål som for eksempel ved en trafikkulykke, men i mange tilfeller beskrev de hvordan arbeidet de gjorde kunne handle om liv og død, spesielt når mennesket var selvmordstruet. I min studie knyttes handlingsberedskap til at sykepleieren skal fungere selvstendig, mens begrepet innenfor sykepleieutdanning blir beskrevet om sykepleieren som ikke har nok spesialisert kompetanse til å kunne handle selvstendig. (Damsgaard 2010:133).

Funn i min studie viste at informantene syntes det var krevende å stå i det åpne. Det er viktig å beholde roen og oversikten, ikke la ens egen angst overta, som en form for følelsemessig ”smitting”. Følelsemessig smitting kjennetegnes ved at en selv blir bærer og formidler av de følelsemessige uttrykkene pasienten har (Nortvedt 2002). Det handler om å kjenne seg selv og sine egne reaksjoner for ikke å miste fotfestet når de følelsemessig møter store utfordringer. Andre reaksjoner en kan få ved å utsette seg for sterk psykisk press, kan være handlingslammelse som følge av en uvirkelighetsfølelse. Informantene gav ikke uttrykk for at slike store påkjenninger var vanlige, men at de hadde god hjelp i kollegastøtte, veiledning og debriefing ved behov. Når krisen er av et stort omfang eller når de følelsemessige påkjenninger blir uvanlig store og belastende, kan det kanskje også dreie seg om en sekundær traumatisering, og sykepleierne kan selv komme til å trenge profesjonell hjelp.

Nærvær

Informantene kunne fortelle hvordan de etter en forberedelse også oppnår samme konsentrasjon og oppmerksomhet, som Nortvedt beskriver i akuttpsykeleien. Sykepleierne glemmer seg selv, de er til stede og nærværende for pasienten. Det er denne forberedelsen som omhandler å forberede seg til å stå i det åpne.

Funnene i min studie bekrefter at sykepleierne forbereder seg til å stå i det åpne. De vet av erfaring, og derfor innstiller de seg på å ta høyde for at den aktuelle situasjonen kan endre seg i et møte med personer i akutt psykisk krise. I likhet med Karlsson et. al.(2008a, 2008b) og Borg & Karlsson (2010) sine funn om ambulant akutteam, handler også mine funn om ”å stille seg åpen” og ”å være åpen for å møte det uventede”. Noe som er helt nødvendig for å få grep om den aktuelle situasjonen og dermed kunne vurdere den psykiske tilstanden til personen i akutt psykisk krise. Informantene beskrev i intervjuene at et møte aldri kan planlegges. De må være åpne og

innta en lyttende holdning til pasienten. Det var noe av innholdet informantene drøftet sammen og som omhandlet forberedelser. De kom frem til at det å være nærværende var en forutsetning for å møte pasienten i sin opplevde situasjon. Sansemessig nærvær handler om å gi seg tid (Alsvåg 2002), og ofte er sykepleiere i ambulante akutteam under tidspress for å rekke å kontakte alle pasienter. Sykepleierne i min studie fortalte at de brukte den tid som var nødvendig til å gjøre datainnsamling, vurdering og konklusjon.

Å være nærværende innebærer å være her og nå, og å ha fokus på pasientens opplevelse av sine problemer. Møtet med pasienten er en av noen sentrale hjørnesteiner i en eksistensialistisk tilnærming til pasienten (Hummelvoll 2004). Et helhetlig menneskesyn handler om å se personen både kroppslig og eksistensielt. Medfølelse, barmhjertighet og tillit er våre naturlige reaksjoner vi har som mennesker i forhold til appellen om hjelp fra andre. Vi må stille oss åpne for å kunne se og uttrykke denne appell, skriver Martinsen (203:137), og veien til den andre må være passe så vi ser medmennesket i vår følsomhet. Veien må derfor ikke være for lang, da blir det for distansert, men heller ikke for kort. Da kan vi lett bli for involvert og overveldiget av egne følelser. I begge tilfeller blir det ikke noe ekte møte, skriver Martinsen (ibid.). Hummelvoll (2004) viser til May, som beskriver fenomenet møtet som ”en sjelelig berøring ” mellom mennesker. Dette omformer Hummelvoll (2004) til samværet mellom sykepleier og pasient, der et reelt møte blir like eksistensielt betydningsfullt for begge parter.

Å være nærværende er å være til stede på en autentisk måte, noe som betyr at vi utsetter oss for å kjenne på det vonde. Fjelstad (2007) mener at det å være nærværende tilstede i situasjonen, handler om å sanse og ta inn det som *er*, uten å vurdere, tolke eller bedømme. Martinsen (2003), har en oppfatning om at sykepleie dokumenteres i sin sanselige tilstedeværelse gjennom sykepleierens ferdigheter, noe som min studies funn også bekrefter. Sykepleierne framholdt at de henter inn informasjon også gjennom bruk av sine sanser som for eksempel ved aktiv lytting.

Inspirert av Løgstrup, skriver Martinsen (2003) at sansingen er like fundamental som språket, og at ”sansingen ikke er avhengig av forståelsen, men at forståelsen er avhengig av den” Martinsen (2003:113). Innholdet her belyser det som informantene beskriver om å være forberedt på et intenst følelsesuttrykk. Det er derfor et viktig funn i likhet med Borg & Karlsson (2010) sine funn fra studien ”å arbeide i menneskers hjem”. Denne studien viser også at å vurdere et menneskes psykiske tilstand i hjemmet innebærer å stille seg åpen, og å våge smertefulle og uforutsigbare mellommenneskelige relasjoner.

Uvisshet om hva som ventet sykepleierne i møtet fremkom som et funn i min studie. Fjelstad (2007) frembringer uvissheten i forhold til klinisk arbeid og definerer begrepet en ”ikke vitende holdning”, som ikke innebærer en uvitenhet, men sier noe om hvordan terapeuten forholder seg til pasient og kolleger. Å ikke vite, eller å være i uvisshet, kan bidra til at klientens stemme kommer til sin rett og at pasientens valg i en opplevd krise vokser frem i samtalen. Fjelstad (ibid.) viser til Andersen som har gjort undersøkelser med studenter som opplevde økende trygghet, kompetanse og økende handlingsrom når de begynte å gi slipp på behovet for å vite, og begynte å stole på usikkerheten. Positivt var det at de uttrykte en ny opplevelse av autonomi, fleksibilitet, kreativitet og en ”frigjøring fra visshetens tvang til uvisshetens muligheter”. Fjelstad (2007) hevder at mennesker med et balansert sinn også er de som har toleranse for uvisshet. De som har et balansert sinn tåler å ha sterke følelser uten å bli fragmentert, de er mer tilstede i situasjoner uten å reagere forhastet. Gjennom oppmerksomt nærvær (mindfulness) kan det trenes på. Det betyr at vi kan lære oss å observere hva som skjer våre følelser, tanker og sanseopplevelser på en aksepterende og ikke vurderende måte.

Kommunikasjon

Funn fra min studie viser at informanter forbereder seg på å kommunisere med pasienten og de som er rundt han/henne. De hadde erfaring med at det ofte var svikt i kommunikasjonen mellom pasienten og omgivelsen. Når kommunikasjonen svikter, kan et menneske føle seg uelsket, alene og overlatt til seg selv (Hoff ibid.). Det kan handle om å kommunisere og kanskje invitere andre inn til en dialog. Det fremkommer i min studie at sykepleiene forbereder seg på å kunne stille seg åpen for å ta inn inntrykk og å la seg bli berørt. Kriseintervensjon er i sitt innerste vesen et menneskelig fenomen, og Hoff (1986) viser til at mennesket er et symbolskapende vesen, som finner mening i ulike hendelser. Gjennom språket og ikke verbal kommunikasjon forteller vi våre medmennesker hva vi føler og tenker om livet og om hverandre.

