

Beredskap

En kvalitativ studie om sykepleiere ved legevaktas erfaringer i møte med pasienten i psykisk krise.

Veronica Rusaanes



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap
Master i klinisk helsearbeid
Psykisk helsearbeid**

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE

18.mai 2016

Her skal det være en blank side

Navn: Veronica Rusaanes	Dato: 18. mai 2016
Tittel og undertittel: Beredskap En kvalitativ studie om sykepleiere ved legevaktens erfaringer i møte med pasienten i psykisk krise.	
<u>Sammendrag:</u> Bakgrunn: Legevakta som en del av kommunehelsetjenesten møter i lys av blant annet Samhandlingsreformen (Helsedirektoratet 2010) og Akuttmedisinforskriften (Helse- og omsorgsdepartementet 2015) et økende fokus på å ivareta pasientene som søker legevakta grunnet psykiske problemer. Tidligere forskning om psykisk helsearbeid ved akuttmedisinske enheter sett fra sykepleiernes perspektiv har vist at sykepleiere ikke anser psykisk helsearbeid som innenfor deres arbeidsfelt og at negative holdninger til pasientene er utbredt. Det ble således interessant å se nærmere på psykisk helsearbeid ved legevakter i Norge. Det ble derfor relevant å utforske sykepleiernes erfaringer fra møte med pasienter som søker legevakt grunnet psykisk krise. Hensikt: Hensikten med denne studien er å kartlegge og utforske sykepleieres erfaringer fra møte med pasienter som søker legevakt grunnet psykisk krise. Teoretisk forankring: Teori om mestring og opplevelse av sammenheng (Antonovsky 2012), samt teori om bedringsprosesser (recovery) beskrevet av Borg og Topor (2003) representerer oppgavens teoretiske forankring. Metode: Studien har et kvalitativt fenomenologisk hermeneutisk design. Data er de transkriberte fokusgruppeintervjuer med sykepleiere som har erfaring med studiens tema. Data er analysert i tråd med Malteruds modell for systematisk tekstkondensering. Resultat: Studien viser at sykepleierens erfaring er kjennetegnet av beredskap for møtet med pasienten som henvender seg ved legevakta grunnet psykisk krise. Denne beredskapen består av seks (6) underkategorier; beredskap for å møte rystende livshistorier, for å beskytte pasientens integritet, for å skjerme andre pasienter mot forstyrrende inntrykk, for å beskytte pasientens fysiske sikkerhet, for beskyttelse av barn i pasientens hjem samt beredskap for å ivareta egen trygghet/sikkerhet. Konklusjon: Oppgaven konkluderer at opplevelse av mestring er vesentlig for sykepleierens beredskap i møte med pasienter som søker legevakt grunnet psykisk krise. Faktorer som påvirker mestring er egnede fysiske forhold, tilstrekkelig tid, og forståelse for at mennesker kan havne i psykiske kriser.	
<u>Totalt antall ord i oppgaven: 18 729</u>	
Nøkkelord: Public health care, emergency medical services, mental health services, nurse experiences, focus-groups, phenomenology, qualitative study	

Name: Veronica Rusaanes	Date: 18. mai 2016
Title and subtitle: Being prepared/Preparedness A qualitative study of the experiences of nurses working in public emergency healthcare from meeting patients experiencing mental crisis.	
<u>Abstract:</u> <p>Background: Public health care in Norway are during the recent years undergoing reforms to improve and mainstreaming the services, and the focus on care for patients seeking public emergency healthcare with mental problems are increasing. Recent international research detects that nurses in emergency departments have negative attitudes towards patients with mental problems. International research also show that nurses do not feel that patients with mental problems should be cared for and treated in the public emergency healthcare department. Therefore, it became interesting and relevant to explore Norwegian nurses' experiences from meeting with patients in a mental crisis in the public emergency healthcare department.</p> <p>Aim: The aim of this study is to describe and explore the experiences of nurses working in emergency primary health care from meeting with patients in mental crisis.</p> <p>Theoretical foundation: Sense of Coherence (Antonovsky 2012) and mental health as described in recovery-oriented literature.</p> <p>Method: Qualitative phenomenological hermeneutical design was relevant to the aim of the study. To focus groups of 7 nurses were recruited and invited to talk about their experiences with meeting patients in a mental crisis. The text from the interviews were analyzed using a systematic text-condensating method.</p> <p>Findings: The findings showed that nurse experiences is characterized by preparedness; Being prepared meeting disturbing life stories, to protect patients integrity, to protect other patients from disturbing impact, to take care of patients safety, preparedness concerning protection of children in the patients family and being preparedness towards own safety.</p> <p>Conclusion: Findings of the nurses' experience of being prepared show that environmental influences, time recourses and understanding people with mental crisis in the context of public emergency healthcare are important factors for experiencing a high level of Sense of Coherence.</p>	
Key words: Public health care, emergency medical services, mental health services, nurse experiences, focusgroups, phenomenology, qualitative study	

FORORD

Takk til mine alltid hjelpsomme og entusiastiske kolleger, for deres tid og tanker,

Takk til seksjonsleder ved Kongsberg interkommunale legevakt, Nina Stølen, for økonomisk støtte gjennom kommunens stipend og tilskudd, praktisk hjelp og tilrettelegging av turnus.

Takk til min hovedveileder Stina Øresland for tålmodighet og verdifull veiledning.

Takk for støtte og tålmodighet til Øyvind, Tuva Sofie og Sondre.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	1
1.1 Studiens relevans for fagkretsen psykisk helsearbeid	2
1.2 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	3
1.2.1 Problemstilling	3
1.2.2 Forskningsspørsmål	3
1.3 Begrepsavklaring	4
1.3.1 Psykisk helse og psykisk krise	4
1.3.2 Sykepleie i prehospital akutt-helsehjelp	4
2.0 Tidligere forskning	6
2.1. Søkehistorikk	6
2.2 Psykisk helsearbeid i medisinske akutenheter	7
2.3 Sykepleiernes erfaringer av psykisk helsearbeid	8
3.0 Teoretisk referanseramme	11
3.1 Mestring i møte med pasienter som er preget av krisereaksjoner	11
3.2 Presentasjon av Antonovskys teori om Opplevelse av Sammenheng	11
3.2.1 Begripelighet som mestringsressurs	12
3.2.2 Håndterbarhet som mestringsressurs	12
3.2.3 Meningsfullhet som mestringsressurs	13
3.2.4 Mestring av stress	13
3.2.3 Recovery	14
4.0 Metode	16
4.1 Design og metodologi	16
4.2 Utvalg	17
4.3 Datainnsamlingsmetode	18
4.4 Dataanalysen	19
4.5 Forskningsetiske overveielser	22
4.5.1 Etikk	23
4.6 Metodekritikk	23
4.6.1 Pålitelighet	24
4.6.2 Overførbarhet	24
4.6.3 Troverdighet	24
5.0 Resultat	26
5.1 Beredt til å møte rystende fortellinger	26
5.2 Beredskap for å beskytte pasientens integritet	28
5.3 Beredskap for å skjerme andre pasienter mot forstyrrende inntrykk	29
5.4 Beredskap for å beskytte pasientenes fysiske sikkerhet	30
5.5 Beredskap for å beskytte barn i pasientens hjem	31
5.6 Beredskap for å ivareta egen trygghet/sikkerhet	32

6.0 Diskusjon	35
6.1 Usensurert møte	35
6.1.1 Triageringen	35
6.1.2 Sikkerhet	36
6.1.3 Samtalen	37
6.2 Det fysiske miljø som ressurs	39
6.2.1 Et skjermet rom	39
6.2.2 Stengte dører	41
6.3 Tid som ressurs	42
6.3.1 Betydningen av håp	43
6.3.2 Avbrytelser	45
6.3.3 Tid som ressurs med tanke på kartlegging av pasientens familiesituasjon..	45
6.3.4 Tid som ressurs for refleksjon	46
7.0 Konklusjon	48
7.1 Implikasjoner for praksis	48
8.0 Litteraturliste	49

Vedlegg 1 Anmodning om rekruttering fra Lykkeby legevakt.

Vedlegg 2 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.

Vedlegg 3 Intervjuguide

Vedlegg 4 Råd fra personvernombudet.

Vedlegg 5 Tabell 3. Litteratursøk

OVERSIKT OVER TABELLER

Tabell 1 Eksempel på analyseprosessen fra meningsbærende enhet, koder og kategori ...	s 20
Tabell 2 Eksempel på forholdet mellom tema og kategori	s 21
Tabell 3 Litteratursøk	vedlegg

1.0 INNLEDNING

Denne studien handler om sykepleiere på legevakt i Norge og deres erfaringer fra møtet med pasienten som tar kontakt grunnet en psykisk krise. Gjennom flere år som sykepleier i primærhelsetjenesten ble jeg nysgjerrig på hvordan helsepersonell på legevakt erfarer møtet med pasienten som søker hjelp i en psykisk krise. Dette er et tema som vi finner lite vitenskapelig litteratur om fra vår del av verden, og i lys av de siste års helsereformer (Helsedirektoratet 2010; Helse og omsorgstjenesteloven 2011; Helse og omsorgsdepartementet 2015), vet vi lite om hvordan sykepleiere erfarer dette i dag.

Helsetjenestene i Norge har de senere år vært preget av en retningsreform kalt Samhandlingsreformen der fokus har vært å redusere veksten i spesialisthelsetjenesten og samtidig dreie veksten over til kommunehelsetjenesten som legevaktene er en del av (Helsedirektoratet 2010). Det skal være fokus på økt samhandling mellom aktørene og målet er at befolkningen skal erfare en sømløs helsetjeneste. Legevakt er en del av den kommunale helsetjenesten som vil ha utbredt samarbeid med andre aktører, som hjemmesykepleie, psykisk helse- og rusteam, krisesenter, barnevern, ambulanse, spesialisthelsetjeneste, private aktører innen helsetjenester, samt politi og andre. Blant annet er helsepersonell på legevakt er på lik linje med alt annet helsepersonell pålagt å melde til barnevern ved mistanke om omsorgssvikt (Barnevernloven 1993).

Legevaktene i Norge er i utvikling og i henhold til den nasjonale satsingen og utviklingen av kommunale helsetjenester som er beskrevet i Samhandlingsreformen (Helsedirektoratet 2010) har flere legevakter opprettet øyeblikkelig hjelp-plasser eller enheter for personer som søker hjelp grunnet psykisk krise. Det ble derfor også av interesse for ledelsen ved min arbeidsplass å få mer kunnskap om hvordan psykisk helsearbeid ved legevakta erfares av helsepersonellet.

Legevakter har hittil svært forskjellig organisert fra kommune til kommune, og innholdet varierer sterkt (Dolonen 2012). Legevakta skal være et lavterskeltilbud, der man kan henvende seg for behandling, råd og veiledning, og eventuelt videre henvisning i systemet når man opplever akutte helseplager (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Legevakten representerer «portvaktfunksjon» inn til andre spesialiserte helsetjenester på kveld, natt, helger og helligdager når fastlegen holder stengt, i henhold til den todelte organiseringen av helsetjenestene i Norge.

Meld.st 16 § 5.4 (Helse og omsorgsdepartementet, 2011) sier at «Kommunal legevakt omfatter somatisk og psykisk helsehjelp». Johansen, Morken og Hunskaar (2010) viser at 9.3 prosent av henvendelsene ved legevakter i Norge registreres som psykisk lidelse. Disse henvendelsene tas imot og vurderes av sykepleier og henvises eventuelt videre til lege eller andre tjenester (Johansen, Morken & Hunskaar 2012).

I 2015 kom Akuttmedisinforskriften (Helse- og omsorgsdepartementet 2015) der det for første gang blir spesifisert at akuttmedisin også omfatter «..., blant annet akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015 § 3a). Denne forskriften klargjør også at legevaktsentraler som mottar henvendelser om øyeblikkelig hjelp skal være bemannet døgnet rundt med kvalifiserte helsepersonell på bachelornivå, som for eksempel sykepleiere. Denne skal gi medisinsk faglig råd og veiledning, vurdere hastegrad og tiltak samt iverksette øyeblikkelig hjelp og følge opp disse. Minst en lege skal være tilgjengelig for legevakt ved behov. Dette innebærer at sykepleierne kan være de eneste tilgjengelige helsepersonell når en pasient møter på legevakten. I denne forskriften er det også formulert kompetansekrav til de som bemanner legevaktene når det gjelder blant annet overgrepshåndtering og vold.

I lys av at både akuttmedisinhelsetjenesten og primærhelsetjenestene er i en omfattende utvikling og det finnes lite tidligere forskning på dette temaet, kan det synes som at det er behov for mer kunnskap om psykisk helsearbeid ved legevakten, og en del av dette er sykepleiernes erfaringer av møtet med pasienten som henvender seg grunnet psykisk krise.

1.1 Studiens relevans for fagkretsen psykisk helsearbeid

Studien er faglig forankret innenfor fagkretsen psykisk helsearbeid.

Andersen (2008) definerer psykisk helsearbeid slik:

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial

utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelse av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer (s 103).

Studien kan sies å være forankret i fagkretsen psykisk helsearbeid ettersom studiens hensikt er utformet med tanke på at denne kunnskapen kan bidra til kunnskapsgrunnlaget for videre utvikling av psykisk helsearbeid ved legevakter.

1.2 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å kartlegge og utforske sykepleieres erfaringer fra møte med pasienter som søker legevakt for psykisk krise.

1.2.1 Problemstilling

Hvilke erfaringer beskriver sykepleiere som jobber på legevakta fra møte med pasienter som søker hjelp ved en psykisk krise?

1.2.2 Forskningsspørsmål

Hvilke beskrivelser gir sykepleiere av mottagelsen av pasienten som søker hjelp på grunn av en psykisk krise?

Hvilke beskrivelser gir sykepleierne av helsehjelpen for denne pasienten?

Forskningsspørsmålene skiller seg fra problemstillingen ved å stille spørsmål til fokusgruppeintervjuenes beskrivelser av disse to avgrensede handlingene mottagelse og gi helsehjelp, mens problemstillingen spør etter det gjennomgående fellestrekk/tema ved beskrivelsene av sykepleiernes erfaringer som helhet.

1.3 Begrepsavklaring

I det følgende vil sentrale begreper i problemstillingen avklares:

1.3.1 Psykisk helse og psykisk krise

WHO (2016) definerer psykisk helse i rapporten «Mental health: strengthening our response» (WHO 2016) som: «Psykisk helse er ikke bare fravær av psykisk sykdom, men definert som en tilstand der individet kjenner sine ressurser, mestrer normale livsutfordringer, arbeider produktivt og fruktbart og er i stand til å bidra til samfunnet gjennom sin deltagelse.» (s.1).