I følge Eliassen & Seikkula (2006) bidrar reflekterende samtaler om vanskelige emosjoner som pasienten, familien eller teammedlemmene kan ha, til å gjøre farlige temaer mindre farlige for pasienten og familien. Funn i min studie er at sykepleierne vektlegger kommunikasjon og viser en åpen og respekterende holdning, som er i tråd med Sosial og helsedirektoratets veileder til Distriktpsikiatriske senter (2006). Der står det at ”bruker- og pårørendemedvirkning krever at terapeuter har gode kommunikasjonsferdigheter og en lyttende og bekreftende holdning til de hjelpesøkende”.

Ved en tilnærming der en bruker åpen refleksjon gjøres det på forhånd en avtale om hvilken rolle de enkelte teammedlemmer skal ha i møtet med pasienten og evt. dennes familie og sosiale nettverk (Andersen 1994). I likhet med det informantene beskriver, er det en sykepleier som leder samtalen, stiller spørsmål og svarer på spørsmål, og en som observerer og noterer, og som bidrar med refleksjon ved behov og ved avslutning medvirker til en vurdering og konklusjon. Dette er i tråd med Sosial og helsedirektoratets veileder (2006b), der det står at en ønsker å oppnå en god dialog som fremmer mobiliseringen av ressurser hos den kriserammede og nettverket, slik at de bedre kan mestre den krisen de er i.

Informantene fortalte at de gjorde en selvutvurdering i forhold til pasientens problematikk og hvilken tilnærming det er viktig å vite noe om, før møtet med personen i krise. De fokuserer da på sin egen kompetanse og opplagthet, og i samråd med kollega fordeler de roller de skal ha i møtet med personen. Karlsson et.al (2008a) viser til funn der teammedlemmer beskriver to typer forhandlinger. Den første er en indre forhandling der fagpersonen reflekterer over sin forståelse av krisen. Den andre forhandlingen foregår mellom de som er tilstedeværende. Min studie fokuserer på den indre forhandling slik Andersen (2001) beskriver den. Han definerer en reflekterende prosess som skiftninger mellom å snakke og å lytte. Man er i en ytre dialog når man snakker med noen, og man er i en indre dialog med seg selv når man hører på den andre. Når deltakere i en terapeutisk samtale skifter mellom ytre og indre dialoger, kan det skape rom for reflekterende prosesser (Andersen ibid.). Mine funn viser var at sykepleierne søkte så langt det var mulig å løse krisen i hjemmet til pasienten. Et sitat belyser dette:

”Vi visste ikke hva vi møtte, hva hun ville trenge, det var jo en pasient i en depressiv tilstand. I samtalen utvikling så fikk hun reflektere seg til en avgjørelse at hun skulle forbli hjemme og greie seg selv med sitt nettverk. Det var overraskende”.

Dette samsvarer med intensjoner fra Sos og helsedirektoratet veileder til DPS (2006) om å bruke pasientens familie og nettverk som ressurser for å forebygge unødvendige innleggelses. Flere studier viser til samarbeid mellom bruker, familie og dens nettverk, og viktigheten av å fremme en god dialog mellom alle parter. Det bør gjøres i trygge omgivelser som ofte er i hjemmet (Karlsson et. al 2008b; Haugen & Hultberg 2004; Hultberg & Karlsson 2007). Pasienters kontekst blir ofte brukt som begrep i disse studier. Jeg forstår det som at det handler om å se personen som er i krise i en relasjon til sin egen familie og det sosiale nettverk. Personen har ikke en krise isolert fra de han/hun lever med, krisen påvirker også de andre i familien.

Flere av mine informanter kunne fortelle om situasjoner som har vært mer eller mindre krenkende og uverdige for pasienten. Hummelvoll (2004) viser til den sosiale lidelsen, som handler om

lidelser knyttet til endringer i sosiale roller. Sykepleierne beskriver at de møtte personer med omsorgssvikt, rus og vold, økonomisk krise, eller mangel på sted å bo. Dette tilsvarer funn fra Borg & Karlsson (2010) om at for fagpersoner i en uforutsigbar kontekst, handler det om å ha et åpent blikk og et åpent sinn for det individuelle så vel som det sosiale. Funn fra min studie viste at sykepleierne ofte kunne forberede seg til møtet, men de hadde imidlertid lite informasjon som sa noe om pasientens kontekst. Sykepleierne sa flere ganger at ”de ikke visste hva de gikk til”, de ble overrasket av fastlåsheten i samspillet mellom pasient og familie.

Sykepleieprosessen - aktiv informasjonsinnsamling

Mine funn peker på at sykepleierne forbereder seg til å gjøre vurderinger om krisens omfang og alvorlighet. Her vel jeg redegjøre for sykepleieprosessen i psykiatrisk sykepleie, som er en systematisk metode som binder sammen sykepleievirkeligheten og sykepleiekunnskapen (Lindström 2003). Funn fra mine informanter samsvarer med den jobb som gjøres i pasientanalysen. Gjennom intervju, observasjon og undersøkelser samler de inn det nødvendige for å kunne avgjøre krisens omfang. I datainnsamlingen er det viktig å kunne sanse forskjellige fenomen i omgivelsen og i mennesket. Det kan være av livsviktig betydning, framholder Eriksson (1988) og Gustin (2010). Deres beskrevne datainnsamling samsvarer med studiens funn der sykepleierne bruker sine sanser, følelser og sin intuisjon når de samler inn data. I en datainnsamling kan den intuitive følelse være en hypotese som må sjekkes ut, og ses i sammenheng med teori.

Denne studien handler om forberedelser, og funn fra mine informanter viser at informasjonsinnsamling er noe av det sykepleierne bruker tid på før de treffer pasienten. Den pågår gjennom hele vurderingen til en endelig avgjørelse og konklusjon blir tatt. Sykepleierne beskriver at de underveis samler inn data som de analyserer som dermed gir de dem et helhetsbilde av den aktuelle situasjonen.

I sykepleieprosessen er samspillet mellom sykepleier og pasient med på å forme utvikling av prosessen. Pasient- sykepleierrelasjon utgjør selve kjernen i sykepleieprosessen (Eriksson 1988). Funn fra min studie viste at sykepleiere har en åpen dialog med alle tilstedeværende, og at de prøver å skape en atmosfære av tillit og forståelse. Informantene fra min studie brukte som forberedelse tid på å lese den informasjon om pasienten og den aktuelle situasjonen som var tilgjengelig. Dette kan sammenlignes med sykepleieprosessens første faser som omhandler datainnsamlingen. I datainnsamlingen inngår at også pasienten er delaktig. Datainnsamling er

derfor også aktuell i samarbeid med pasienten når sykepleieren og pasienten har møtt hverandre. Samspillet mellom pasienten, familien, samfunnet og sykepleieren utgjør rammen for de dynamiske handlingene i sykepleieprosessen. (Eriksson ibid.). Dette fremholder også Peplau (1988) der hun redegjør for orienteringsfasen. I den fasen finner pasienten sammen med sykepleieren ut hva han selv opplever som sitt problem. Pasienten deltar aktivt gjennom å stille spørsmål og ved å finne ut av hva han trenger å vite for å føle seg trygg. (s.30).

En vurderingsprosess eller en datainnsamlingsprosess kan på mange måter også sammenlignes med "flidsarbeid", et begrep beskrevet av Kari Martinsen (2008). Med flidsarbeid mener jeg kan være den aktive informasjonsinnsamling sykepleierne gjør for å få grep om situasjonen. Flidsarbeid er et teoretisk begrep hentet fra Ludvig Feilbergs (1849-1912) sine skrifter. Kari Martinsen viser til den danske filosofen Mogens Pahuus som utdyper Feilbergs livsfilosofi. Flidsarbeid blir definert som "arbeid i ordnede tankeformer", og som innebærer å være bevegelig og åpen, å la noe komme og å la noe gå (Martinsen ibid.). Begrepet kan være gjeldende som informasjonsinnsamling til det sykepleierne foretar seg for å forberede seg til møtet med personen i krise og vurderingen av situasjonen. De stiller seg åpne for å kunne ta i mot noe som kan gjøre inntrykk på dem. Martinsen (2008) viser til Løgstrup som vektlegger at det krever et disiplinert arbeid rettet mot en selv for å tyde inntrykket (s.27). Jeg forstår det slik at i en situasjon, for eksempel hjemme hos en pasient som har en psykisk krise, velger sykepleierne å åpne seg for å bli følelsemessig berørt. Et disiplinert arbeid vil i en slik situasjon bety å ikke la seg lede bort fra inntrykk, tanker og assosiasjoner inntrykket vekker. Det handler om å bevare intensiteten i sansningen for å ikke å la seg overveldes av inntrykket (Martinsen ibid). Det disiplinerte arbeid kan gjøre det lettere å være oppmerksomt tilstede, i tråd med hva akuttsykepleieren gjør av forberedelser før hun er på skadestedet (Nortvedt 2002). Å ikke la seg overvelde av inntrykket omtaler Nortvedt (ibid) som en form av beskyttelse, og som påvirker hvor godt sykepleierne har forberedt seg. Studiens funn bekrefter at de situasjoner som de i liten grad hadde kunnet forberede seg på, kunne være de som var ekstra følelsemessig belastende.