Begrepet psykisk krise er i denne studiens teoretiske rammer forstått som «...uventede livshendelser, livskrises eller psykososial krise som fører til problemer med å takle hverdagen. Akutte hendelser kan være vold, ulykker, selvmord, selvmordsforsøk eller samlivsbrudd....» (Try, Morken, Hunskaar 2008, s.9).

I rapporten «Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, katastrofer og ulykker» fra Helsedirektoratet (2011) brukes en mer utvidet definisjon:

«dramatiske og potensielt traumatiserende hendelser som kan true eller svekke viktige funksjoner og verdier hos enkeltpersoner, familier eller lokalsamfunn, samt svekke deres muligheter til å utføre viktige og sentrale oppgaver på individ- og familienivå, så vel som i et samfunnsperspektiv» (s.16).

Triageringen ved henvendelser grunnet psykisk krise kan forstås i lys av følgende omtale fra ett av legevaktenes vanligste beslutningsverktøy, Norsk Medisinsk Indeks (Den norske legeforening 2009) hvor livskrises, tapssituasjoner og konfliktsituasjoner i relasjon til nære personer nevnes som risikomomenter for selvmordsfare, reaksjoner i form av angst, depresjoner og psykoselignede tilstander.

1.3.2 Sykepleie i prehospital akutt-helsehjelp

Krisereaksjoner preger mange av de psykiatriske problemene sykepleierne møter på legevakta (Ekeberg 2015). Ekeberg (2015) hevder også at det første møtet med helsepersonell betyr mye for pasienten, og at sykepleierens faglige trygghet og omtanke rundt pasienten er grunnleggende for å kunne vurdere pasientens helsetilstand. Bakgrunnen til pasientens

kontakt med legevakten kan være mer kompleks enn først antatt, og uvanlig oppførsel fra pasientene kan tyde på traumer eller sykdom av psykisk og/eller fysisk art.

2.0 TIDLIGERE FORSKNING

2.1 Søkehistorikk

Hensikten med denne studien er å kartlegge og utforske sykepleieres erfaringer fra møte med pasienter som søker legevakt for psykisk krise. Det er søkt etter vitenskapelig litteratur for å få innblikk i hva man vet om dette temaet, i databaser via EBSCO Host som samtidig søker i mange akademiske databaser deriblant Cinahl og Medline. Det er også søkt i PubMed og Google Scholar for å få tilgang til fulltekst på noen av artiklene som fremkom i søk via EBSCO Host.

Søkeordene som ble brukt var emergency department, emergency primary health care, nursing, mental health, mental crisis, lived experiences (tabell 3). Først ble det søkt på ordene emergency department sammen med (AND) mental health og nursing. Dette gav 47 treff og to artikler ble funnet relevante ved at de omhandlet sykepleie og psykisk helsearbeid innen medisinske akuttenheter. Søk med ordene emergency primary health care sammen med mental health gav 88 treff. Av disse ble 3 artikler funnet relevante ved at de omhandlet psykisk helsearbeid ved legevakt. Artikler som ikke var på engelsk eller norsk/skandinavisk ble ekskludert. Videre ble det funnet ytterligere 3 artikler som omhandlet psykisk helsearbeid og sykepleie ved å søke etter artikler funnet gjennom å lese referanselistene til de foregående artiklene.

De 8 artikler som ble funnet relevante og denne studien refererer til, forteller noe om enten psykisk helsearbeid ved helsetjeneste-enheter tilsvarende legevakt eller sykepleieres erfaring i møte med pasienten som søker hjelp grunnet psykisk krise. Flere andre av artiklene ble lest gjennom som en del av kunnskapsinnsamlingen om tilgrensende perspektiver ved temaet, og de mest sentrale av disse er nevnt i litteraturlisten. En artikkel som i tillegg ble inkludert er en oversiktsartikkel om sykepleieres erfaringer av etisk beredskap ved kriser og katastrofer (Johnstone & Turale 2014). Denne artikkelen er inkludert fordi den redegjør sykepleieres erfaringer av oppgavene ved ulike særlig krevende situasjoner når det gjelder etisk, praktisk og emosjonelt. I lys av beskrivelser fra studier om møtet med pasienter i psykisk krise, og hyppighet av uberegnelig og utagerende voldelig adferd var det relevant å ta med også denne studien.

I litteratursøket var det mange treff som ikke ble inkludert, blant disse var studier som er utført ved akutt enheter innen helsetjenesten som ikke er sammenlignbare med legevakter og helsetjenestene som tilbys der. Mange studier omhandler spesialisthelsetjeneste eller ambulante akutt-tjenester og ulike intervensjoner for personer med psykisk lidelse og ble ikke vurdert som relevante for denne studien.

2.2 Psykisk helsearbeid i medisinske akuttenheter tilsvarende legevakt

Johansen, Morken og Hunskaar (2010) viser at 9.3 prosent av henvendelsene ved legevakt i Norge registreres som psykisk lidelse/rusmisbruk. Menn er noe overrepresentert blant pasienter med psykiske plager sammenlignet med kvinner. Andelen henvendelser til helsevesenet på grunn av psykiske lidelser er relativt sjelden på legevakt sammenlignet med hos fastlegen, men akutte kriser, selvmord og reaksjoner etter vold er mer hyppig samt at henvendelsene generelt blir kategorisert som mer alvorlige sammenlignet med lignende typer henvendelser til fastlegen på dagtid. Johansen, Morken og Hunskaar (2012) har vist at henvendelser til legevakta blir tatt imot av sykepleier som kartlegger pasientens umiddelbare behov og iverksetter tiltak. Aktuelle tiltak kan være samtale og råd av sykepleier eller tilsyn av lege. Henvendelser på legevakta ved psykiske kriser ofte skjer om natten, og av disse blir ca 40 % håndtert av sykepleier alene (Johansen et al 2012).

Når en pasient henvender seg til legevakt ved behov for øyeblikkelig hjelp grunnet psykisk krise ser vi at det handler om pasientens opplevelse av sin situasjon, hans muligheter og begrensninger sammen med helsepersonellens vurderinger av hva som er mulig utfra helheten, som avgjør hvilken hjelp som kan være aktuell å gi (Johansen et al 2012). Morken, Johnsen & Alsaker (2015) påpeker imidlertid at en utfordring kan være misforhold mellom pasientens forventninger til helsetjenesten og hvilke tjenester som tilbys kan medføre misnøye hos pasienten.

Nicholls, Gaynor, Shafiei, Bosanac & Farell (2011) viser i sin studie fra en akuttenhet i Australia om fremveksten av spesialenheter eller adskilte arealer innen akuttenheter, med tanke på å ivareta pasienter som presenterer ulike akutte psykiske lidelser. Hun setter spørsmålsteget ved om denne formelle segregeringen av denne pasientgruppen er til det beste

for pasientene og argumenterer for at alle som jobber i akuttenheter bør ha kompetanse i møte med pasienter som virker psykisk ustabile, er opprørte eller har utagerende adferd. Hun argumenterer også for effekten av å ha sykepleier med klinisk spesialitet innen psykisk helse ved medisinske akuttenheter. Forfatteren hevder at hverdagsoverføringen av kompetanse, ved å innføre personell med klinisk spesialistutdanning i psykisk helsearbeid i personalgruppen i den medisinske akuttenheten, økte selvtilliten og tiltroen til egne ferdigheter blant alle i personalgruppa i møte pasienten i psykisk krise. Studien viste også at det skjedde et paradigmeskifte fra «oppbevaring» til «umiddelbar terapeutisk omsorg» som gav kortere oppholdstid for pasienten i akuttenheten, og færre akuttinnleggelser i spesialisthelsetjenesten. Marynowski- Traczyk & Broadbent (2011) hevder derimot at det er det fysiske miljøet sammen med begrensede tidsressurser som er typisk for medisinske akuttenheter som har den største negative påvirkningen på muligheten for optimal pleie av pasienter med psykiske plager.

2.3 Sykepleiernes erfaringer av psykisk helsearbeid

Sykepleieren i medisinske akuttenheter, som møter pasient i en psykisk krise er beskrevet i internasjonal litteratur. Noen av disse peker på at sykepleierne ved somatiske akuttenheter erfarer usikkerhet og mangel på kunnskap og ferdigheter i å møte psykiatriske pasienter (Clarke, Usick, Sanderson, Smith & Baker 2014; Marynowski- Traczyk & Broadbent 2011; Marynowski- Traczyk, Moxham & Broadbent 2013; Nicholls et al 2011), men at fokus på å heve sykepleiernes kompetanse, samt innføre særskilte triagesystemer for mottagelse av denne pasientgruppen påvirket sykepleiernes erfaringer positivt (Clarke et al 2014; Coristine, Hartford, Vingilis & White 2006; Nicholls et al 2011).

Clarke et al (2014) henviser til en review-studie at sykepleieres holdninger til pasienter med psykiske problemer ofte er negative. Sykepleierne erfarer at møtet med disse pasientene ofte medfører å håndtere uforutsigbar og uforståelig adferd med fare for sikkerheten, og at de ofte har forsøkt å ta sitt eget liv eller selvskadning. Clarke et al (2014) mener også at selv om noen av studiene de gransket viser at sykepleierne erfarer sympati og medfølelse for disse pasientene er den første reaksjonen en bedømmelse av pasientens genuine hjelpebehov.

I en studie av Morken et al (2015) beskriver sykepleiere og legers erfaringer i møte med utagerende og voldelige pasienter ved legevakten, der de argumenterer for øket fokus på helsepersonellens beredskap og dermed bedre effektivitet i pasientomsorgen. Opplæring i å vurdere fare, hvordan eget kroppsspråk kan påvirke situasjonen kan gjøre sykepleierne bedre forberedt i møte med den krisepregede pasienten. Morken et al (2015) hevder at sykepleiere og leger uttrykker en bekymring for å være alene i møter med pasienter som kan komme til å vise uberegnelig adferd. Det å ha et tydelig kollegialt ansvar for hverandre i løpet av vekten vil kunne ha positivt virkning. Johnstone & Turale (2014) viser likeledes i sin review-artikkel om sykepleieres erfaringer av forberedthet under særlig krevende situasjoner, at mange av sykepleierne bekymret seg for å bli forlatt i krevende situasjoner.

Coristine et al (2006) har undersøkt effekten av å ha et eget triagesystem for henvendelser om psykiske problemer, der legevaktsykepleieren henviser pasienten til fagperson i krisehåndtering som har vakt ved akuttenheten et visst tidsrom på kveldene. Sykepleierne opplevde dette som svært positivt, og fremhevet øket kunnskap om ulike psykiske problemer i personalgruppens som helhet, bedre muligheter for å oppnå en god relasjon til pasienten og trygghet for sykepleieren i at pasienten får en oppfølgingsplan etter oppholdet i akuttenheten. Marynowski- Traczyk et al (2013) hevder på den annen side at tiltak som egne team for pasienter med psykiske problemer kan føre til styrkning av en eventuell oppfatning hos sykepleierne i medisinske akuttenheter at disse pasienten ikke er tilhører deres arbeidsfelt. Nicholls et al (2011) påpeker at pasienter med behov for akutt hjelp for psykiske problemer utgjør en liten del av pasientene ved medisinske akuttenheter, og argumenterer for at istedenfor spesielt fagteam i beredskap kan opplæring i å vurdere mental status, risikovurdering og psykisk helse-triagering av alle legevaktsykepleierne, gitt av spesialsykepleieren påvirket sykepleiernes selvtillit og opplevelse av faglig trygghet i møte med pasienten positivt. Marynowski- Traczyk et al (2013) peker på at forståelse og kunnskap om recovery som en individuell bedringsprosess for pasienter som gjennomlever psykiske utfordringer, er vesentlig for at sykepleieren ved en medisinsk akuttenhet skal kunne møte denne pasienten på en trygg og faglig god måte. Mange pasienter henvender seg til en medisinsk akuttenhet ved akutte psykiske kriser og noen presenterer utfordrende adferd som opprørthet, aggresjon og psykotiske uttrykk. Marynowski- Traczyk et al (2013) hevder at sykepleiere i medisinske akuttenheter tradisjonelt praktiserer ut fra et dualistisk menneskesyn, og forholder seg til recovery utfra forventning om fullstendig frihet fra symptomer. Ettersom psykiske problemer ofte varer over tid kan sykepleierne erfare manglende håp om bedring på

vegne av disse pasientene. I tråd med dette hevder MacNeela, Scott, Treacy, Hyde & O'Mahony (2012) at lav mestringsfølelse er en viktig faktor for dannelsen av stereotypiske oppfatninger av pasienter med psykiske problemer blant sykepleiere ved medisinsk-kirurgiske enheter. Kunnskap og forståelse for den personlige bedringsprosessen som perspektiv også i medisinske akutenheter er nødvendig for å gi sykepleierne et faglig fundament i møte med den psykiatriske pasienten skriver Marynowski- Traczyk et al (2013).

3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

3.1 Mestring i møte med pasienter som er preget av krisereaksjoner

Bøe og Thomassen (2007) skriver at psykisk helsearbeid har tre hovedfokus; individ, familie og nettverk og viser til Sosial og helsedirektoratets (2006) veileder «Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene» (Bøe og Thomassen 2007) der det vises til at psykisk helsearbeid både er et praksisfelt og arbeid på systemnivå som omfatter alle ledd i helsetjenesten for forebygging av både lidelser, stigmatisering og diskriminering.

Møtet mellom sykepleier og pasient som er i behov for helsehjelp grunnet psykiske problemer krever forberedthet til å mestre en rekke ulike situasjoner som vi ser av tidligere empirisk forskning (Marynowski-Traczyk, Broadbent 2011; Morken et al 2015; Nicholls et al 2011). Ekeberg (2015) hevder at i akuttmedisinsk sammenheng er de vanligste psykiske problemene preget av krisereaksjoner. Angst, sorg, depresjon eller belastningsrelaterte problemer kan være bakgrunnen for utviklingen av krisereaksjoner hos pasientene som kommer til legevakt. Det første møtet mellom helsepersonell og pasienten som kommer til legevakta grunnet akutte psykiske problemer, er svært viktig for det videre forløp (Haugen 2015). Det blir således fremhevet at forberedthet for oppgaven som helsepersonell (briefing) er en forutsetning for faglig refleksjon (debriefing) og opplevelse av mestring (Ekeberg 2015).

3.2 Presentasjon av Antonovskys teori om Opplevelse av Sammenheng

Sosiologen Antonovsky (2012) hevder at en forutsetning for mestring er at den aktuelle situasjonen oppleves meningsfylt, håndterbar og begripelig. Disse tre faktorene kaller han motstandsressurser. Graden av meningsfullhet, håndterbarhet og begripelighet gir ifølge denne teorien Opplevelse av sammenheng (OAS), høy OAS i forhold til en situasjon innebærer at det er tilgjengelige ressurser til hensiktsmessig håndtering av eventuelle stressfaktorer.

Antonovsky (2012) utviklet teorier om mestring som en viktig komponent for et salutogenetisk perspektiv på helse. Bakgrunnen for utviklingen av det salutogenetiske

perspektiv på helse var oppdagelsen av at dramatiske stressfaktorer så ut til å kunne gi sykdom hos noen individer, mens andre tilsynelatende forble upåvirket eller styrket etter hendelsene. Utgangspunktet for oppdagelsen var en studie om jødiske kvinners mestring av plager ved overgangsalder, hvor mange hadde en fortid som fanger i 2.verdenskrigs konsentrasjonsleirer. Han ble forundret over individer som til tross for dramatiske livshendelser tilsynelatende hadde svært velfungerende liv. Han startet undersøkelser for å finne ut hvordan dette kunne henge sammen og oppdaget at individer som forble friske til tross for dramatiske stressfaktorer kunne kjennetegnes ved tre sentrale fellestrekk for mestring av livsutfordringer; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet som til sammen påvirker opplevelse av sammenheng (OAS). Teorien om OAS som faktor for mestring av stress er hovedsakelig beskrevet utfra tanken om hva dette betyr for enkeltmennesket, men han hevder også at arbeidsgrupper som for eksempel sykepleiere i en enhet opplever mestring utfra om oppgavene oppleves begripelige, håndterbare og meningsfulle og at dette påvirker enhetens arbeidskultur. Antonovsky (2012) hevder at nasjonale retningsgivende tiltak som lovgivning og reformer gir de beste vilkår for en positiv utvikling av OAS innen definerte grupper. I lys av at stadig flere legevakter oppretter øyeblikkelig hjelp- plasser også for pasienter med psykiske problemer, som konsekvens av kravene til kommunene i Samhandlingsreformen (Helsedirektoratet 2010), kan man anta at sykepleiernes OAS kan være i endring.

3.2.1 Begripelighet som mestringsressurs

Begripelighet i arbeidet som sykepleier forutsetter at det er sammenheng og system i organiseringen av oppgavene, og at tilfredsstillende begrunnelser er tilgjengelige for det man ikke umiddelbart forstår. Kunnskap, erfaring og evner er blant ressursene som påvirker opplevelsen av begripelighet, og vil påvirke en sykepleiers opplevelse av sammenheng og mestring. Det er også viktig at oppgavene ansees verdsatte av samfunnet og at dette er uttrykt gjennom rettferdig belønning (Antonovsky 2012).

3.2.2 Håndterbarhet som mestringsressurs

Antonovsky (2012 s. 125) beskriver hvordan opplevelse av håndterbarhet kan styrkes ved adekvate evner, materielle, sosiale og organisasjonsmessige ressurser sammen med gjentatte arbeidserfaringer hvor sykepleieren av og til overbelastes, parallelt med rom for tilbaketrekning og innhenting av nye ressurser. Dette innebærer blant annet at arbeidsoppgavene er mulig å definere, at arbeidsmiljøet er organisert slik at den formelle sosiale strukturen yter utstyr og miljø for å kunne løse arbeidsoppgavene og at de andre man

arbeider i sammen med også gjør en god jobb. En positiv opplevelse av håndterbarhet forutsetter at oppgavene gir mulighet for mestring og vekst, mens ensidig overbelastning eller vedvarende underbelastning hindrer etablering av tilliten til at verden er håndterbar.

3.2.3 Meningsfullhet som mestringsressurs

Mens den begripelige dimensjon i stor grad berører de kognitive aspekter ved noe, har opplevelsen av meningsfullhet en større påvirkning på de følelses- og motivasjonsmessige aspekter. Opplevelsen av å være en del av en indre arbeidskultur og fellesskap der organisasjonsstrukturen er begripelig og den enkeltes rolle er klar gir grunnlag for oppbygning av opplevelse av meningsfullhet. Det å ta del i sosialt verdsatte arbeidsoppgaver hvor man har beslutningsfrihet når det gjelder arbeidsoppgaver, rekkefølge og arbeidstempo, gir en positiv oppbygning av meningsfullhet som igjen gir arbeidsglede, stolthet og et eierskap til arbeidet.

Samspeillet mellom begripelighet og meningsfullhet finnes der det finnes mulighet for innvirkning på betydningsfulle beslutninger som er sosialt verdsatt. De to dimensjonene er likevel ikke avhengig av hverandre. Antonovsky (2012) viser dette med et eksempel av offiseren i militæret som opplever at han har en meningsfull stilling til tross for at krigen oppleves kaotisk og ubegripelig. For sykepleieren ved en akuttmedisinsk enhet vil således opplevelsen av meningsfullhet kunne økes ved at den enkelte sykepleier opplever å ha adekvat kompetanse og kan hjelpe pasienten på en anerkjent og effektiv måte.

3.2.4 Mestring av stress

Mestring handler ikke bare om indre forutsetninger men også om forhold ved de ytre verdenen der opplevelsen av stress opptrer. Antonovsky (2012) deler stress opp i to typer, stressende livssituasjoner og stressende livsbegivenheter.

Stressende livssituasjoner er kjennetegnet av motstandsunderskudd, forstått som utilstrekkelige motstandsressurser til å håndtere livsopplevelser, slik at OAS svekkes. Sykepleiere som opplever at arbeidsplassen ikke er organisatorisk innrettet med muligheter for et tilrettelagt rom, utstyr og tid til rådighet for å løse de daglige oppgavene i møte med pasienter med psykiske plager kan det føre til en varig svekket OAS i forhold til denne delen av arbeidet. Utilstrekkelige tilgang på informasjon og kunnskap for å gjøre seg forberedt for

oppgavene man møter på arbeidsplassen er også en viktig stressfaktor som skaper en stabil lav OAS.

Antonovsky (2012) viser i et eksempel hvordan sykepleiernes OAS ved en avdeling fikk en positiv utvikling ved å omdefinere avdelingens funksjoner, noe som forflyttet opplevelsen av stress knyttet til dette arbeidsfeltet fra stressende livssituasjon til stressende livsbegivenhet.

Stressende livsbegivenheter hos Antonovsky (2012) er avgrensede begivenheter som man ikke umiddelbart har noen respons på. Mestring forutsetter at man har et klart bilde av situasjonen hvor en viss grad av begripelighet, håndtering og meningsfullhet kan oppnås. For sykepleieren som befinner seg i en situasjon med en pasient som viser uforståelig adferd kan det være utfordrende å få et klart bilde av hvordan situasjonen kan forstås og håndteres. Etter en slik episode som isolert sett representerer en overbelastning, vil mulighet for tilbaketrekning og refleksjon etterpå, kunne stimulere OAS og dermed mestring ved senere liknende situasjoner positivt. Det å få mulighet for vekst og utvikling ved å få utvikle positive erfaringer fra utfordrende situasjoner støtter en generell positiv OAS ved at man får tillit til at nye utfordringer kan mestres. Mangel på utfordringer vil slik sett innebære en underbelastning og undergrave tilliten til mestring.

3.3 Recovery

I følge Bøe og Thomassen (2007) fokuseres det i den såkalte recovery-modellen på innenfraperspektivet som utgangspunkt for samtalen mellom pasient og helsepersonell. Fagfolk med sine metoder spiller dermed en begrenset rolle i en persons bedringsprosess.

Bedringsprosessen blir sett på som en dynamisk prosess som går over tid, og ikke nødvendigvis betyr å bli fri fra symptomer men å komme seg (Bøe & Thomassen 2007).

Marynowski-Traczyk et al (2013) argumenterer derimot at forståelse av recovery som individuell bedringsprosess, som nyttig kunnskap for sykepleieren ved medisinske akuttenehet.

Borg og Topor (2003) hevder at mulighetene som ligger i møtet mellom pasient og helsepersonell blir preget av hvordan helsepersonellet vurderer og kategoriserer pasienten. I de medisinske fagmiljøene er det ofte de patogenetiske syn på menneske og lidelser som er

rådende, og menneskets egne helbredende krefter har en tendens til å bli undervurdert (Borg & Topor 2003). handler om å ta utgangspunkt i individets ressurser, hva den enkelte pasient mener og er opptatt av her og nå. Pasientens situasjon vurderes mer utfra hvordan pasienten mestrer hverdagslivet med sykdom og plager, enn den konkrete forekomsten og bedømmingen av symptomer. Med et slikt syn vil møtet med pasienten ha andre muligheter enn et møte der forekomst av symptomer er i fokus for samtalen. Borg og Topor (2003) påpeker slik at bedringsprosess er en menneskelig prosess og foregår i livet over tid. Hendelser og relasjoner til andre mennesker underveis påvirker og kan noen ganger representere et vendepunkt. Mennesket er således ikke passive ofre for psykiske problemer og sykdom, og den profesjonelle påvirkningen er ikke alltid den mest avgjørende for bedring.

Recovery-modell innebærer å møte pasienten med håp og forståelse for de aktuelle bekymringene pasienten presenterer. Pasienter som henvender seg ofte til den medisinske akutenheten i en periode kan ifølge recovery ansees å være i en dynamisk bedringsprosess der henvendelsene kan tolkes som et uttrykk for ledd i dette, som for eksempel støtte i form av å gjenfinne håp.

Borg og Topor (2003) hevder at bedringsprosess innebærer å ta tilbake makten over eget liv. Helsepersonell har en tendens til å organisere hjelpen slik det passer for virksomheten, men psykiske problemer har en tendens til å øke utenom disse rammene, og kan øke til uhåndterbare størrelser. Da kan hjelpen ikke vente, og pasienten må søke hjelp der den finnes i akuttmedisinske enheter og lignende hvor helsepersonalet ikke kjenner pasienten og deres historie. Borg og Topor (2003) sier om det å søke hjelp

«I den vanskeligste tiden risikerer man derfor å bli sviktet fordi man møter ansatte som har dårlige forutsetninger for å kunne hjelpe en.» (s. 101). I recovery vil pasientens henvendelse ansees som å bruke sin makt over eget liv til å søke assistanse, og for helsepersonell som møter en ny pasient innebære å være åpen for hva pasienten er bekymret for, og pasientens erfaringer om hva som kan hjelpe her og nå. Ved å være tilgjengelig og ha en åpen dør inn til virksomheten og helsepersonell, får pasienten beholde makten over sitt liv ved at forespørsel om nødvendig hjelp imøtekommes med utgangspunkt i pasientens ressurser.

4.0 METODE

4.1 Design og metodologi

Studiens formål er å kartlegge og utforske sykepleieres erfaringer slik den legges frem for forskeren i møtet mellom informanten og forskeren gjennom det åpne intervjuet, med tanke på å induktivt komme frem til ny kunnskap om fenomenet. Det er derfor valgt et kvalitativ fenomenologisk hermeneutisk design. Dette er ifølge Malterud (2011) en logisk og relevant forskningsmetode ettersom den fokuserer på klinisk praksis når det mangler kunnskap om temaet.

Studiens fenomenologisk hermeneutiske design er vitenskapsteoretisk forankret i Gadamer's teorier. Gadamer's arbeid har sitt utspring i eksistensfilosofiske fenomenologi som fremhevet at vår opplevelse av noe, ikke er saken/tingen i seg selv, men vår mening/fortolkning av saken/tingen. Gadamer som Heideggers elev utviklet sine teorier i tråd med en eksistensiell hermeneutisk retning. Han påpekte mennesket som meningsskapende vesener som gjennom dialogen søker å skape og forstå seg selv og verden. For å kunne forstå og finne mening i noe bringer mennesket forforståelsen som rammeverk (Aadland 2011). Forforståelsen utvikler seg gjennom hele livet og representerer menneskets grunnleggende antagelser om hvordan verden er, og erfares som naturgitte betingelser for forståelse. Erfaringer som kunnskap er forankret i den enkeltes livsverden og representerer levende kunnskap slik den erfares for den som lever det livet det er snakk om (Aadland 2011; Malterud 2011).

Gadamer hevder at fortolkning er alltid en subjektiv aktivitet, og at for å komme frem til ny kunnskap må forskeren stille seg åpen og være i dialog med det som studeres. I denne studien er det informantens fortelling om møtet med den andre og hvilken erfaring dette fremkommer med det er snakk om (Aadland 2011). Ifølge Malterud (2011) er dette idealet mulig i det kvalitative forskningsintervjuet, der fortelleren er opptatt med narrativ aktivitet for å bringe frem sin erfaring med fenomenet fremfor å bedømme den, og den som mottar narrativet lytter aktivt med tanke på å få tak i meningen narrativet har for informanten fremfor å ta stilling til om det er objektivt sant eller usant. Her er lytterens aktive åpne holdning til budskapet en medskapende faktor for den rike fortellingen, fremfor påvirkningen av en bedømmende tilhører.

Malterud (2011) skriver om fenomenologisk hermeneutisk forskning at forskerens forforståelse er viktig for å kunne finne meningsbærende enheter og essensen i datamaterialet. Aadland (2011) legger vekt på at i vitenskapelig fortolkning lar vi fenomenet vise seg selv utfra dets egne premisser. Dette betyr at fortolkningen av data i en fenomenologisk hermeneutisk tradisjon handler om å søke etter meningsinnhold og essens fremfor å bedømme de faktuelle sidene ved fortellingen, av Malterud (2011) kalles dette å sette forskerens bedømmelsesfunksjon i parentes i analyseprosessen.

Med bakgrunn i denne studiens hensikt og problemstilling som er å kartlegge og utforske sykepleieres erfaringer fra møte med pasienter som søker legevakt for psykisk krise, er dette vitenskapsteoretiske ståsted og metode vurdert som hensiktsmessig og relevant.