Datainnsamling er som sagt en kontinuerlig prosess. Det kan være nødvendig med flere vurderinger, og studien viser at sykepleierne brukte å ta en "time-out". Å ta en tenkepause, betydde for sykepleierne, en pause til å tenke videre i og se den aktuelle situasjon på avstand for å gjøre refleksjoner og vurderinger. De kunne da flytte seg fysisk for eksempel ut til bilen, men hvis pasienten og pårørende var på kontorets samtalerom, kunne de be dem om å gå ut en stund. I tenkepausen var det tid til å kontakte bakvakt, politi, sykebil eller andre som kunne bidra til hjelp. Det kunne også være at de ønsket å åpne opp en dialog med de tilstedeværende, pasient, kollega,

familie og sosiale nettverk, eller andre samarbeidspartnere slik Seikkula (2005) bruker dialogisk refleksjon der alle de involverte har rett å si sin mening. Denne studiens funn viser i likhet med tidligere forskning at slik tilnærming brukes med gode resultater (Karlsson et. al 2008b; Haugen & Hultberg 2004; Hultberg & Karlsson 2007). Å bruke tenkepauser er med på å vurdere data og se situasjon fra flere sider. Sykepleierne minnet hverandre om før møtet med pasienten *"Husk, vi kan alltid ta en pause"*.

Martinsen (2008) viser til Løgstrup som skriver om "suspensjonstilstand", og som Martinsen kaller for "mellomøyeblikket". Jeg vil sammenligne det med en tenkepause eller "time-out" som informanter viser til i min studie. I en slik pause er sykepleierne fortsatt i den følelsemessige berørthet, men glemmer for en stund det de holder på med, for å gi rom til erindring, som kan være at de husker andre slike situasjoner og hva de da gjorde. I en slik tilstand kan de bli oppfinnsomme, eller som Martinsen sier kan de få et innfall.

Studier viser at sykepleiere bruker sitt kliniske skjønn når de vurderer den aktuelle situasjon (Karlsson et. al.2008a). I deres studie om kriseforståelse, forstås det kliniske skjønn som en base i behandlerens erfaringskunnskap: "Det man har sett, har erfart, det har man med seg" (Karlsson et. al. ibid.). Dette kommer også frem i min studie i det informantene fortalte om tidligere situasjoner de hadde lært noe fra, og som de bevisst brukte som erfaringskompetanse i situasjoner som lignet. Det kreves både sansemessig nærvær, oppmerksomhet, kunnskaper og erfaringer for å utøve skjønn i kliniske situasjoner, framholder Alsvåg (2002).

Datainnsamlingen pågår som tidligere nevnt under hele vurderingsprosessen. Det innebærer at sykepleierne stadig må gjøre nye forberedelser utefra ståsted her og nå. En type forberedelser som ikke er blitt nevnt direkte av informanter, handler om avslutning av pasient relasjonen. Ut ifra situasjoner der de også ble følelsemessig involvert, oppfattet jeg, trass mange drøftinger og veiledningstimer, at de ikke var ferdige med "oppdraget". De skulle gjerne visst hvordan det gikk videre med pasienten. Dette lar seg ikke gjennomføre pga. taushetsplikten, og skulle også ha vært et integritetsbrudd mot pasienten. En god plan for kriseintervensjon er i følge Hoff (1986) realistisk, konkret og tidsavgrenset. Uansett hvor lang tid det brukes på en kriseintervensjon, inneholder den alltid en avslutning. Dette er viktig for å kunne gå videre, å legge noe bak seg, å markere for alle involverte at "nå tar noen annen over".

6.1.2 Å (tørre) improvisere.

I min studie forbereder sykepleierne seg på å være fleksible og åpne for alternative løsninger. De må ”ta høyde for” at noe uventet kan skje. Flere sier at de forbereder seg for å improvisere. Disse funnene er sammenfallende med studier til Karlsson et.al (2008a, 2008b; Hultberg & Karlsson 2007) som fant at fagpersoner som bidrar til å skape trygghet gjennom lyttende og bekreftende holdninger også vil øke muligheter for å ta gode valg og forhandlinger. De hevder at en annen profesjonalitet holder på og utvikles. Jeg vil her se nærmere på hva fenomenet innebærer og hvordan det kan forstås ut i fra et sykepleieperspektiv.

Musikkprofessoren Alterhaug (2004) viser til den franske filosofen Bergson som definerer improvisasjon fra det latinske *improvisus*, som betyr ”det uforutsette”, eller ”det som skjer i øyeblikket”. Det latinske ordet *visus* betyr ”å se”, mens *pro* betyr ”før”, eller ”på forhånd”. Det betyr således ”det som ikke har vært sett på forhånd”. På Italiensk har verbet *improvisare*, å gjøre med ”noe uten forberedelser”, for å løse en uventet situasjon. Et annet latinsk ord er *extempore actio*, som kan oversettes med ”å agere utenfor den normale ”flow of time”, som kan relateres til ”den opplevde tiden” (Alterhaug 2004:98). Disse definisjoner forteller om nyanser som kan tolkes forskjellig, for eksempel, ”det som ikke har vært sett på forhånd”, kan forstås som at en forutsetning for å improvisere er ”å se”, dvs. bruk av sine sanser for å kommunisere det som blitt berørt. Alterhaug (2006) mener improvisasjon ikke er noen nødløsning, det er noe en velger, å stå frem med det man har sett og erfart. Likeså er han uenig i at det er ”noe uten forberedelser”, da han mener at fundamentet nettopp består av en grundig forberedelse (Alterhaug *ibid.*). All improvisasjon er knyttet til det som skjer her og nå og hører til øyeblikket (Stensholt 2006). Det er dermed ikke noe som kan planlegges, men heller noe som kan komme til å skje.

Flere informanter fortalte at de ofte hadde følelsen av at de ikke visste hva som ventet dem. Når de var i samhandling med pasienten og hans/hennes sosiale nettverk, kunne den aktuelle situasjon raskt endre seg. De kunne imidlertid vise til få eksempel der de hadde improvisert, men de var klar over at de gjorde det og at det var en viktig del i forberedelsen. Denne oppfattelsen er sammenfallende med funn fra studier fra Alterhaug (2006; Hanley & Fenton (2007), som viser at improvisasjon er en handling som er vanskelig å beskrive. Det er vanligvis en handling du kjenner igjen når du er i den, fremholder Hanley & Fenton (2007).

Informanter fra min studie forteller at de som oftest greier å forhindre en akutt innleggelse. De bruker sin konsentrasjon og tilstedeværelse til dialog med pasienten. De er åpne og inntar en lyttende innstilling i møtet med pasienten. De føler seg trygge på at de har mye erfaring og kompetanse, nok til å finne løsninger i den akutte krisesituasjon. Slik Alterhaug (2006) formulerer seg, har sykepleiene en "reservoar" av erfaring. Alterhaug (2006) vektlegger betydningen av improvisasjon som en høy beredskap og som en førsterangsløsning. Han sammenligner improvisasjon med taus kunnskap, dvs. den kunnskapen som kommer fra erfaringer og som er "internalisert slik at det er dannet et reservoar av muligheter som automatisk hentes frem" (Alterhaug 2006 s.81.). Her vil jeg nok en gang vise til den høye beredskap som Nortvedt (2002) skriver om, og som han vektlegger som forberedelse for akuttsykepleieren. Forberedelse gir akuttsykepleierne en høy beredskap som gir dem en dyp konsentrasjon og oppmerksomhet som de trenger som handlingsberedskap.

Om den tause kunnskapen skriver Martinsen (2003b) at det sanselige samspillet sammen med bevegelser og håndgrep er sentralt i sykepleien, og at den tause kunnskap "er slett ingen taus kunnskap" i betydningen ennå ikke satt ord på. Den er synlig og dokumenterer seg fullgodt gjennom ferdigheter, grep og sansing" (Martinsen 2003b s.115). Synet på taus kunnskap er her sammenfallende med beskrivelser fra Alterhaug (2006).

Mange som ikke er kjent med jazzmusikken tror jazz mangler struktur, men den er avhengig av struktur og "felles spilleregler" som er kjent og akseptert for alle de involverte. Hvis strukturen, eller som Alterhaug (2002) skriver "de gjensidige overenskomstene", blir for løse vil ikke deltakerne kjenne igjen de grunnleggende mønstre. De vil dermed miste den "referensielle kontakt", her forstått som felles normer, og vil dermed miste også de kommunikative bånd mellom hverandre, og resultatet kan bli kaos (Alterhaug 2002 s.83). Dette bekrefter informantene i studien min når de forteller om viktigheten av å ha et støttende system i ryggen som er med på å gi struktur. De sier at uten dette er det ikke spennende i det hele tatt, da oppleves det utrygt. De sier også at de har en felles grunnholdning og jobber nokså likt selv om de har forskjellig faglighet og kompetanse etter sin videreutdanning.

Å improvisere innebærer å la det stå til, la det intuitive og det impulsive være det førende elementet, noe som bare er mulig hvis mye av tenkingen og rasjonaliteten legges bort og er unnagjort på forhånd. Det kreves forberedelser for å lykkes å improvisere. Forberedelsene for en jazzmusiker består i å kunne det komponerte materialet godt. I likhet med funn fra min studie

kreves det at sykepleieren har kunnskap og forståelse om hvordan sykepleieren skal møte pasienten i psykisk krise for å la det intuitive og impulsive være ”det førende element”.

Improvisasjon er: ”å bearbeide tidligere komponert materiale og utkast til ideer som dukker opp, formes og omdannes i bestemte situasjoner og under bestemte fremføringsbetingelser. Det betyr at det gjennom fremførelsen legges noe unikt og annerledes til det som allerede foreligger som en selvfølge” (Steinsholt & Sommerro (2006:18). Improvisasjon betyr å være forberedt på en usikkerhet, men også å kunne akseptere gledene og frustrasjonene som vil dukke opp (Stensholt & Sommerro 2006). Ut i fra det kan vi si at sykepleierne improviserte når de uttrykte både frustrasjon, men også glede over sitt arbeid med de involverte i krisesituasjonen etter et intenst møte.

I møte med personer i akutt psykisk krise kan møtets intensitet oppleves som en tilstand av å være oppslukt, fanget og fullstendig engasjert, noe som informanter fra min studie beskrev, og som også blir omtalt i Martinsen (2008) og Hanley & Fenton (2007). Et kreativt møte kan karakteriseres av en tilstand som har oppmerksomhetens intensitet og som gir en forsterket bevissthet (May 1975). Det er nettopp det en kreativ handling er, ”den er et *møte*”, (May 1975:43). Martinsen (2008) redegjør for innfallet som i mange henseende ligner på den kreative handling. Hun mener, at innfall kan for sykepleierens arbeid være en forløsende og en skapende kraft. ”Å våge å forfølge innfallet kan føre til at det en i et praktisk sykepleiarbeid er vant til å gjøre på bestemte måter, kan og bør gjøres annerledes” (Martinsen 2008:21). Ønske om å møte en pasients spesielle behov er en indikator på når improvisasjon kan bli brukt, og Hanley & Fenton (2007) fremholder at i improvisasjon kan sykepleieren være nødt til å gå utenom den vanlige standarden for å tilfredsstille de som pasienten har av behov. Spesielt er dette gjeldende i akutte situasjoner. Å gå utenom den vanlige standarden sammenfaller med det syn som Alterhaug har på improvisasjon, og som er beskrivende for det mine informanter beskrev.

Min studie og funn fra tidligere forskning, (Karlsson et. al.2008a; 2008b; Borg & Karlsson 2010; Haugen & Hultberg 2004; Hultberg & Karlsson 2007; Carlsson 2007) viser at teammedlemmer trenger mot til å møte det uventede, til å tørre være i møtet, til å takle smertefulle og uforutsigbare mellommenneskelige relasjoner og å sette seg selv i og på spill. Det var noen av de uttrykk mine informanter også refererte til. I min studie har ikke informantene eksplisitt gitt uttrykk for at det kreves mot for å forholde seg til pasienten i en akutt psykisk krise. De har heller uttrykt at det kreves erfaring og at man må kunne håndverket, forstå det faglige, i tillegg til personlig kompetanse. Ettersom det ser ut til å være en tydelig relasjon mellom mot og improvisasjon, blir

fenomenet mot utdypet: Hansen (2009) viser til eksistensfilosofen Paul Tillich, som fremholder at mot handler om å stå ved seg selv og sine verdier og tre frem i det åpne på godt og vondt, her viser han til hvis en ønsker å leve etter de gode dyder kreves ikke bare refleksjon og beslutning, men også mot og vilje til å gjøre det (Hansen 2009 s.205). Mot er ikke det motsatte av fortvilelse, men snarere evnen til å gå videre tross fortvilelsen, skriver May (1994:11) som har latt seg inspirere av Tillich og hans bok "The courage to be alive". Mot krever tyngdepunkt i vårt eget liv. Mot er selve fundamentet og grunnleggende for vår væren. Det engelske og franske ord for mot er courage, og stammer fra hjerte, coeur. May (ibid.) gir en sammenligning med hjertet som pumper ut blod til alle kroppsdeler for å fungere, og han fremholder at motet er det som muliggjør våre psykologiske egenskaper. Hvis vi ikke har noe mot visner de andre verdiene bort og forvandles til dårlige etterligninger av positive egenskaper (May ibid.).

Mine informanter mente at det er nødvendig å være tydelig, ærlig, og å tre frem på godt og vondt. De er forberedt på å treffe riktig avgjørelse, og underveis kan det innebære at mange forslag blir forkastet. Sykepleierne uttrykker i min studie, at de "spiller på lag", og "setter seg selv i og på spill", som også vises i tidligere forskning (Karlsson et.al.2008a; Karlsson et.al.2008b; Borg & Karlsson 2010; Haugen & Hultberg 2004; Hultberg & Karlsson 2007). De er avhengige av å kunne kommunisere for å kunne gjøre en riktig vurdering. I slike situasjoner kreves tålmodighet og mot til å være fleksibel for å finne alternative løsninger.

For å kunne ta i bruk improvisasjon er det avgjørende å ha en ramme og en struktur for å ha noe å utgå ifra. I sykepleierens arbeid kan strukturen bestå av datainnsamling, sansing, inntrykk, og den faglige og personlige fagkompetanse i samspill med pasienten, familien og kollega. Dette kan sammenlignes med hvordan jazzmusikeren øver disiplinert og holder seg til planlagde grunntoner. For å kunne improvisere, er dette en forutsetning. Sykepleierne er i tillegg bevist sin etiske holdning som ramme. At improvisasjon må foregå innenfor etiske rammer som bevarer både pasientens og sykepleierens autonomi, er en selvfølge.