4.2 Utvalg

For å komme i kontakt med aktuelle informanter ble legevakter i Sør-Norge kontaktet. Rekrutteringen startet ved et formelt brev til lederen av legevakten, der det ble forespurt om å få rekruttere blant de ansatte sykepleierne (Vedlegg 1). Til sammen to ledere av legevakter ble formelt forespurt om å bidra med informanter til studien. Begge legevakter ga godkjenning til å rekruttere informanter blant de ansatte sykepleierne. Leder fikk ingen tilbakemelding om hvilke sykepleiere som ønsket å delta og hvilke som reserverte seg mot deltagelse i studien.

Alle fast ansatte utdannede sykepleierne ved legevaktene ble forespurt om å delta i et fokusgruppeintervju. Av hensyn til anonymitet og risiko for eventuelle represalier fra leder ble fagsykepleier eller en annen ansatt sykepleier valgt til å informere om studien. Det ble levert ut informasjonsskriv og samtykke (Vedlegg 2), samt Intervjuguiden (Vedlegg 3) slik at sykepleierne kunne være forberedt på hva samtalen ville dreie seg om. Intervjuene var beregnet å kunne vare i omtrent 1 time.

Utvalget er strategisk valgt utfra tanken om at sykepleierne skal ha erfaring med fenomenet det spørres etter. Det er intervjuet både kvinner og menn, i alderen 24 – 54. De inkluderte i studien hadde erfaring fra fagfeltet i 0,5- 21 år.

Datainnsamlingen ble gjennomført ved kvalitative fokusgruppeintervjuer med sykepleiere ansatt ved interkommunal legevakt i Norge. Det er til sammen intervjuet 7 sykepleiere. Det er gjort to fokusgruppeintervjuer med 3 og 4 sykepleiere i hvert intervju. Ingen av informantene hadde erfaring med å drøfte egne erfaringer fra praksis i gruppe. Intervjuene ble avholdt på rom i nærheten av arbeidsstedet. Det ene intervjuet ble gjennomført på pauserommet på arbeidsstedet, og det andre intervjuet ble utført i en større forelesningssal i tilknytning til arbeidsstedet. Forskeren opplevde at dynamikken i de to gruppene var noe forskjellig fra hverandre til tross for jevn fordeling av alder og erfaring. Likevel var det gjennomgående temaet for det meste samsvarende.

Forskeren gjorde ingen elektroniske registreringer av informantenes identitet, eller indirekte personidentifiserende opplysninger. I samråd med Norsk Datasikkerhetstjeneste er intervjuene dermed anonyme og ikke registreringspliktige (Vedlegg 4). Det er ikke lagret eller registrert navn, alder, kjønn, bosted, eller arbeidssted elektronisk i forbindelse med rekrutteringen eller behandlingen av data.

Ekskludert fra studien var andre yrkesgrupper som kan være ansatt i sykepleierstillinger ved legevakter ved for eksempel vakante stillingshemler, som paramedics, nyutdannede leger, legestudenter, ambulansefagarbeidere, helsesekretærer med flere.

4.3 Datainnsamlingsmetode

Kvalitative fokusgruppeintervjuer ble valgt som den mest hensiktsmessige datainnsamlingsmetode. Hensikten med denne studien er å kartlegge og utforske sykepleieres erfaringer fra møte med pasienter som søker legevakt for psykisk krise, og siden det kunne dreie seg om komplekse opplevelser ble det valgt å gjøre fokusgruppeintervjuer med tanke på å åpne for de rike fortellingene, gjennom refleksjon og erfaringsutveksling med kolleger som anbefalt av Malterud (2011).

Innsamlingen av data ble lagt opp slik at 3-4 sykepleiere møtte sammen på et skjermet rom på arbeidsplassen eller i nærheten av arbeidsplassen. Alle sykepleierne hadde i forkant fått informasjon- og samtykkeskriv samt intervjuguiden etter ønske, for å kunne forberede seg på

intervjuet. En sykepleier ønsket også å se prosjektplanen før intervjuet, og dette ønsket ble etterkommet.

Det var enkel servering i form av frukt og sjokolade under intervjuet.

Det ble benyttet lydopptak, som senere ble overført til passordbeskyttet database. I lydopptakene forekommer ikke benevnelse i form av navngivelse av informantene. Informantene ble før opptaket startet informert om å ikke benevne hverandre ved navn med tanke på ivareta anonymitet. Noen av sykepleierne ytret derimot ønske om å være identifisert deltaker i studien. Av hensyn til helheten er likevel alle deltakerne anonymisert i datamaterialet.

Lydopptakene ble deretter skrevet ut som tekst.

4.4 Dataanalysen

Dataanalysen startet ved første gjennomgang av intervjuet som anbefalt i Malteruds (2011) metode for systematisk tekstkondensering. Den første gjennomgangen startet ved å lytte gjennom lydopptaket med tanke på å vurdere om lydopptaket var vellykket. Sekvenser med spesielt gjennomgående temaer ble identifisert. Deretter ble lydopptakene skrevet ut i tekst. Dette foregikk samme dag og påfølgende dag etter intervjuene.

Data i form av teksten fra intervjuene ble deretter analysert ved hjelp av en fenomenologisk hermeneutisk analyse av det transkriberte materialet inspirert av Malteruds (2011) metode.

Malteruds (2011) systematisk tekstkondensering består av 4 trinn.

1: Første gjennomlesning for å få et helhetsinntrykk med tanke på å finne noen gjennomgående temaer. Forskeren skal i denne gjennomlesningsfasen inneha en naiv posisjon slik at forforståelse ikke innvirker på hva leseren oppfatter eller overser (Malterud 2011). Dette trinnet ble gjennomført noen dager etter transkriberingen, slik at det første inntrykket fra selve intervjuet og transkriberingen var kommet litt i bakgrunnen, og en naiv og åpen holdning kunne etableres.

2: Systematisere, identifisere det i datamaterialet som er relevant for problemstillingen. Kode materialet, i betydningen å identifisere meningsbærende enheter i teksten og begynnende systematisering av disse i forhold til gjennomgående temaer og undertemaer. Tekstbiter som ble tolket at inneholdt direkte eller latent kunnskap om det problemstillingen spør etter ble identifisert som meningsbærende enheter. Malterud (2011) anbefaler fortløpende definering og redefinering av temaene/kodegruppene de meningsbærende enhetene plasseres i, noe som var hensiktsmessig i denne studien ettersom intervjuene ble gjennomført med noen ukers mellomrom. De meningsbærende enhetene ble identifisert i hvert intervju for seg først, noe forskeren opplevde meningsfullt med tanke på å forberede datainnsamlingen før intervju 2. Malterud (2011) skriver at i kvalitativ forskning er det viktig å bruke lærdom man erverver underveis i prosessen til videre utvikling av prosjektet. Når begge intervjuene var gjennomført, transkribert og de meningsbærende enhetene i hvert intervju identifisert, ble datamaterialet fra de to intervjuene satt sammen i en tabell (se tabell 1) og analysert under ett med tanke på å identifisere meningsbærende enheter og identifisere temaer som går igjen i begge intervjuene.

3: Ny gjennomgang av hele materialet fra intervjuene. Inndeling i subgrupper ut fra kodegruppene. Forskeren tolker utfra sitt faglige perspektiv flere ulike meninger og tilnærminger til hver subkategori. Lage kondensat – et konstruert sitat (-jegform) som forteller noe om subgruppens innhold (Malterud 2011). Dette ble satt inn i tabell for å skape oversikt over meningsenhetenes plassering i grupper og deres forhold til hverandre, som illustrert i tabell 1.

Tabell 1.

Eksempel på analyseprosessen fra meningsbærende enhet, koder og kategori.

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Subgruppe	Kode	Kategori
«det var en utrolig god opplevelse å oppleve at bare det lille du sa kunne hjelpe henne så mye»	Godt å erfare at det du gjør kan hjelpe pasienten til å ha det bedre	Å vite hva som kan hjelpe pasienten til å ha det bedre.	Jeg har gode erfaringer med å lytte til pasienten og kunne si noe som lindrer og er til hjelp for pasienten videre.	Jeg er beredt til å møte rystende livshistorier!
«det viktigste du gjorde da var å sitte å høre..»	Viktig å kunne ta seg tid til å bare lytte til pasienten			
«...med blanke ark.lett å bli fanga i tidligere historikk. møter en litt annerledes da....»	Det er lett å bli fanga i tidligere historikk, jeg foretrekker å møte pasienten med blanke ark.	Å møte pasienten med blanke ark.		
«... et slags nytt håp»	Pasienten ønsker en ny start.			

Analysen av innholdet i det transkriberte materialet vekslet frem og tilbake i en fenomenologisk hermeneutisk prosess der de meningsbærende enhetenes fenomenologiske innhold fikk tre frem, ble så tolket inn i en meningsbærende enhet, og plassert inn i subgrupper i en vekselprosess mellom utsagnet «slik det trer frem» jamfør Aadland (2011) og forskerens forforståelse jamfør Lindseth og Norberg (2004).

Tabell 2 viser forholdet mellom tema og kategoriene på tvers. Sykepleierne beskriver beredskap for å handle i situasjoner som berører en rekke aspekter ved møtet med pasienten i psykisk krise.

Tabell 2.

Eksempel på forholdet mellom tema og kategori.

Tema	BEREDSKAP					
Kategori	Jeg er beredt til å møte rystende fortellinger.	Jeg vil beskytte pasientens integritet.	Jeg må skjerme andre pasienter mot sterke inntrykk.	Jeg skal beskytte pasientenes fysiske sikkerhet.	Jeg tenker på at barn i pasientens hjem skal få nødvendig beskyttelse.	Jeg må ivareta egen trygghet/sikkerhet.

4: Sammenfatte hver kodegruppe: gjenfortelle med lojalitet til informantens stemme og situasjon. For å sikre at forskerens fortolkning var sammenfallende med informantens forståelse av sitt bidrag, ble noen av informantene konsultert i løpet av analysefasens siste trinn. Deretter ble det utviklet en analytisk tekst som sammenfatter essensen i materialet med vekt på det som kan gi ny kunnskap om temaet. Til slutt i analysen anbefales forskeren å rekontekstualisere ved å gå tilbake til de opprinnelige utskriftene fra intervjuene med tanke på å kontrollere at essensen som er utarbeidet kan tilbakeføres til rådata (Malterud 2011). Inspirert av dette ble utskriftene brukt underveis i produksjonen av den analytiske teksten for å sikre at analysen var i tråd med materialet. Underveis i dette ble det også funnet utdypende sitater som ble brukt til å belyse ytterligere sider ved analysens funn.

4.5 Forskningsetiske overveielser

Det var planlagt å gjennomføre 3 fokusgruppeintervjuer, men på grunn av gjennomføringsproblemer i den første fasen som følge av sykdom og ulike turnuser, ble det kun utført 2 fokusgruppeintervjuer av hensyn til tidsrammen. Etter det andre intervjuet så man at materialet var rikt og virket å ha nådd metning i forhold til forskningsspørsmålet slik at ytterligere rekruttering til intervjuer ikke ble videre prioritert.

Å forske på sykepleiernes praksis i møte med pasienten stiller forskeren overfor noen etiske og praktiske dilemmaer som må tas hensyn til. Det å blottstille seg som informant i et

fokusgruppeintervju overfor kolleger, åpner for muligheten for at deltakerne kommer med utsagn de ellers ikke ville delt med de samme menneskene. Dette fordrer at deltakerne yter hverandre gjensidig taushet om det som fortelles i intervjuet. Forskeren må også veie sin rolle i intervjuet grundig på forhånd, slik at deltakerne ikke opplever at forskeren innehar noen ekspertrolle i forhold til riktig eller gal praksis.

4.5.1 Etikk.

Det ble valgt å gjøre anonyme intervjuer, det vil si at det ikke er nedtegnet hvem informantene er eller hvor i landet de er rekruttert fra. Dette i samråd med NSD, som i kommunikasjon informerte om at dersom identifiserende data ikke ble elektronisk nedtegnet var ikke studien meldepliktig (Vedlegg 4). Imidlertid ga noen informanter sitt synspunkt om dette som kjedelig, fordi de setter pris på å bidra med kunnskap om fagfeltet, og at full taushet fra deltagerne om bidraget i form av deltagelsen i fokusgruppeintervju kan være usikkert.

Å intervju helsepersonell som vanligvis jobber sammen, kan innebære en risiko for at sensitive opplysninger om pasienter som har vært tilstede i felles erfaringer sykepleierne mellom blir brukt i fortellingene. Dette var noe forskeren var forberedt på, og deltakerne ble før hvert intervju minnet om at navn og steder i ikke burde brukes.

4.6 Metodekritikk

I kvalitativ forskning er metodekritiske begreper som validitet og reliabilitet omdiskutert. Disse begrepene er utviklet for vurdering av kvantitativ forskning hvor forskeridealet skal ha distanse fra forskningsfeltet og dermed ikke ha påvirkning på data (Graneheim & Lundman 2004). I kvalitativ forskning har forskeren en medskapende rolle i datainnsamlingens faser, hvor fortellingene åpnes og erfaringer fra levd liv er de data som innsamles ofte via prosesser der forsker og informant sitter ansikt til ansikt. Graneheim og Lundman (2004) påpeker dette fenomenet med utsagnet «one cannot not communicate». Jeg har derfor valgt å bruke begrepene pålitelighet, overførbarhet og troverdighet (Graneheim & Lundman 2004).

4.6.1 Pålitelighet.

I denne studien er forskeren sykepleier med klinisk erfaring fra praksisfeltet det forskes på. Dette kan ha påvirket hvilke erfaringer informantene valgte å fremkomme med, og det er trolig at noen temaer fremkom med sterkere fokus enn andre nettopp på bakgrunn av hva informantene antok forskeren hadde kjennskap til og ville vite mer om. Studiens pålitelighet er derfor påvirket av disse faktorene som vil ha påvirket hvilke data fokusgruppene fremkom med. Analysen av datamaterialet er forsøkt utført med lojalitet til informantenes stemme, og grunn til å anta at analysen har gitt pålitelige resultater. Denne oppgavens rammer forutsetter formulering av forskningsspørsmål basert på forskerens antagelser utfra egne erfaringer før studien påbegynnes. Den fenomenologisk hermeneutiske analysen av data i denne studien fremkom med uventede resultater for forskeren, noe som medfører at forskningsspørsmålene som er utledet fra forskerens antagelser før datainnsamlingen ikke lar seg eksplisitt besvare. Malterud (2011) argumenterer for at påliteligheten i fenomenologisk forskning forutsetter at forskeren er villig til å utvikle referanserammen underveis. Det er derfor valgt at diskusjonen av resultatet er mest mulig lojal mot analysens resultat mer enn å tilstrebe å besvare forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmålene kan likevel ansees besvart implisitt i teksten.

4.6.2 Overførbarhet.

Denne studiens overførbarhet er påvirket av at det er et lite antall sykepleiere som har bidratt med data, og å trekke konklusjoner utfra denne ene studiens informanters erfaringer er ikke tilstrekkelig til å gi generell kunnskap om alle sykepleieres erfaringer. Data er de transkriberte lydopptakene med erfaringer fra sykepleiere som er ansatt ved kommunal legevakt i Norge, uten andre tilgjengelige døgnbaserte tjenester for psykisk støtte til befolkningen. Den store variasjonen i organiseringen og innholdet ved legevakter gir også begrensninger på den direkte overføringsverdien av resultatene fra denne studien. Studiens funn er dermed ikke uten videre gyldige utenfor de rammene hvor data ble samlet. Likevel kan man anta at denne studiens resultat kan tenkes å kunne gi verdifulle bidrag til klinisk praksis ved å utvide kunnskapen om erfaringer fra sykepleiere på legevakt i møtet med pasienten som søker hjelp grunnet en psykisk krise.

4.6.3 Troverdighet.

Det denne studien gir troverdig kunnskap om, er hvordan sykepleiere *kan* erfare det å møte pasienter som søker hjelp og støtte grunnet psykisk krise. Det at datamaterialet har en indre sammenheng gir anledning til å anta at studien har en indre troverdighet, altså er funnene

sanne for denne gruppen sykepleiere da datainnsamlingen ble foretatt. I ett intervju kom det frem et spørsmål fra deltakerne om forskerens erfaringer med dette fenomenet. En annen sykepleier fremhevet så observasjoner hun hadde gjort av forskerens kliniske praksis for en del år tilbake. Dette ble tatt imot som en fin gest, men også problematisert som en lite effektiv praksis for å synliggjøre at forskeren ikke er mer ekspert enn informantene om dette temaet. Etter dette innspillet gikk informantene enda dypere inn i tematikken, og problematiserte egne opplevelser på et ærligere og dypere plan. Denne lærdommen ble tatt med videre til neste intervju.

Studiens pragmatiske troverdighet vil kunne være at sykepleiere som leser studien blir inspirert til å reflektere over egne erfaringer, eventuelt kjenne seg igjen og videre reflektere over hvordan disse erfaringene påvirker yrkesutøvelsen. På systemnivå kan studiens resultater være anvendelige i forhold til utvikling av nyansettelsesprogrammer, utvikling av tjenestens bemanningsnormer og andre forhold som er av betydning for denne helsetjenesten.

5.0 RESULTAT

Resultatet i denne studie viser at sykepleierne erfarer å være i beredskap for å handle i akutte situasjoner som berører en rekke aspekter ved møtet med pasienten i psykisk krise. Beredskap handler om å «gjøre seg klar», «å være forberedt», og er resultatets hovedtema. I sykepleiernes beskrivelser fra erfaringer i møte med pasienter som kommer til legevakten ved en psykisk krise fremkommer det som et gjennomgående element at pasienten er preget av kaos. Det kan være blant annet være som følge av vold eller overgrep, sosiale faktorer som frykt for å miste eller tap av nære personer, det kan være tap av funksjon som følge av psykisk eller somatisk sykdom eller også tap av autonomi som når pasienten blir fulgt av politi til legevakten. Beredskapen i dette materialet handler om å gjøre seg rede til å ta imot et menneske utenfor den normale kontekst, herunder finner vi seks kategorier med ulike aspekter ved dette. Den første kategorien, handler om sykepleiernes beredskap til å ta imot rystende fortellinger, den neste kategori omhandler beredskap for beskyttelse av pasientens integritet. Sykepleierne beskriver hvordan pasientens integritet er i deres fokus når pasienten er kommet på legevakta. Den tredje kategorien omhandler beredskap for å skjerme andre pasienter mot sterke inntrykk. Den fjerde kategori tar for seg beredskap for beskyttelse av pasientenes fysiske sikkerhet, deretter handler det om beredskap for beskyttelse av barn i pasientens hjem. Sykepleierne forteller om bekymring rundt barn de får høre om i møte med pasienten, og hvordan deres situasjon er hjemme. Den siste kategorien beredskap sykepleierne beskrev omhandler beredskap for ivaretagelse av egen trygghet.

5.1 Beredt til å møte rystende fortellinger

«Jeg vil jo så gjerne hjelpe!» sa sykepleieren Kathy i intervjuene. Sykepleierne beskrev samtaler med pasienter der rystende livserfaringer fremkom. Noen ganger hadde sykepleierne inntrykk av at ingenting hun kunne si eller gjøre kunne hjelpe pasienten der og da. En sykepleier fant støtte ved å se i journalnotater fra tidligere for å finne forklaring. En annen beskrev at hun helst ikke så i journalen på tidligere journalnotater, for å hindre at hennes møte med pasienten ble farget av andre sykepleiere eller legers bedømming av pasienten. Det å møte pasienten med blanke ark ble vurdert som verdifullt.

«... kanskje ønsker å ta kontakt med legevakta i og med at vi ikke har vært i situasjonen med deg før ... et slags nytt håp» (Reidar)

Flere sykepleiere beskrev at det å ta kontakt med legevakten kunne være pasientens uttrykk om håp, ved å bli møtt med blanke ark av noen som ikke kjenner alt som har skjedd før dette.

Sykepleierne hadde flere beskrivelser av møter med pasienter som følelsesmessig krevende. Det å lytte til pasienter som forteller om dramatiske eller rystende livserfaringer appellerte til sykepleierens empati. En sa

«tenk hvor jeg har hatt det i forhold, at det går an at det er noen som har hatt det så forferdelig!» (Henny)

Sykepleieren beskrev det å bli berørt av det pasienten forteller som noe som gjorde han ydmyk. Flere av sykepleierne beskrev møter med pasienter som de kunne ha i tankene lenge etterpå.

De diskuterte også ydmykhet og respekt overfor pasienten som gråter. Det å gi trøst ved fysisk kontakt som å klappe og gi klem til ukjente pasienter som gråter ble problematisert og ansett som potensielt krenkende overfor personlige grenser, noen sykepleiere begrunnet tilbakeholdenhet med fysiske handlinger som unaturlig utfra personlige preferanser. Samtidig beskrev sykepleierne gråt som en sterk appell til handling og omsorg overfor pasienten. En ytret at hun av og til skulle ønske hun kunne trøstet bedre, og dette var noe hun forsøkte å bli bedre på. En annen mente på den annen side at det viktigste er å spørre pasienten om grunnen til at han gråter, dette beskrev sykepleieren som en god innfallsvinkel for å vise respekt og anerkjenne den gråtende.

Det å kunne ta seg tid til å sitte ned å bare lytte til pasienten ble fremhevet som noe viktig å kunne gjøre i møte med pasienten. Sykepleierne beskrev at ofte var det viktigste pasienten trengte det var at sykepleieren tok seg tid til å sitte ned å lytte til pasienten. Flere fortalte om pasienter som kom gråtende, men som etter en prat med sykepleieren dro hjem igjen mye roligere. Det å vite at dette kunne være godt nok, ble beskrevet av sykepleierne som bekræftende.

«det var en utrolig god opplevelse å oppleve det at bare det lille du sa kunne hjelpe henne så mye» (Marte)

Det å vite hva man skal si til pasienten var noe alle sykepleierne fortalte om. Noen hadde funnet formuleringer som de erfarte at ville hjelpe pasienten til å fortelle om det som var problemet, og hva som kunne hjelpe. Andre fortalte om situasjoner det det kunne være vanskelig å vite hva man skulle si og gjøre.

«Jeg følte at jeg ikke hadde hjelpt henne med noe på en måte» (Henny)

Utilstrekkelighet og det å føle at man ikke rår over det som trengs for å hjelpe pasienten fremkommer på flere ulike måter i sykepleiernes beskrivelser. Det å ha noe kjennskap med psykisk helsearbeid selv, og tilgang på ressurser som man kan sende til pasienten er fremkom som forbedringer sykepleieren ønsket seg. I de to fokusgruppene fremkom det ulikheter i hvordan samarbeid med ambulante tjenester ble beskrevet. I den ene gruppen fremkom erfaringer med sterk byråkratisk styring, noe som umuliggjorde fleksibel tjenesteyting. I den andre gruppen var det gode erfaringer med å samarbeide med ambulante tjenester, og beskrevet et godt samarbeid for å hjelpe pasientene.

5.2 Beredskap for å beskytte pasientens integritet

Det å beskytte pasientens integritet under kontakten med legevakta beskrev sykepleierne som problematisk. Romlige forhold, tid og personellressurser samt forskjellige praksiser fra legenes side gav sykepleierne ulike erfaringer i å ivareta pasientens integritet.

I begge gruppene kom det frem beskrivelser der samtaler med pasienter måtte avbrytes på grunn av andre hendelser som krevde sykepleierens oppmerksomhet. Sykepleierne beskrev at de ofte følte at de ikke gav pasienten respekten de ønsket, når de måtte avbryte samtalen med pasienten. En sa det slik

«av respekt for det mennesket som sitter der og gjerne vil dele vanskelige ting, så må du liksom høre på» (Reidar)

En annen påpekte at mangel på egnede rom for å kunne ta en samtale var et hinder.

Sykepleierne var opptatt av å ivareta taushetsplikten, og fortalte at andre som er på legevakta lett får med seg hva som foregår. Det å ivareta pasientens integritet ved å skjerme for innsyn og konfidensialitet var noe sykepleierne opplevde svært problematisk, spesielt i møte med pasienten i psykisk krise.

«Vi har jo ikke akkurat noen ideelle fysiske forhold her til å ta den samtalen, og kunne skjerme pasienten mot resten av aktiviteten» (Andrea)

Noen sykepleiere fortalte også om utfordringer i samarbeid med lege når det kom til å ivareta pasientens integritet. En beskrev hvordan hun hadde tatt imot en pasient som slet med selvsykdom, og var kommet for behandling av sårene. Sykepleieren opplevde å være maktesløs ved å bevitne uverdigg behandling.

«gidder ikke hilse på pasienten engang, bare hiver seg over såret og syr. Det er helt grusomt!» (Silje)

En annen sykepleier fortalte om hvordan hun hadde protestert mot behandlingen. Hun mente at tolkningen av pasientens uttryksmåter ikke var rett.

«jeg sa til legen at dette kan jeg ikke være med på» (Marte)

Dette respekterte legen og sykepleieren beskrev hvordan hun ved å rette fokus på pasientens forståelse av situasjonen fant ut hvorfor pasienten oppførte seg uvanlig, og at situasjonen deretter løste seg ved hjelp av sykepleieren tilpasset tiltakene til denne pasientens situasjon.

5.3 Beredskap for å skjerme andre pasienter mot forstyrrende inntrykk

Av og til kommer politiet til legevakta med personer som trenger helsetjenester. Sykepleierne beskrev hvordan politi kan komme med pasienter som har en utfordrende adferd. Noen ganger kommer de uten å ha ringt å gitt beskjed om at de er på vei med en person. En forteller om en gang politi kom uanmeldt med en person som hadde maske og håndjern på seg, og med en uvanlig adferd.

«Takk og lov at det ikke var noen barn på venteværelset da, for det hadde vært en skremmende opplevelse! Det var jo en skremmende opplevelse for meg!» (Anne)

Sykepleierne fortalte som nevnt om å være opptatt av å beskytte pasientenes integritet ved å skjerme mot innsyn fra andre, men også å skjerme andre pasienter mot sterke inntrykk i møte med pasienter som har en utfordrende adferd, eller gråter voldsomt og lignende.

«det er jo andre folk rundt omkring som overhører disse hyla» (Silje)

Sykepleierne tenker på reaksjonene til de som overhører eller ser sterke reaksjoner eller uttrykk av følelser fra andre pasienter. Sykepleierne forteller her hvordan de er i beredskap for å skjerme samtidige pasienter på legevakta mot sterke inntrykk.

5.4 Beredskap for å beskytte pasientenes fysiske sikkerhet

Pasientenes fysiske sikkerhet på legevakta var noe sykepleierne beskrev i detaljerte fortellinger. Sykepleierens beredskap er rettet mot pasientenes fysiske sikkerhet ved mistanke om suicidalitet, og samtidig rettet mot ventende pasienters sikkerhet mot skade av andre pasienter.

Sykepleierne drøftet hvilket ansvar de har i forhold til pasienter som ringer og forteller at de har tanker om å ta sitt liv. Ambivalens med tanke på å ta imot hjelp var noe sykepleierne beskrev som vanskelig, og fremhevet betydningen av å gi pasienten ansvaret for å ta imot hjelpen. På den annen side fremhevet andre at som sykepleier bør man handle for å forhindre skade på liv og helse.

«når noen skriker at -Nå tar jeg livet mitt, så sender jeg politiet» (Silje)

Erfaringen med å fortelle at man sender politiet, medførte gjerne at pasienten roet seg fortalte en informant.

Sykepleiernes beredskap for å hindre skade på liv og helse fremkom med flere detaljerte beskrivelser. Det å beskytte samtidige pasienter som er på legevakta mot å bli rammet av uvilkårlig vold er en viktig del av å jobbe på legevakta.

«jeg hadde låst oss inne, og sa til pasienten som var her for behandling av astmaanfall, at jeg slipper dere ikke ut før det er trygt.» (Anne)

Sykepleierne pleide å låse inne samtidige pasienter, og sørge for fysiske barrierer til den som utgjorde sikkerhetsrisiko. Dette var ikke uten utfordringer, da det gjerne ble vanskelig å ha kontroll på den farlige pasienten.

«både jeg og den andre pasienten hadde låst oss inne og fikk ringt politiet, men så plutselig var ... (pasienten) forsvunnet!» (Anne)

Sykepleiernes beskrivelser av hvordan det var å sørge for sikkerheten for pasientene på legevakta førte noen ganger til at farlige pasienter kom på frifot, til fare for utenomverdenen. Sykepleierne erfarte at samarbeidsparter ser legevakta som et naturlig sted for en pasient som er psykisk ustabil, i påvente av transport til annet tilbud. Dette kunne være svært problematisk, siden legevakter kan være små og ikke nødvendigvis ha noe eget oppholdsrom for denne typen pasienter. Sykepleiernes beskrivelser viser også at de ikke har noe faglig grunnlag for å kunne utføre denne typen oppdrag forsvarlig med de rammene som fins.