6.1.3 Ekspertsykepleieren og den kulturelle Mester

Funn fra min studie indikerer at det kreves både kunnskap og erfaring for å jobbe i et ambulant akutteam, slik sitatet belyser:

"Hvis du var nyutdannet hadde du følt deg utrygg fordi du ikke kan ha kontroll på tingene her. Du kan ikke forberede deg på alt som kommer. Du må ha evne til å improvisere, og jeg tenker det kommer med erfaring"

Sykepleieteoretiker Benner (1995) hevder at erfaring er en forutsetning for ekspertisen. Hun belyser dette med å definere de to begreper, ekspertise og erfaring. ”Ekspertise utvikles når klinikerer utprøver og avklarer antakelser, hypoteser og prinsipielt funderte forventninger gjennom sitt praktiske arbeid”, ”Erfaring oppstår når forutfattede meninger og forventninger utfordres, avklares eller avkrefte i den konkrete situasjon” (Benner 1995:21). Den erfarne forebildlige sykepleiers kompetanse blir sett på som en intuitiv og situasjonsbestemt praksis, hvor planlegging, utøvelse av handling og refleksjon er umiddelbar og kroppslig situert (Nortvedt (2008).

Benner (1995) vektlegger betydningen av en personlig dømmekraft og utgår fra Dreyfusmodellen, som opprinnelig ble utviklet for tilegnelse av ferdigheter til piloters innsats i nødsituasjoner. Hun sammenligner sykepleieren med piloten og mener det er en umulighet å lære å fly gjennom ”å skape seg en fornemmelse av flyet”. Hun mener at omsorgsarbeidet til sykepleieren krever en solid utdanning for at sykepleieren kan tilegne seg erfaringsbaserte ferdigheter (Benner 1995:16).

Benner henter sine teorier fra brødrene Hubert & Stuart Dreyfus og deres profesjonsforskning. Deres fem fasede læringsteori fra *novisen* over den *kyndige* til den *intuitive ekspert* omhandler forskjellige lærings- og refleksjonsnivåer som blir anvendt til å beskrive sykepleiers praktiske kunnskaper (Hansen 2008). Ekspertsykepleien, eller den intuitive ekspert, kjennetegnes av at hun er intuitiv og innehar *phronesis*, (Hansen *ibid.*). Dreyfus har i det senere utviklet et sjettenivå etter den intuitive ekspert som blir kalt *Den kulturelle mester*, hvis handlinger er styrt av en phronesisk dømmekraft. Det faglige mesterskap hviler på *Phronesis*-begrep, utviklet av Aristoteles og som i moderne sykepleieforskning blir forstått som en livsklokskap, en moralsk – faglig omsorgskompetanse (Hansen 2008 *ibid.*). I det sjettenivå om den kulturelle mester er *phronesis* begrepet utvidet til at dette faglige mesterskap også hviler på de ”livsformer, vaner, normer og verdier og den meningshorisont, der kjennetegner den omgivende kultur man er en del av.” (Hansen 2008:284). I tillegg kjennetegner den kulturelle mester at han/hun er åpen og ”går i resonans med” den bakenforliggende kultur og da først er det mulig å bruke den praktiske og tause kunnskap.

Jeg vil hevde at mine informanter befant seg på de to læringsnivåer som Dreyfus-brødrene kaller ”den intuitive ekspert” og ”den kulturelle mester”. Det begrunner jeg ut ifra deres erfaring og kompetanse. De har som den intuitive ekspert, lært å mestre en faglig situasjon og å bruke sin intuisjon når dette kreves. I intervju med sykepleierne kunne de fortelle om observasjoner av hverandres ”personlige stil” og hvordan de hadde funnet løsninger gjennom å tenke i helt andre

mønster en det som ellers var gjeldende, noe som bringer læringsnivå over til ”den kulturelle mester”. Hansen (2009) viser til Dreyfus som beskriver et høyere nivå av ekspertise som ”mesterskap i tilstedeværelse”. Dreyfus -brødrene hevder at i den kulturelle mester også har en kreativ mulighet innebygget, det handler ikke bare om å mestre en faglig perfektjon ved å etterligne en annen ekspert i faget, men om det mesterskap, ”der kan oppstå - liksom en jazzmusiker, der bryter sin læremester og finner sin egen originale og personlige ”stil” (Hansen 2008:285).

Funn fra mine informanter belyste hvordan de tok del av hverandres profesjonskunnskap og integrerte det som egen ervervet kunnskap. Dette sitat belyser nok en gang dette:

”Vi er jo alle helsepersonell, det er en felles bit, alle har erfaring av å møte pasienter direkte. Vi er jo trent i å bygge relasjon, formidle kontakt, gi dem trygghet og omsorg, det er en felles bit og så kommer den enkeltes kompetanse på toppen, akkurat som kremen på bløtekaken”.

Mine funn viser samsvar med tidligere forskning (Karlsson et al 2010) som viser at ambulante akutteam har en positiv erfaring av å ta i bruk ulike tilnæringsmåter. Dette omfatter samarbeid mellom pasient, nettverk og ulike fagpersoner. Kompetansen blir omtalt som ”en ny profesjonalitet” (Karlsson ibid.), og som ”nye arbeidsmåter” gjennom bruk av ”åpne samtaler” Hultberg & Karlsson (2007). Funn fra min studie viser at sykepleierne ofte hadde en felles forståelse av den opplevde krisen. Det kan imidlertid være en stor utfordring, ettersom hvert hjem de oppsøker har sin egen kultur, og sykepleierne har sin personlige tolkning ut ifra sin egen forforståelse. Jeg mener at et godt samarbeid kjennetegnes av å ha lik forståelse for den ”kultur” du skal forstå et samspill i. Dette er også i tråd med Sosial og helsedirektoratet (2006) veileder til DPS om at ambulante akutteam skal fungere fleksibelt, og at det terapeutiske arbeid vil være i varierende omgivelser. Dette krever at teammedlemmene er faglig trygge i sine funksjoner til å gjøre nødvendige beslutninger der og da. I min studie fremkom det at sykepleierne følte seg trygge så vel faglig som personlig.

Yrkesprofesjonene i et ambulans akutteam er som sagt tidligere bevisst sammensatt ut i fra en bred tverrfaglighet. Dette er i tråd med Sosial og helsedirektoratets (2006b) retningslinjer. Funnene mine tyder på at det finnes en ny fagkultur i slike team. Dette hevder jeg ut ifra Hansen (2009) og hans drøfting der han viser til Scharmers redegjørelse om profesjonsutvikling. Han hevder at det er tre grunnleggende faser som vi har brukt viten og vitenskapelighet på i forhold til praksis. I korte trekk kan de beskrives slik: 1. fase er tiden etter 2. verdenskrig, som blir omtalt som, den korrekte vitenskapelige viten ”den objektive og eksplisitte viten”. 2. fase er 1980 årene, og blir omtalt som ”den implisitte tause viten”, der profesjonsutøverens personlige måte å gjøre tingene på,- ble innlemmet. Det ble gjennom refleksjon i praksis mulig å artikulere og kvalifisere. I den 3. fase

som vi befinner oss i nå, ” *knowledge enabling* ” (muliggjørelse av ny viten), er interessen flyttet fra den enkelte profesjons-og organisasjonskulturers spesifikke virkelighetskonstruksjoner til de nye mulige virkeligheter. Disse kulturer kan oppstå i forskjellige (profesjons)kulturers aktive samspill eller i kraft av enkeltpersoners kreative innfall (s.246). Denne viten er knyttet til ”evnen til i det konkrete materiale eller konkrete situasjon å fornemme og ”se” potentialer for det-ennå-ikke skapte”. Det er en evne som spesielt forbindes med kunstnerens arbeid.

Et sykehussystem inneholder ofte et hierarkisk system og sykepleieren blir satt på prøve i forhold til sin rolle som ekspertsykepleier. Det er kanskje en enkel utvei når sykepleierne ”står” i noe vanskelig, å kontakte lege eller psykolog. Det er tidligere sagt noe om tidsperspektivet for å la seg bli berørt til å tørre å prøve en improvisasjon. Funn fra min studie viser at sykepleierne jobber selvstendig. De har bare hverandre å stole på når usikkerhet kommer. Dette gir dem selvstendige roller og en egen opplevd erfaring de kan bruke videre. Det samsvarer med resultater fra tidligere forskning om å stole på egen kompetanse, erfaring og faglighet (Borg & Karlsson 2010).

7. Konklusjon og konsekvenser for praksis

Dette kapittel vil omhandle studiens konklusjon, implikasjoner og ideer til videre forskning.