5.5 Beredskap for å beskytte barn i pasientens hjem

Flere av sykepleierne fortalte om møter med pasienten som kom til legevakta grunnet psykisk krise, der det på ulike måter kom frem at det også var barn i situasjonen. En sykepleier fortalte om et møte med en pasient som opplevde en psykisk krise hvor det kom frem at pasienten ikke var i stand til å ta vare på barna sine.

*«hvordan kan det være på hjemmebane der, sånn som med ei mor som har barn ...?»
(Andrea)*

Sykepleieren fortalte om hvordan pasientens barn kom i fokus for hennes bekymring. Imidlertid sa hun ikke noe konkret om dette førte til tiltak, som en bekymringsmelding til barnevernet. Analysen av disse beskrivelsene gir forskeren inntrykk av at dette kan ha vært en følge av møtet, utfra hvordan hun gjenfortalte samtalen med pasienten som omhandlet barna. Det at dette ikke ble eksplisitt uttalt tyder mot at det å melde bekymring til barnevern ikke er noe sykepleierne gjerne snakker om senere. På den annen side kan det være at det ikke ble foretatt noen handlinger rettet mot å hjelpe barna til denne pasienten, og at beskrivelsen av denne bekymringen tvert imot har preg av å ikke bli håndtert. En annen sykepleier sier

« ... selv om du synes aldri så synd på familien og alt rundt, så er det det som er problemet her og nå vi må ta... » (Silje)

5.6 Beredskap for å ivareta egen trygghet/sikkerhet

Hverdagen på legevakt innebærer mange møter med pasienter man ikke har noen bakgrunnskunnskap om. Sterke fortellinger, sterke inntrykk og fare for å bli rammet av vold går igjen i fortellingene.

I det første fokusgruppeintervjuet kom det frem at sykepleierne har et bevisst forhold til prosessen med å legge fra seg jobben her før man drar hjem. Det å bruke uniform ble beskrevet som verdifullt, det å ta av seg arbeidsuniformen og kaste den til vask var for noen av sykepleierne en måte å legge fra seg dagens hendelser.

«når jeg legger av meg den så legger jeg av meg jobben, legger av meg hendelsene» (Reidar)

Sykepleierne har sine ritualer for å ikke la dagens hendelser følge med i privatlivet. Likevel var det noen som fortalte om møter som påvirket hvordan de gikk inn i andre situasjoner utenfor jobb. En fortalte om hvordan kjennskap til detaljer ved en tidligere pasients selvmordsplan påvirket sykepleieren når hun er i området der selvmordet skulle utføres.

«jeg kaster et blikk opp i trappa for å se om hun er der» (Reidar)

Det kan se ut til at en viss nærhet til det man får høre av pasientene, kan øke faren for at elementer fra dagens hendelser følger sykepleieren videre utenfor jobb.

Sykepleierne beskriver hvordan noen pasienter kan bruke pressmidler for å få sykepleieren til å påta seg ansvar som ligger utenfor hva jobben gir rom for.

«... for du har jo sucidale som [...] -hvis ikke du gjør det, så gjør jeg det ... og føler jo kjempeskyld for hva dem kan finne på.» (Marte)

Det å tilby alt man har å tilby, og likevel avviser pasienten hjelpen de kan få beskrives av sykepleierne som unyttig bruk av tid. Flere av sykepleierne har metoder å håndtere press, kjeft og «umulige pasienter». Disse har preg av å ha en oppdragende hensikt, for å få pasienten til å henvende seg på en akseptabel måte. Det å gi pasienten ansvaret for sine handlinger overfor seg selv og relasjonen til helsepersonellet kan synes vanlig. Sykepleierne i den ene fokusgruppen viste hverandre bred anerkjennelse i forhold til å avvise ansvaret for å «redde pasienten».

«viktig å tenke på at dette får vi ikke gjort noe med» (Marte)

Det å ikke involvere seg i pasientens problemer beskrives som en hensiktsmessig måte å beskytte seg selv. Sykepleieren Henny forteller om en pasient som viste en underlig adferd før hun plutselig forsvant. Sykepleieren fortalte at da pasienten møtte på legevakta første gang var hun opptatt, og fikk ikke snakket med denne pasienten før senere. Telefoner, alarmer og pasienter som møter opp konkurrerer alle om sykepleierens oppmerksomhet går igjen i begge intervjuene. Det å prioritere noe fremfor noe annet synes å være en vesentlig del av legevaktens art, og møtet med pasienter i psykisk krise ser ut til å komme ned på listen over prioriteringer.

Egen fysisk sikkerhet er et tema sykepleierne er opptatt av. Beskrivelser av sykepleiernes beredskap for egen sikkerhet, gjenkjennelse av farlige situasjoner, utrygghet og behov for beskyttelse er undertemaer her.

Sykepleierne beskriver at etter noen års praksis er beredskapen til å oppdage fare preget av kroppslig kunnskap så vel som en kognitiv viten.

«jeg fikk en sånn innmari rar følelse, i hele deg ...» (Marte)

«... jeg kjente at hårene reiste seg og tenkte at her må jeg bare sitte ved døra» (Marte)

Sykepleierne beskriver detaljerte fortellinger om mottagelsen av pasienter som de visste lite om, og som viste seg å ha en voldelig adferd på legevakta. Sykepleieren Silje forteller hvordan hun har følt seg veldig liten og redd når hun har blitt stående alene med en ukjent og ruset pasient, gjerne om natten. Flere av sykepleierne beskriver at de har følt seg utsatt og i behov for beskyttelse når pasienten er blitt levert, og ambulansepersonell eller politi reiser videre. En beskriver hvordan en pasient ble levert av ambulansen uten personalia, og denne begynte å banke på veggene, og først senere da personalia fremkom, fant man at personen var registrert med sikkerhetsvarsel.

I flere av beskrivelsene av situasjoner med utagerende pasienter fortelles det om basketak mellom pasient og helsepersonell eller politi. Sterke formuleringer som «blodet sprutet» og at «hun skulle jo drepe meg» viser at sykepleierne opplever uvanlig sterke inntrykk i arbeidet på legevakta. Man kunne anta at sykepleierne ville ha negative oppfatninger av pasientene. Analysen viser en viss grad av avstandtagen til pasientene ved at de beskrives som «dem», og en sykepleier snakker om fordommer overfor pasienter som møter på legevakten med psykiske problemer og noen ganger også utagerende adferd.

«Jeg har hatt mange fordommer, og det er vanskelig å innrømme det» (Anne)

Samtidig viser beskrivelsene at sykepleierne ønsker å få kontakt med pasienten og kartlegge problemet sammen med pasienten. Det å møte pasienten som han er, og ta utgangspunkt derifra viser at sykepleierne har en vilje og et mot til å sette seg selv i usikre situasjoner.

Sykepleierne forteller at de mangler kunnskap og ferdigheter i hvordan forebygge og håndtere potensielt farlige situasjoner.

«... det er merkelig egentlig at vi som jobber på legevakt ikke får noe opplæring i selvforsvar, og det å møte personer som er i krise!» (Anne)

«...sånn som holdningen du møter folk med, og kroppsholdningene... det har SÅ stor betydning!» (Anne)

6.0 DISKUSJON

Hensikten med denne studien er å kartlegge og utforske sykepleieres erfaringer fra møte med pasienter som søker legevakt for psykisk krise. Det mest gjennomgående temaet i studien viste seg å være sykepleiernes erfaring av være i beredskap. Denne beredskapen ble funnet å ha 6 ulike formål, disse er beredskap for å møte rystende livshistorier, beredskap for å beskytte pasientens integritet, beredskap for å skjerme andre pasienter mot forstyrrende inntrykk, beredskap for å beskytte pasientens fysiske sikkerhet, beredskap for beskyttelse av barn i pasientens hjem, beredskap for å ivareta egen trygghet/sikkerhet.

I dette kapitlet vil resultatene bli belyst og diskutert i forhold til aktuelle lover og forskrifter, tidligere forskning og teori om mestring og recovery med formål å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. I lys av analysens tematiske funn beredskap, er Antonovsky (2012) teori om opplevelse av sammenheng som faktor for mestring valgt for å belyse de ulike formålene ved beredskap, mens valget om å ta med recovery i den teoretiske referanserammen oppsto ved at begrepet opptrer i tidligere forskning.

6.1 Usensurert møte

Denne studien viser at sykepleierne på legevakten er beredt til å ta imot pasienten «som han er» her og nå. Den krisepregede pasienten kan vise et bredt spekter av forskjellig adferd som sykepleieren er beredt til å håndtere. I følge Ekeberg (2015) er de vanligste psykiske problemene man møter på legevakt preget av krisereaksjoner. Informantene i denne studien beskrev pasienter som ofte har en kaotisk presentasjon av seg selv. Gråt og forstyrrende uttrykk, utagerende og utfordrende adferd i et miljø preget av mange stimuli, raske endringer og stor gjennomstrømning av mennesker er i litteraturen beskrevet som et element som legevaktsykepleieren ofte ikke rår over ressurser til å kontrollere (Marynowski-Traczyk & Broadbent 2011). Likevel kan man si at sykepleierne er i beredskap til å ta imot pasienten som han er, uavhengig av bakgrunn for de aktuelle psykiske problemene.

6.1.1 Triageringen

Fokusgruppeintervjuene viser at sykepleierne ofte står alene for mottagelsen av pasienter som henvender seg til legevakta for psykisk krise. Johansen et al (2012) viser at sykepleiere ved

legevakter i Norge tar imot, vurderer pasientens behov for helsehjelp og iverksetter tiltak (triagering) og at i 40% av alle henvendelser grunnet psykiske problemer eller rus blir håndtert av sykepleier alene. Fokusgruppeintervjuene viser at pasientene i stor grad er preget av kaos, det kan være at de viser uvanlig adferd, gråter eller er aggressiv i møtet med sykepleieren på legevakta. Sykepleierne forteller at det dermed kan være vanskelig å få tak i hva pasientens behov er, og de viser en bred tolkning av psykisk krise. Vold, overgrep, sosiale faktorer som tap av eller frykt for å miste nære personer, tap av funksjon grunnet psykisk eller somatisk sykdom kommer frem i sykepleiernes beskrivelser som årsaker til en psykisk krise. Det å spørre om bakgrunnen til uttrykk som for eksempel gråt ble diskutert som en god måte å få innblikk i pasientens behov for helsehjelp. Coristine et al (2006) fremhever betydningen for sykepleierne å ha et triagesystem for å raskt komme frem til riktig henvisning videre av henvendelser fra pasienter som presenterer psykiske problemer, mens Marynowski-Traczyk et al (2013) og Nicholls et al (2011) derimot argumenterer for at alle ansatte ved en medisinsk akutt enhet trenger kompetanse i å møte pasienter som har psykiske problemer. Antonovsky (2012) hevder at opplevelsen av begripelighet som forutsetter kunnskap, og meningsfullhet i form av motivasjon er i et samspill når det gjelder beslutningstaking, en kan dermed si at faktorer som bidrar til begripelighet og meningsfullhet i møtet med den kaotiske pasienten kan påvirke beredskapen i møtet med pasienten. Sykepleierne beskriver i denne sammenheng at de er beredt til å møte rystende fortellinger fra pasienter som henvender seg grunnet psykiske kriser, og at det å iverksette tiltak for å ivareta denne pasienten er meningsfullt. Tallene Johansen et al (2012) presenterer som viser at sykepleier alene håndterer 40% av henvendelsene til legevakter fra pasienter som søker helsehjelp grunnet psykiske problemer eller rus, gir inntrykk av at sykepleierne opplever dette som meningsfullt.

6.1.2 Sikkerhet

Sykepleierne fortalte også om pasienter som kommer til legevakta i svært kaotiske tilstand som medførte sterke inntrykk for andre pasienter og ansatte, til og med risiko for sikkerheten som også påpekt i litteraturen (Clarke et al 2014; Morken et al 2015). Slike erfaringer ble beskrevet at utfordret sykepleiernes beredskap for å beskytte samtidige pasienter for forstyrrende inntrykk, deres fysiske sikkerhet, personalets egen sikkerhet og den aktuelle pasientens sikkerhet og integritet. Særlig fremkom beskrivelser av mangel på begripelighet og håndterbarhet, hvilket også Antonovsky (2012) fremhever er viktig, ved situasjoner der personale fra andre nødetater presenterer pasienten med begrenset informasjon om pasientens situasjon. Flere beskrivelser fra sykepleierne av å føle seg i en utsatt situasjon og i behov for

bistand og beskyttelse kom frem i forbindelse med å ivaretagelsen av dissen pasientene. I følge Antonovsky (2012) kan slike enkelte og avgrensede situasjoner representere en overbelastning som gitt mulighet for tilbaketrekning og refleksjon etterpå, vil kunne stimulere opplevelsen av håndterbarhet ved senere liknende situasjoner positivt. Dette er i tråd med Ekeberg (2015) som fremhever at forberedelser og refleksjon i etterkant går hånd i hånd for å etablere og utvikle beredskap. Morken et al (2015) påpeker imidlertid at slik belastning er ganske vanlig ved legevakten, og argumenterer for fokus på kompetanse for å øke beredskapen i møtet med pasienter som kan utgjøre en sikkerhetsrisiko. Dette er således i tråd med Antonovskys (2012) begrep stressende livssituasjon som med sin mer varige karakter fordrer en positiv endring av mestringsressursene. Johnstone & Turale viser i tråd med dette at det å bli stående alene i krevende situasjoner er noe sykepleiere er bekymret for. Nicholls et al (2011) og Marynowski-Traczyk et al (2013) har således fokus på at den enkelte ansatte trenger tilgjengelig kompetanse for å kunne ha en hensiktsmessig beredskap, og med tanke på sykepleiernes beskrivelser av å stå alene kan man ane at også formelle strukturer ved disse situasjonene ikke støtter sykepleierens oppgave med å vurdere og prioritere pasientens situasjon slik at hensiktsmessige tiltak for å sikre pasienten kan iverksettes raskest mulig. Sykepleierne i denne studien etterlyser spesialisert kunnskap om å forebygge og håndtere situasjoner som kan utvikles seg til en sikkerhetsrisiko.

6.1.3 Samtalen.

Det å ta tak i pasientens situasjon her og nå, uten å forholde seg for mye til historien rundt ser ut til å være en holdning sykepleierne benytter for å hjelpe pasienten til å finne fokus i hva som er den aktuelle problemstillingen nå. Sykepleierne beskriver at de er beredt til å møte rystende fortellinger. I lys av recovery som handler om å ta utgangspunkt i hva den enkelte pasient er opptatt av her og nå (Borg og Topor 2003) kan det se ut til at sykepleierne i denne studien viser en uuttalt kunnskap om dette, basert på erfaring om at et slikt utgangspunkt er effektivt. Coristine et al (2006) påpeker således at effektivitet og rask pasientflyt er et av kjennetegnene ved medisinske akuttenheter. Marynowski -Traczyk et al (2013) argumenterer for å etablere kunnskap om recovery hos sykepleierne ved medisinske akuttenheter, for å bedre forståelsen og en mer effektiv ivaretagelse av denne pasienten. Flere av sykepleierne i studien beskriver metoder for å sensurere mengden temaer som blir presentert for å roe den kaotiske pasienten, ved å be pasienten fortelle om det aktuelle her og nå. Antonovsky (2012) fremhever at noe vil oppleves meningsfullt når også andre som deltar i arbeidsoppgavene gjør en god jobb, og at man opplever sosial støtte for det man gjør. Slik sett er det av vesentlig

betydning for opplevelsen av meningsfullhet at sykepleierne i studien viser hverandre anerkjennelse for metodene de benytter i møtet med den krisepregede og kaotiske pasienten, ettersom dette er en side ved arbeidet som de ikke har formelle spesialiserte kunnskaper om.

Sykepleierne i denne studien beskrev erfaringer av krevende møter med pasienter. De beskriver erfaringer med å ta imot henvendelser fra pasienter som avviser de tiltakene sykepleieren vil iverksette, eller bruker press, kjeft eller trusler setter sykepleieren under stress. Misforhold mellom pasientens forventninger og tilgjengelige ressurser er tidligere påpekt av Morken et al (2015) som en utfordring for personale ved legevakta.

I slike situasjoner fortalte sykepleierne om responser som gikk på å gi pasienten ansvaret for sine handlinger ved å veilede eller forsøke å oppdra pasienten til å innta en akseptabel henvendelsesmåte. Dette kan gi inntrykk av forståelse av recovery som søker å bemyndige pasienten som medvirkende part i et samarbeid. Disse situasjonene representerer også stressende livsbegivenheter som hos Antonovsky (2012) er avgrensede begivenheter som man ikke umiddelbart har noen uttalt faglig begrunnet respons på. Mestring forutsetter at man har et klart bilde av situasjonen hvor en viss grad av begripelighet, håndtering og meningsfullhet kan oppnås. For sykepleieren som møter en pasient som viser uforståelig adferd kan det være utfordrende å få et klart bilde av hva situasjonen er og hvordan den kan håndteres, og negative holdninger oppstår som påpekt av Clarke et al (2014) og MacNeela et al (2012). Sykepleierne var således opptatt av å fokusere på det som er aktuelt for pasienten her og nå og ikke involvere seg i pasientens problemer. Analysen av fokusgruppeintervjuene viser også at sykepleierne er kjent med å ha fordommer, og at disse kan være vanskelig å identifisere av sykepleierne selv.

Noen av sykepleierne fortalte også om at det ofte kunne være problematisk å komme til sakens kjerne. Således kan man si at pasienten er sykepleiernes ressurs hvor de innhenter den informasjonen de trenger for å iverksette et hensiktsmessig tiltak slik Antonovsky (2012) fremhever for begripelighet og håndterbarhet. Sett i lys av det Nicholls et al (2011) argumenterer for ved betydningen av hverdagsoverføring av kompetanse mellom fagpersoner innad i enheten, kan man tenke seg at blant annet videreutdanning innen psykisk helse hos noen av legevaktsykepleierne kan tilføre kunnskaper som alle sykepleierne kan ha nytte av også i den første samtalen. Marynowsky – Traczyk & Broadbent (2011) argumenterer i tråd med dette synet for økt kompetanse i psykisk helse, og da særlig i forståelse av recovery som utgangspunkt for sykepleiernes fokus i samtalen. Noen av sykepleierne samtalte i

fokusgruppeintervjuet om erfaringene med å spørre pasienten om grunnen til uttrykk som gråt. Det å kommunisere om gråten med pasienten om hva den er uttrykk for her og nå, ble beskrevet som vanskelig av noen og som viktig og betydningsfullt av andre. Her ser man at sykepleierne er beredt til å utforske pasientens konkrete behov for hjelp ved å ta utgangspunkt i pasientens uttrykk som argumentert for ved Borg og Topor (2003).

6.2 Det fysiske miljø som ressurs

Sykepleiere som opplever at arbeidsplassen er innrettet med tilstrekkelige ressurser tilgjengelig for å løse arbeidsoppgavene på en god måte vil erfare arbeidshverdagen med en positiv opplevelse av sammenheng (OAS). Det fysiske miljøet på en medisinsk akutt enhet, som legevakta, vil være utstyr og tilrettelagte rom til rådighet, noe som det ofte mangler med tanke på å ivareta de helsemessige behovene til pasienter som henvender seg grunnet psykiske problemer, ifølge Marynowski-Traczyk & Broadbent (2011). Sykepleierne er bevisst ressursene i det fysiske miljøet for å ivareta pasientenes integritet, samt skjerme mot inntrykk og ivaretagelse av sikkerhet for seg og pasientene.

6.2.1 Et skjermet rom

Sykepleierne påpekte at de fysiske forholdene på legevakten ikke er tilpasset personlige samtaler med pasienter, og at det er problematisk å ivareta taushetsplikten når det foregår mange ting samtidig på et begrenset areal. Pasienten både ser og hører og blir sett og hørt av andre som er på legevakten. Sykepleierne forteller om pasienter som hyler og viser uvanlig og forstyrrende adferd den tiden de oppholder seg på legevakta. Dessuten fortelles det om hyppige avbrytelser av vanskelige samtaler.

Sykepleierne viser beredskap for pasientenes integritet og sikkerhet når de beskriver hvordan de vil prioritere de fysiske forholdene de har til rådighet. Sykepleierne forteller at det å få muligheten til å gjøre forberedelser av de fysiske rommene i forhold til sikkerhet og innsyn, særlig for en svært preget pasient som må følges av ambulansepersonell eller politi, er viktig for å kunne tilrettelegge for et best mulig møte med den aktuelle pasient, men også møte behovene til andre samtidige pasienter på legevakten. Erfaringer der pasienter har vist skremmende adferd i påsyn av andre pasienter fremkommer som beredskap både for å

beskytte den aktuelle pasientens integritet med tanke på innsyn, og beredskap for å beskytte samtidige pasienter mot sterke inntrykk.

Marynowski Traczyk & Broadbent (2011) påpeker således at de typiske fysiske forhold ved medisinske akuttenheter er et vesentlig hinder for god omsorg til pasienter med psykiske plager. Clarke et al (2014) hevder til og med at sykepleiernes erfaringer med å være lite forberedt for å håndtere henvendelser fra pasienter som presenterer psykiske problemer, påvirker holdningene til å yte hjelp. Coristine et al (2006) argumenterer for å henvise pasienten videre til et tilknyttet psykisk helse-team vil være effektivt, noe Nicholls et al (2011) derimot problematiserer med tanke på at man dermed forflytter ansvaret for ivaretagelsen av disse pasientene, og samtidig den formelle segregeringen dette representerer for psykiske problemer og lidelser. Det kan synes meningsløst at helsetjenester med spesialister og egnede rom kun er tilgjengelig begrensede tider, når akuttenheten ikke er utstyrt med ressurser til å håndtere oppgavene resten av tiden, som Marynowski-Traczyk & Broadbent (2011) hevder.

Antonovsky (2012) hevder at jo mer definerbare arbeidsoppgavene er, desto mer positiv opplevelse av håndterbarhet, og at en redefinering av oppgavene vil forflytte tyngden av stress knyttet til dette arbeidsfeltet fra stressende livssituasjon til stressende livsbegivenhet. En formell segregering av psykiske helseproblemer ut av den legevaktens ansvarsområde ved å etablere særskilte psykisk helse-team kan være positivt for opplevelsen av håndterbarhet. Imidlertid viser Johansen et al (2010) at pasientene henvender seg med mer akutt behov for hjelp om natten når psykisk helseteam og andre ikke er tilgjengelige, samtidig som Samhandlingsreformen (Helsedirektoratet 2010) pålegger kommunene å ivareta øyeblikkelig hjelp og etablere egnede rom for pasienter ved psykisk krise som ikke trenger umiddelbar bistand av spesialisthelsetjenesten. Noen steder har allerede etablert slike plasser ved legevakta. Slik sett kan man si seg enig i Nicholls et al (2011) som hevder at modellen Coristine et al (2006) argumenterer for, kan være hensiktsmessig i byer det er et stort pasientgrunnlag, og slik vi forstår Antonovsky (2012) dermed støtter opplevelsen av sammenheng (OAS), mens organisering av ressursene som beskrevet av Nicholls et al (2011) og Marynowski -Traczyk & Broadbent (2011) trolig støtter utviklingen av en positiv OAS i medisinske akuttenheter med et mindre pasientgrunnlag.

6.2.2 Stengte dører.

Forskrifter, lover og tidligere forskning (Marynowski -Traczyk et al 2013) fremhever at alle pasienter skal møtes med et perspektiv som kan fremme psykisk helse, noe som gjenspeiles i Akuttmedisinforskriften «..., blant annet akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse» (Helse- og omsorgsdepartementet 2015 § 3a). Samtidig møter vi i tidligere forskning (Marynowski -Traczyk et al 2013; Morken et al 2015) og i sykepleiernes fortellinger om møter med pasienter som presenterer kaotisk og aggressiv adferd, enten som følge av krisereaksjoner, rus eller psykotiske symptomer (Clarke et al 2014; Ekeberg 2015; Nicholls et al 2011). Hvordan man skal håndtere disse to faktorene samtidig er ikke uten videre enkelt.

Det å låse pasienter inne for å lage fysiske barrierer mellom samtidige pasienter på legevakta fremkommer med flere beskrivelser fra sykepleiernes erfaringer. Beredskap for å beskytte den fysiske sikkerheten for alle pasienter på legevakta og personalet i møte med kaotiske pasienter fremkommer som en viktig beredskap i fokusgruppeintervjuene. Antonovsky (2012) fremhever betydningen av å få beslutningsrom for sider ved jobben som er betydningsfulle, og at mestring best kan oppnås når man er forberedt. Sykepleierne viser her at de er beredt til å iverksette tiltak for å sikre pasientenes fysiske sikkerhet utfra de faktiske fysiske forhold, og viser at de har et beslutningsrom for å gjøre dette utfra de tilgjengelige ressurser som finnes. Imidlertid forteller de at det å låse dører fortrinnsvis er for å stenge inne rolige pasienter, mens pasienter som viser aggressiv eller voldelig adferd låses ute og dermed er på frifot.

Clarke et al (2014) hevder at sykepleiere viser negative holdninger i forhold til pasienter som viser uforutsigbar og uforståelig adferd som kan utgjøre sikkerhetsrisiko, noe som tyder på at dette er forhold som representerer lav OAS. Analysen av fokusgruppeintervjuene viser at det særlig er uanmeldte henvendelser, særlig der pasienten ikke henvender seg selv men bringes til legevakt av ambulansepersonell eller politi, bidrar til å farge sykepleierens erfaring av møtet med pasienten negativt, noe som trolig kan relateres til alvorlighetsgrad ved pasientens situasjon. Mestringsressursene er ikke tilstrekkelige for mestring av stressituasjoner som dette, noe som kan henge sammen med uegnet fysisk miljø. Tradisjonell fysisk utforming av medisinske akuttenheter er lite egnet for å kunne gi god omsorg for en del av pasientene med psykiske problemer (Marynowski Traczyk & Broadbent 2011), og sykepleiernes beskrivelser viser at i en del situasjoner prioriterer de helse og sikkerhet for de andre pasientene mens

pasienten som kommer til legevakta med psykiske problemer kommer lenger ned på listen over sykepleiernes prioriteringer. Man kan med andre ord si det er ikke tilgjengelig ressurser i form av fysiske rom for at det å prioritere pasienten som opptrer kaotisk, aggressivt og uforutsigbart kan være håndterbart (Antonovsky 2012). Beskrivelsene som fremkom i fokusgruppeintervjuene viser at sykepleierne er bekymret over å stå alene i utrygge situasjoner, og det kan se ut til at distanse mellom sykepleier og pasient fremmer sykepleierens OAS, mens nærhet sammen med utilstrekkelige ressurser for trygg håndtering av pasientens henvendelse gir lav OAS. I lys av en recovery- modell vil pasienten som opptrer aggressivt og uforutsigbart kunne roes ned ved å møte et åpent fysisk miljø istedenfor låste dører, få snakke med noen, og få støtte for håpet om at de psykiske plagene vil bli bedre. Marynowski-Traczyk et al (2013) argumenterer således for at opplæring av sykepleierne i recovery, er noe man kan anta at vil påvirke opplevelsen av begripelighet og meningsfullhet slik Antonovsky (2012) beskriver det.

6.3 Tid som mestringsressurs

I denne studiens data fortelles det om telefoner, alarmer og tilstrømming av pasienter som konkurrerer om sykepleierens tid, noe som i litteraturen karakteriseres som noen av kjennetegnene ved en medisinsk akutt enhet (Marynowski -Traczyk & Broadbent 2011).

Flere av sykepleierne erfarte det håndterbart å ta seg tid til å lytte til pasienten som henvender seg grunnet psykiske problemer og kriser. Det å kunne bruke litt tid og vise interesse i pasientens bekymring, og å kunne skape en forandring som hjelper pasienten, beskriver sykepleierne som svært meningsfullt. Analysen tyder samtidig på at samtaler med pasienter som henvender seg grunnet psykiske kriser ser ut til å komme et stykke ned på prioriteringslisten ved triagering, som Clarke et al (2014) påpeker, sykepleierne erfarer sympati og medfølelse men den første reaksjonen er en bedømmelse av pasientens genuine behov for deres hjelp. Marynowski -Traczyk et al (2013) hevder at sykepleierne kan ha en tendens til ikke å anse pasienter som henvender seg grunnet psykiske kriser som deres arbeidsfelt.

Marynowski-Traczyk & Broadbent (2011) viser at sykepleierne erfarer at de ikke har rådighet nødvendig kunnskap og ressurser for å kunne gi denne gruppen pasienter det de trenger

innenfor akutenhetenes støyende og travle atmosfære, og at dette resulterer i manglende håp for pasienter med psykiske plager.