7.1 Konklusjon

Hensikten med studien var å belyse problemstillingen ”Hva kjennetegner psykiatriske sykepleieres forberedelser før møtet med personer i akutt psykisk krise?” Jeg har i innledningen utdypet problemstillingen med en nærmere presisering som omhandler selve begrepet ”før møtet”, som handler om sykepleierens informasjon som ligger til grunn for en forberedelse. Det kan for eksempel være en henvisning eller en telefonsamtale.

Det fremkommer av studien at psykiatriske sykepleiere forbereder seg før møtet med personer i akutt psykisk krise gjennom å få grep om den aktuelle situasjonen. De gjorde systematisk datainnsamling, som utgjør den første fasen i sykepleieprosessen, kalt pasientanalysen. Datainnsamling ble gjort kontinuerlig som forberedelse før møtet, men også i møtet. Sykepleierne forberedte seg på å fortsette datainnsamlingen i dialog med pasienten og de tilstedeværende. De forberedte seg på å stille seg åpne for å kunne ta i mot noe som kunne gjøre inntrykk på dem. Noen av sykepleierne sa at dette kunne være en stor utfordring. Det viste seg å være viktig å holde en balanse mellom å holde på intensiteten av sansingen (inntrykket), uten å bli overveldet av den. For å kunne gjøre en vurdering av den aktuelle situasjonen er det viktig å beholde intensiteten i sansningen og sykepleierne tok ofte tenkepause eller ”time out” for å reflektere sammen, vurdere data og se situasjonen fra flere sider.

De forberedte seg mentalt på å kunne ”stå i det åpne”, dvs være åpne og innta en lyttende holdning gjennom å være sansemessig tilstede og å gi seg selv tid. Forberedelser kunne bestå av å visualisere for eksempel hva sykepleierne tror vil skje og hvilke følelser som kan bli aktivert fra pasient, pårørende og seg selv. De fortalte hverandre om sin usikkerhet og tok heller et hjemmebesøk ekstra for å føle seg trygge i sine vurderinger.

Studien viser at desto grundigere forberedelser som ble gjort, desto mer kunne de utvikle en handlingsberedskap. De tålte mer psykiske påkjenninger og det gav dem mer konsentrasjon og oppmerksomhet som de trengte for å få gjort en vurdering av den aktuelle situasjon.

Denne studien viser at sykepleierne innstiller seg på å ”ta høyde for” at den aktuelle situasjonen kan endre seg. De var forberedt på å være fleksible og å kunne improvisere. Det innebærer at de jobbet videre med inntrykket, det de hadde blitt berørt av, til noe falt dem inn, som de ville prøve ut, ”innfallet”. Et innfall eller en improvisasjon innebærer at noen vil ta sjansen på å prøve ut noe nytt hvis samspillet er trygt. Det kreves at sykepleieren blir synlig, hun synliggjør noe hun ikke har prøvd ut tidligere. Å prøve ut noe nytt innebærer å gå utenom den tradisjonelle sykepleieprosessen. Det krever mot og både personlig og faglig erfaring. Det er nødvendig å holde seg til etisk faglige rammer som er forankret i den sykepleiefaglige kunnskapen.

Studien omhandler sykepleierollen i et ambulant akutteam. Det kom tydelig frem at sykepleierne er selvstendige i samspill med sine kollegaer. De brukte hverandres kunnskap i forberedelsen og fordelte sammen roller og ansvar. I studien ble sykepleierne beskrevet som *ekspertsykepleier*, som innehar *pronesis*, dvs livsklokskap og moralsk og faglig omsorgskompetanse. De er trygge i sin faglige, som i sin personlige rolle. Studien viste at sykepleierne hadde utviklet sin ”personlige stil”. Det innebærer at de fant løsninger gjennom å tenke i helt andre mønster som ellers var gjeldende. Dette omtales av Hansen (2009) som viser til Dreyfus, som et høyere nivå av ekspertise, som er ”den kulturelle mester”. Det som kjennetegner sykepleiere på dette nivå er at de har ekspertise på ”mesterskap i tilstedeværelse”. De er kreative i den kultur de arbeider og befinner seg i. De samarbeider med andre fagmiljøer og har læremestere også utenom sykepleiefaget.

7.2 Konsekvenser for praksis, utdanning og videre forskning

Ut ifra funnene som er blitt gjort kan det få konsekvenser for praksis tilrettelegging i ambulante akutteam. Arbeidsledere og ansvarlige innen helseinstitusjoner bør tilrettelegge slik at sykepleierne får optimale vilkår for å håndtere kriser på en så human og positiv måte som mulig for alle involverende. Det fremkommer fra studien at sykepleierne jobber godt sammen to og to. De utfyller og bruker hverandres kunnskap og erfaring. Det må planlegges i deres arbeid at forberedelse er en viktig del av den samlede krisehåndteringen. De må få tid til rådighet og arbeidet kan ikke være preget av hastverk. De må alltid ha mulighet for å ta en ”time-out”. Det bør være rom og tid til dialog med de som er involverte. Hvert møte med person i akutt psykisk krise er et nytt møte og en ny situasjon som må vurderes som det.

Studien tyder på at det er viktig å sette begrepet ”forberedelse” i fokus. Det handler ikke om alt en kan gjøre, men om de forberedelser som omhandler ”å være”. Det innebærer å lære seg selv å

kjenne, og spesielt om hvordan en reagerer i pressede situasjoner. En selvrefleksjon og selvavgrensning er derfor nødvendig. Hver sykepleier har sin egen måte å forberede seg mentalt på. Det er kunnskap som kan deles og gjøres mer synlig. En konsekvens for praksis er å jobbe med selvrefleksjon og etiske refleksjoner i veiledning. Det kan gi sykepleiere trening i å være mer lyttende og stole på egne sanser. Nærvær og oppmerksom kan trenes opp blant annet gjennom trening i oppmerksomt nærvær (mindfulness). Sykepleierne fortalte at de alltid gjør en evaluering i etterkant av en krisehåndtering. I den evalueringen kunne også forberedelse blitt sett nærmere på.

For å bli kjent med nye uttrykk og implisere dem i vårt fagspråk, er det viktig at de brukes på riktig måte. Et eksempel er begrepet improvisasjon. Hvis improvisasjon i fortsettelsen bare blir omtalt som en ”nødløsning”, kan fenomenet heller ikke bli integrert i sykepleierens handlinger og holdninger. For å bli erfaren og få selvtillit som sykepleier, må man iblant ”ta sjansen” og stole på egen kunnskap. Det kan innebære å stole på seg selv og sine handlinger som nyutdannet sykepleier med en kreativ holdning til det å ”prøve seg” og å ”ta sjansen”. Det kan da bli en naturlig måte å tilegne seg sykepleiefaget på. De nyutdannede sykepleierne er mest redd for å gjøre feil. Den redselen kan være så stor at studenter aldri tør å prøve ut hva de egentlig kan. I situasjoner der det har vært improvisasjon i sykepleiehandlingen, er det ekstra viktig med etisk refleksjon, noe som bør være en kontinuerlig del av utdanningstilbudet.

Til sist vil det være viktig med studier som omhandler hva pasienten selv mener om den hjelpen de får, og om det oppleves nok medmenneskelighet og profesjonalitet i møtet.

8. Litteratur:

- Alsvåg, H. (2002). Klinisk skjønn. I.T. Bjørk & S. Helseth & F. Nortvedt (Red.). *Møte mellom pasient og sykepleier* (s.208-222). Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Alsvåg, H. (1997). *Sykepleie - mellom vitenskap og pasient*. Bergen-Sandviken. Fagbokforlaget.
- Alterhaug, B. (2004). Improvisation on a triple theme: Creativity, Jazz Improvisation and Communication. *Studia Musicologica Norwegia*. 30. 97-118. Oslo. Universitetsforlaget.
- Alterhaug, B. (2006). Mellom panikk og kjedsomhet: Om improvisasjon i jazz. K. Stensholt & H. Sommerro (Red.). *Improvisasjon: Kunsten å sette seg selv på spill*. (1.utg., s.71-93). Damm & Sønn AS.
- Andersen, T. (2001). *Reflekterende prosesser: Samtaler og samtaler om samtalerne*. (2.utg.). København. Dansk psykologisk Forlag.
- Ball, J.S., Links, P.S., Strike, C. & Boydell, K.M. (2005). "It's overwhelming. Everything seems to be too much". A Theory of Crisis for Individuals with Severe Persistent Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1)10-17.
- Barker, P.J., Reynolds, W., & Stevensen, C. (1997). The science basis of psychiatric nursing: theory and practice. *Journal of Advanced Nursing* 25, 660-667.
- Barker, P.J. (2004). *Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing*. (2.utg.). Cheltenham. Nelson Thornes Ltd.
- Bengtsson, J. (Red.). (2006). *Å forske i sykdoms-og pleieerfaringer: Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand. Høyskoleforlaget.
- Benner, P. (1984). *Fra novise til ekspert- dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. (overs. 1995). Tano forlag A.S
- Biong, S., Herrestad, H. (2011). "som å åpne noe som er fastlåst": Begrepet håp i krisehåndtering og hjemmebehandling i lokalbasert psykisk helsevern. *Klinisk Sykepleje*. 25(2),45-55.
- Bollnow, O.F.(1976). *Eksistensfilosofi og pedagogikk*. København. Christian Ejlers Forlag.
- Borg, M., Karlsson. B. (2010). Å arbeide i menneskers hjem – dilemmaer i humanistiske praksiser i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for Sykepleieforskning* 2(3) s.47-53.
- Buber, M. (1992). *Jeg og du*. Oslo. Cappelen
- Brudal, P.J., Brudal, L.E. (1996). *Drømmepsykologi: om drøm, bevissthet og kreativitet*. Oslo. Universitetsforlaget A/S.
- Callahan, J. (1994). Defining crisis and emergency. *Crisis*, 15(4),164-171.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carlsson, G. (2007). Vård som berör – en studie av våldsamma möten inom psykiatrisk vård. *Vård i Norden*. 3(85), 29-34.

-
- Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Cullberg, J. (2001). *Psykosser: et humanistisk og biologisk perspektiv*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Damsgaard, H.L. (2010) *Den profesjonelle sykepleier: profesjonalitetens mange ansikter*. Oslo. Cappelen Damm A.S
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Tano Aschehoug.
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm. Norstedts Förlag AB.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt*. København. Akademisk forlag.
- Fischer, G., & Sortland, N. (2001). *Innføring i organsasjonspsykologi*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Fjelstad, T. (2007). Toleranse for uvisshet. A.K. Ulvestad, A.K. Henriksen. A.G. Tuseth & T. Fjeldstad (Red.). *Klienten - den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsevern*. Oslo. Gyldendal. Akademisk.
- Glover, G., Arts, G., Babu, S. K. (2006). Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *British journal of psychiatry*.189 (10), 441-445.
- Gustafsson, L.K. (2010). Avskurenhet och gemenskap. L.W. Gustin (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa-på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Gustin, L.W., Rydenlund. K., Kulzer. S. (2010). At vara specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. L.W. Gustin (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa- på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Gråwe, R.W., Ruud, T., & Bjørngaard, J.H. (2005), Alternative akutttilbud i psykisk helsevern for voksne. *Tidsskrift for Norske Lægeforening*, nr 23,125.
- Hanley, M.A., & Fenton, M., (2007). Exploring Improvisation in Nursing. *Journal of Holistic Nursing*. 25(2), 126-131.
- Hansen, F.T. (2009). *At stå i det åbne: dannelse gennem filosofisk undren og nærvær*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Haugen, A.R., Hultberg, K.B. (2004), Ambulant akutteam – en ny mulighet i lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 1(2), 48-55.
- Heap, K. (1994). *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon – minner – kriser – sorg*. Oslo. Kommuneforlaget.
- Helsinkideklarasjonen (1964). *World Medical Association Assembly*, Helsinki, Finland.
- Hobbs, M. (1984). Crisis intervention in theory and practice: A selective review. *British journal of Medical Psychology*, 57, 23-34.
- Hoff, L.A. (1986). *Kriser: å forstå og hjelpe mennesker i krise*. Oslo Gyldendal.
- Hultberg, K.B., Karlsson, B (2007a). Faglige samarbeidspartneres erfaringer med et ambulant akuttpsykiatrisk team. *Nordic Journal for Research on Health Services*. 5, 2-14.

-
- Hultberg, K.B., Karlsson, B. (2007b). Brukererfaringer med kriseintervensjon i eget hjem. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(7), 900-905.
- Hummelvoll, J.K. (2003) *Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt-ikke stykkevis og delt*. (6 utg.), Oslo Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J.K., Barbosa de Silva, A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden*, 16 (2), 25-32.
- Hummelvoll, J.K. (1996). Working in the field: The psychiatric nurse as a "libero": the community health services. *European journal of public health*, 6 (1), 2-10.
- Hummelvoll, J.K.(2010), Møte med mennesket i psykiatrien; implikasjoner for psykiatrisk sykepleie. *Tidsskrift for sygeplejeforskning* 2(3), 13-20.
- Hummelvoll, J.K. (2010). Praksisnær forskningsetikk. J.K. Hummelvoll, E. Andvig, A. Lyberg (Red.). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. (s.17-32). Oslo Gyldendal Akademisk.
- Irving, CB., Adams, CE., Rice, K., (2010). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *The Cochrane Library*. Issue 5.1-64.
- Johnson, S. Thornicroft, G. (2008). The development of crisis resolution and home treatment teams. S. Johnson, J, Needle, J. P, Bindman, G, Thornicroft. (Red.). *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jormfeldt, H., Svedberg, P. (2010). Perspektiv på hälsa och ohälsa i psykiatrisk omvårdnad. L.W. Gustin (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa-på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. Oslo Universitetsforlaget.
- Karlsson, B. (2006). "Det liksom bruser i meg". Bengtsson, J. (Red.). *Å forske i sykdoms -og pleieerfaringer: Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand. Høyskoleforlaget.
- Karlsson, B. (Red.). (2008). *Se mennesket: om forskning og klinisk arbeid I psykiatrisk sykepleie*. Oslo. Gyldendal.
- Karlsson, B., Borg, M., Sjølie, H. (2008a). Akkurat som høy feber. *Sykepleien, Forskning*, (3), 136-143.
- Karlsson, B., Borg, M., Kim, H.S. (2008b). From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. *Nursing Inquiry*. 2008; 15(3), 206-215.
- Karlsson, B., Borg, M., Sjølie, H. (2011). En kartleggingsstudie: Ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre. *Sykepleien forskning*. 1(6), 62-68.
- Kirkevold, M., (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo. Gyldendal.

-
- Kolberg, C. (2007). Dialogens betydning ved psykotiske kriser. A.K. Ulvestad. A.K. Henriksen .A.G. Tuseth. T. Fjeldstad T (Red.). *Klienten – den glemte terapeut, brukerstyring i psykisk helsevern*. Oslo Gyldendal Akademisk.
- Kolbjørnsen, O., Larsen, F., Elbert, G., Ruud, T. (2010). Kan psykiatriske akutteam redusere bruk av akutt plasser ved sykehus? *Tidsskrift for Norsk Legeforening*. 130 (13), 2-8.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.). Oslo Gyldendal.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lindström, U.Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie: Teorier, verdier og praksis*. Oslo Gyldendal Akademisk.
- May, R. (1975). *Mot til å skape*. (norsk overs. 1994). Aventura forlag A/S Oslo.
- May, R. (1971). *Menneskets dilemma i vår tid*. Oslo Aschehoug.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg sykepleie og medisin: historisk – filosofiske essays*. Otta. Tano A.S.
- Martinsen, K. (2008). Innfallet og dets betydning I liv og arbeid: Metafysisk inspirerte overveielser over innfallets natur og måter å vise seg på. *Klinisk sykepleie*, 22(1), 20-32.
- Martinsen, K. (2003a). *Fenomenologi og omsorg*. 2.utg. Oslo. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b) *Fra marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. (2.utg.). Oslo. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K., Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse: om ulike former for evidens*. Oslo.
- Morris, M (2006) *Birmingham- modellen*, I: *Psykisk helse*, 5 (14).
- Morton, J. (2009). Crisis Resolution: A Service Response to Mental Distress. *Practice: Sosial work in action*. British Association of Social Workers. 21:3. (s.143-158).
- Nortevdt, F. (2002). Når det gjelder livet. I.T. Bjørk., S. Helseth & F. Nortvedt (Red.). *Møte mellom pasient og sykepleier*. (s. 67-79). Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in Nursing*. New York: G.P. Putnams Sons.
- Peplau, H (1988). *Interpersonal relations in Nursing*. London. The Mcmillan Press LTD.
- Riaunet, Å. (2007). Hjelp på pasientens banehalvdel. *Aktuelt Magasinet-Helse*. www.helsemidt.no/no/Aktuelt/Magasinet-Helse/Magasinet-Helse-2007.
- Rogan, T (2004). Opptrappingsplanen. Fra psykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol.1, nr. 1:4-12.
- Stensholt, K. (2006). På den andre siden av ingensteds – Improvisasjon, kreativitet og ansvar for den Andre. (s.23-45). K. Stensholt & H. Sommerro (Red.). *Improvisasjon: Kunsten å sette seg selv på spill*. Damm & Sønn AS
- Stensholt, K., Sommerro, H. (Red.). (2006). Improvisasjon – det å være tilstede når noe skjer. *Improvisasjon: Kunsten å sette seg selv på spill* (1.utg. s.9-23). Damm & Sønn AS.

-
- Schibbye, A.L.L., (2009). *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. (2006). *Åpne samtaler*. Tano Aschehoug.
- Seikkula, J. (2006). Nytt språk for en psykotisk pasient: Reflekterende prosesser og åpen dialog. H. Eliassen & J.Seikkula (Red.). *Reflekterende prosesser i praksis*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakre, Birgittu., Haarangas, K., Keränen, J., Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open – dialog approach: Treatment principles, follow – up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*. 16(2), 214-228.
- Seikkula, J., & Arnkil, T.E. (2007) *Nettverksdialoger*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen Fagbokforlaget.
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: Om fokuserade gruppeintervjuer som undersøkingsmetode*. Lund. Studentlitteratur.
- St prp nr.63 (1997-99) *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- St prp nr 2 (2004-2005). *Statsbudsjettet for 2005*. Oslo: Finansdepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet (1996) *Åpenhet og helhet*. Stortingsmelding nr.25 1996-97, Oslo
- Sosial – og helsedirektoratet (1997-98), Stortingsproposisjon nr. 63. *Opptrappingsplan for psykisk helse*.
- Sosial - og helsedirektoratet (2005). *Brukermedvirkning – psykisk helsefelt. Mål. Anbefalinger og tiltak*. Veileder IS-1315, Oslo.
- Sosial - og helsedirektoratet (2006a). ”Distriktpsikiatriske senter – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen”. Veileder IS-1388. Oslo.
- Sosial - og helsedirektoratet (2006b). ”Du er kommet til rett sted...”. *Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske senter*. Rapport: 03/2006. IS-1358. Oslo.

Ordbøker:

- Norsk riksmålsordbok* (1983). Oslo. A/S Gyldendal Norsk Forlag.
- Fremmedordbok og synonymer blå ordbok*. (2008). Kunnskapsforlaget. Oslo Gyldendal.
- Gyldendal store norske leksikon*. (2005). Oslo. Aschehoug & Gyldendal ASA.
- Svensk-norsk blå ordbok*. (2008). Kunnskapsforlaget. Aschehoug & Co og Gyldendal ASA.
- Norsk rettskrivings ordbok* (1985). Kunnskapsforlaget. Aschehoug & Co A/S Gyldendal Norsk Forlag.

Engelsk-Norsk ordbok (1995). Oslo. Universitetsforlaget.

Pedagogisk – psykologisk ordbok. (1998). Gjøvik. Kunnskapsforlaget.A/S Gyldendal Norsk Forlag.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Klar, ferdig, gå!

En studie om hva psykiatriske sykepleier gjør av forberedelser for å møte personer i akutt psykisk krise.

Bakgrunn

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie om psykiatriske sykepleieres forberedelser for å møte personer i akutt psykisk krise ved et ambulant akutteam. Studien gjennomføres som en del av en mastergrad i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark og Høgskolen i Vestfold.

Hensikten med studiet

Hensikten med studien er å få mer kunnskap om hva den psykiatriske sykepleier gjør av forberedelser for å møte personer i akutt psykisk krise.

Hva innebærer studien?

Som datainnsamling for studien ønsker jeg å foreta 3-4 parintervjuer med psykiatriske sykepleiere som arbeider ved et Ambulant akutteam. I intervjuene vil jeg gjerne høre litt om hvordan dere jobber. Med parintervjuer menes de par som oftest har vakter sammen. Intervjuet vil vare ca en og en halv time. Intervjuet blir tatt opp med diktafon, og lydfilene slettes etter at studien er ferdig.

Mulige fordeler og ulemper

Det er lite kunnskap om hvordan det er å arbeide ved et Ambulant akutteam, og om hvordan de ansatte forbereder seg. Studien kan være med på å bevisstgjøre hvordan samarbeidet og forberedelsen best mulig kan imøtekomme de utfordringer sykepleierne står overfor. Kunnskapen kan medvirke til å gi fagpersoner en bedre praksis, og indirekte kan brukeren og hans/hennes nettverk få et enda bedre helsetilbud. Intervjuet kan kanskje også medføre nye bevisstgjørende refleksjoner.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst før studien avsluttes i august 2011, trekke din deltagelse uten å oppgi noen grunn. Dette vil ikke få noen konsekvenser for deg. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Hva skjer med intervjuene og informasjonen om deg?

Informasjonen som innhentes i intervjuene skal brukes i utformingen av en masteroppgave. Alle opplysningene vil bli anonymisert, dvs. behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte

gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. De innsamlede dataene og lydopptakene vil bli oppbevart nedlåst i avdeling for gruppebehandling, Psykiatrien i Vestfold, der jeg arbeider. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er lagret om deg. Hvis du senere trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet alle opplysninger som kan føres tilbake til deg. Lydfilene og utskrifter av intervjuene vil bli slettet innen utgangen av 2011.

Mer informasjon/Veileder

Veileder for studien er Ellen Andvig, Førstelektor, Avd. for helsefag, Høgskolen i Vestfold. Dersom du ønsker ytterligere informasjon kan jeg kontaktes på telefon: 938 46 906 eller mail: ullaig@online.no

Med vennlig hilsen

Ulla Aigeltinger

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

**Samtykke
til parintervju for psykiatriske sykepleier ved Ambulant
akutteam
for
studien ”Klar, ferdig, gå!”.
Om hva psykiatriske sykepleiere gjør av forberedelser for å
møte personer i akutt psykisk krise.**

Jeg, _____ (navn med blokkbokstaver), bekrefter at jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien, har fått anledning til å innhente informasjon jeg har hatt behov for, og er villig til å delta i parintervju.

Signatur _____ Dato _____
(sign. ansatte) (datert av ansatte)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Intervjuguide, Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark, Høgskolen i Vestfold.

Informasjon før intervjuet:

Frivillighet, formålet med intervjuet, lydbåndopptaker, transkribering, oppbevaring av data, gjennomgang av data, spørsmål?

Informasjon ved start av intervjuet:

Informanter presenterer seg med:

Erfaring, kompetanse, utdanning, hvor lenge har de jobbet i teamet, og hvor lenge de har jobbet sammen.

Tema:

Psykiatriske sykepleieres forberedelser for å møte personer i akutt psykisk krise.

Intervjuspørsmål:

Hva assosierer dere med forberedelse?

Fortell om en situasjon der deres møte med personer i akutt psykisk krise har vært en god erfaring.

Hva bestod forberedelsen av, utefra denne situasjon dere har fortalt?

Fortell om en situasjon der møtet ikke har vært en god erfaring.

Hva bestod forberedelsen av, utefra denne situasjon dere har fortalt?

Hvordan er det å møte personer i psykisk krise?

Er det noen forberedelser dere kan gjøre som kan være til hjelp?