Sykepleierne forteller også om erfaringer av utilstrekkelighet, når ingen av ressursene man har tilgjengelig kan hjelpe pasienten. Det å ha tilgang på mer spesialiserte ressurser som ambulant psykisk helseteam ble i den ene gruppen nevnt som verdifullt for å kunne håndtere situasjoner der pasienten trenger å følges opp utenfor legevakten. Coristine et al (2006) hevder at samarbeid med spesialiserte fagpersoner i et psykisk helseteam både bidro med å øke kunnskapen om psykiske problemer hos sykepleierne og påvirket sykepleierens erfaringer positivt i møte med denne pasientgruppen. I lys av Samhandlingsreformen (Helsedirektoratet 2010) og Akuttmedisinforordningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2015) ser man at legevakten som lokalsamfunnets døgnåpne beredskapsenhet for helserelaterte problemstillinger, vil kunne møte økning i henvendelser med bakgrunn i akutte psykiske problemer som stiller økt krav til sykepleiernes tilgjengelige ressurser som tid.

6.3.1 Betydningen av håp.

Noen av sykepleierne diskuterte også betydningen av håp når pasienten henvender seg til legevakta. De påpekte at pasienten får et møte med helsepersonell som ikke kjenner historien og livssituasjonen fra før, og at henvendelsen dermed kan representere et håp om å bli møtt med nye perspektiv. I en recovery-modell (Borg & Topor 2003) kan man si at denne erkjennelsen anerkjenner pasientens makt over eget liv ved at man er åpen for hva pasienten har på hjertet, selv om ikke hjelpebehovet er omfattende eller livstruende. Det at sykepleieren er beredt til å høre på hva pasienten presenterer av livssituasjoner og problemer, og samtidig beredt til å beskytte pasientens integritet kan ansees som vesentlig her. Dette synet støttes av Marynowski-Traczyk et al (2013) som påpeker kunnskap om recovery som hensiktsmessig i møtet med pasienten, med tanke på at bedringsprosessen betraktes som en reise der symptomer og plager vil ha ulik i betydning for pasienten underveis i bedringsprosessen. Flere av sykepleierne fortalte om erfaringer med å ha prioritert å sette seg ned med pasienten, lytte og ta en prat, og at pasientene ofte kunne bli roligere av dette og i stand til å reise hjem uten videre tiltak. Dette erfarer sykepleierne som meningsfullt og bygger samtidig opp opplevelsen av begripelighet og håndterbarhet (Antonovsky 2012). Coristine et al (2007) derimot påpeker effektiviteten ved å implementere et særskilt triage-system med tilhørende team av psykisk helsearbeidere i akutenheten visse tider av døgnet. Dette kan imidlertid medføre en underbelastning av sykepleieren i møte med pasienter som henvender seg grunnet psykiske problemer. Sykepleierne vil i et slikt system blant annet få færre erfaringer som kan

bidra til utviklingen av håp om bedring på vegne av pasientene (Antonovsky 2012; Borg & Topor 2003), samt at færre positive erfaringer kan føre til utviklingen av stereotypier og stigmatisering (Clarke et al 2014); MacNeela et al 2012). Sykepleiernes beskrivelser av erfaringene de har fra møter med pasienter med psykiske problemer, viser at erfaringene bygger opp om OAS, og at dette er noe sykepleierne har et faglig grunnlag for å kunne mestre. I henhold til Antonovsky (2012) kan begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet i møtet med pasienten som henvender seg grunnet psykisk krise kunne utvikles positivt ved å gi den enkelte sykepleier ytterligere ressurser ved økt kompetanse i å møte og samtale med pasienten, som Nicholls et al (2011), Marynowski-Traczyk et al (2013) og Morken et al (2015) foreslår.

Sykepleierne beskrev erfaringer i møte med pasienter som var ambivalente til å ta imot hjelp. Det å true med å sende politiet etter pasienten ble erfart effektivt for å vise pasienten at det fortsatt er håp for pasienten, og at makten over eget liv var til diskusjon, noe som i en recovery-modell kan sies å representere en utfordring til pasienten om å vise at han kan ta ansvaret for seg selv og sitt eget liv. Det å forhindre skade på liv og helse ser på denne måten ut til å ha en høy OAS, det er begripelig at dette er en reell fare, og håndterbart ved at man har til rådighet politi i slike tilfeller. Sykepleierne mente at ved å være sykepleier bør man gjøre hva man kan for å forhindre et selvmord, og dette gir begripelighet, håndterbarhet og mening til å bruke alle tilgjengelige ressurser.

Fokus på pasientens bedringsprosess i møte med pasienter som har psykiske problemer men henvender seg grunnet somatiske behov, som for eksempel ved selvskading eller andre somatiske symptomer, kan utfordre sykepleierens beredskap for å ivareta pasientens integritet. Det å bistå ved behandling som strider imot sykepleiernes syn på pasienten, vil kunne bidra til håpløshet på vegne av pasienten. Borg og Topor (2003) fremhever betydningen av at sykepleieren kan formidle håp om bedring til pasienten. Antonovsky (2012) skriver at innflytelse på viktige beslutningsområder har betydning for opplevelsen av motivasjon og mening, noe som i slike tilfeller der sykepleieren føler seg maktesløs vil påvirke mestring negativt. En sykepleier fortalte hvordan hun opplevde at hun og legen tolket pasientens uttrykksmåte ulikt og protesterte på behandlingen. Hun overtok pasienten og ved å fokusere på hva som var pasientens bekymring, løste problemene seg ved å si noen beroligende ord som gav pasienten nytt håp om bedring, det endret situasjonen fra at pasienten var i en kaotisk tilstand av uforståelige adferd til å etter hvert reise hjem fra legevakta i en mer samlet tilstand.

6.3.2 Avbrytelser

Sykepleierne ser ut til å finne samtalen med pasienten meningsfullt, til tross for at rollen til sykepleieren på legevakten i lys av ressurser som tid og egnet rom ikke bidrar til begripelighet eller håndterbarhet slik Antonovsky (2012) hevder er viktig for opplevelse av sammenheng og mestring. Tid til å kunne lytte til det pasienten forteller fremkom i datamaterialet med flere perspektiver. I begge fokusgruppeintervjuene fremkom det at samtaler måtte avbrytes på grunn av andre hendelser. Å bryte en samtale med en pasient som fortalte om vanskelige og kanskje rystende hendelser erfarte sykepleierne lite respektfullt overfor pasienten, det ble et dilemma med hensyn til prioritering av oppgavene. Utilstrekkelig tid til en samtale ble erfart som et hinder, og det å avverge en utilfredsstillende samtale fremkom som en faktor ved sykepleiernes beredskap for å beskytte pasientens integritet. På den annen side kan man se at sykepleierne er beredt til å sitte ned og ta seg tid til å høre på det pasienten har på hjertet. Det fremkommer at dette er et enkelt tiltak med god effekt for pasienten. Disse sykepleiernes erfaringer her tilbakeviser Marynowski -Traczyk et al (2013) sin bekymring vedrørende sykepleiernes tendens til å ikke anse dette som innenfor deres arbeidsfelt. Sykepleierne sier at erfaringen av at en samtale med pasienten kan være godt nok, gir en god følelse, og gir erfaringer av håndterbarhet og meningsfullhet jamfør Antonovsky (2012). Tilgjengelige personer med ekstra kompetanse i psykisk helse som Nicholls et al (2011) argumenterer for at vil ha en positiv påvirkning på hver enkelt av sykepleierne ved hverdagsoverføring av kompetanse kan synes som en nyttig ressurs i henhold til disse sykepleiernes beskrivelser.

6.3.3 Tid som ressurs med tanke på kartlegging av pasientens familiesituasjon

Prioritering av ressursen tid til samtaler med pasienter i psykisk krise kan påvirke hvorvidt sykepleieren får kjennskap vesentlige til faktorer utenfor det pasienten først og fremst er kommet for. Det å ta imot pasientens fortellinger om sitt liv og bekymring kunne være bety å få kjennskap til rystende og uforståelige situasjoner. Det å ha nok tid til å få et riktig bilde av livssituasjonen til pasienten kan være nødvendig for at barn som lever under omsorgssvikt kommer under sykepleierens bekymring som det fremkommer i beskrivelsen til en av sykepleierne. Antonovsky (2012) fremhever tydelighet med tanke på hvilket ansvar som til ligger til rollen som sykepleier, som viktig for OAS. Sykepleieren er således forpliktet til å melde sin bekymring til barnevernet slik at undersøkelser kan foretas i henhold til Barnevernloven §6-4 (Barnevernloven 1993). Antonovsky (2012) fremhever videre betydningen av å ha mulighet til å skaffe seg nok informasjon om en sak, slik at bildet

fremstår begripelig for å kunne håndtere en oppgav eller et pålegg som beredskapen for å beskytte barn som er i risiko er.

6.3.4 Tid som ressurs for refleksjon.

Sykepleierne beskrev erfaringer de hadde med metoder for å «legge av seg» jobben når de drar hjem etter vakt. Noen sykepleiere beskrev erfaringer som de tenkte på lenge etter hendelsen. Det å bruke uniform som sykepleier ble beskrevet som en synliggjøring av forskjellen på rollen på jobb og privatpersonen, og det å ta av seg uniformen og legge den fra seg til vask hadde en rituell funksjon for å tre ut av sykepleierrollen. Sykepleierne viste også anerkjennelse overfor hverandre med hensyn til å distansere seg fra pasienten, men det kan synes som om systematisert refleksjon over praksis ikke er prioritert. Antonovsky (2012) og Ekeberg (2015) påpeker at positiv utvikling av mestringsopplevelse forutsetter mulighet til tilbaketrekking og refleksjon. Etablering av beredskap som forberedthet for raske beslutninger, som man ser som typisk ved miljøet ved legevakt, kan tilføres faglig utvikling i tråd med Nicholls et al (2011) sine forslag, eller ved å øke kunnskapen om det Marynowski - Traczyk et al (2013) betegner som moderne forståelse av psykisk helse som representert ved recovery.

Nærhet til pasienten utenfor jobben, ved multiple roller som angår andre sider av sykepleierens liv, er et eksempel på faktorer som ser ut til å forsterke inntrykk fra hendelser på jobb. Sykepleiernes beskrivelser av erfaringer av møte med pasienter som søker legevakt grunnet psykisk krise, som har fulgt sykepleierne i tankene en tid etter hendelsen viser dette. Antonovsky (2012) hevder at avklarte og tydelige roller fremmer begripelighet og håndterbarhet, og man kan anta at refleksjoner etter hendelser i jobbsammenheng kan fremme utvikling av beredskapen i møtet med pasienten som søker hjelp ved psykisk krise, også ved mer komplekse erfaringer ved flere og influerende roller. Ekeberg (2015) og Nicholls et al (2011) fremmer i sine argumentasjoner betydningen av å sette av tid sammen med fagpersoner eller kolleger for drøfting og refleksjon/debrifing i arbeidshverdagen, for å fremme mestring av en fremtidig lignende situasjon. Tid til refleksjon over beredskap som uttrykkes gjennom kroppslig kunnskap som er en del av sykepleierens erfaringskompetanse kan bidra til å anerkjenne å verdsette også denne.

I dette kapitlet har vi sett på sykepleiernes erfaring av å være i beredskap i forhold til Antonovskys (2012) teori om mestring som begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet

for opplevelse av sammenheng. Sykepleiernes erfaringer beskriver en krisepreget pasient i det første møtet hvor triageringen foregår, og videre påvirkningen av de fysiske forhold og tilstrekkelig tid for iverksettelsen av tiltak for pasienten. De seks (6) identifiserte underkategoriene av beredskap er videre belyst i forhold til psykisk helsearbeid. Diskusjonen har hatt som mål å få frem typiske sider ved psykisk helsearbeid ved legevakta, og hvordan sykepleierens beredskap er påvirket av faktorer for mestring ved opplevelsen av sammenheng.

7.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne studien var å kartlegge og utforske sykepleieres erfaringer fra møte med pasienter som søker legevakt for psykisk krise. Problemstillingen ble derfor: Hvilke erfaringer beskriver sykepleiere som jobber på legevakta fra møte med pasienter som søker hjelp ved en psykisk krise?

Fokusgruppeintervjuene med sykepleierne viste ett sentralt gjennomgående tema i deres erfaringer – beredskap. Opplevelse av mestring er vesentlig for sykepleierens beredskap i møte med pasienter som søker legevakt for psykisk krise. Faktorer som påvirker mestring er egnede fysiske forhold, tilstrekkelig tid, og forståelse for at mennesker kan havne i psykiske kriser.

Sykepleiernes beskriver sine erfaringer fra møte med pasienter som søker legevakt for psykisk krise med en viss forståelse for psykiske problemer som noe mer enn uttrykk for symptomer og patologi. Det kan se ut til at forståelsen av psykisk helsearbeid har hatt en påvirkning på disse sykepleierne som følge av de senere års offentlige reformer og forskrifter. Fagfeltet psykisk helsearbeid er med andre ord i utvikling innen legevakt, og situasjonen for fagfeltet blir i denne studien vist i flere nyanser enn man hittil har kunnet fått inntrykk av fra tidligere forskning.

7.1 Implikasjoner for fagfeltet og klinisk helsearbeid.

Hensikten med denne studien er å kartlegge og utforske sykepleieres erfaringer fra møte med pasienter som søker legevakt for psykisk krise. Studiens resultat viser at fagkretsen psykisk helsearbeid har et potensiale for videre utvikling for sykepleiernes kliniske praksis ved legevakter, hvor fokus på fysiske rammer, tilgjengelig tid og forståelse for hva psykisk helsearbeid kan være i møtet med pasienter som henvender seg til legevakta. Studiens hensikt er utformet med tanke på at denne kunnskapen kan bidra til kunnskapsgrunnlaget for videre utvikling av psykisk helsearbeid ved legevakter, og resultatet viser at det er behov for å utforske dette temaet videre. Samtidig kan man tenke seg at denne studien alene kan bidra til videre refleksjoner for sykepleierne i klinisk helsearbeid ved legevakter, og bidra til en positiv utvikling av det psykiske helsearbeidet ved legevakt.

8.0 LITTERATURLISTE

- Aadland, E. (2004). «og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori for helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Agar-Jacomb K. & Read J.(2009): Mental health crisis services: What do service users need when in crisis?; *Journal of Mental Health*, April 2009; 18(2): 99–110
- Andersen, A.J.W (red.)(2008) Leder. Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* vol 5(2) 98-103. Universitetsforlaget. Hentet fra: http://ezproxy.hibu.no:2149/ts/tph/2008/02/vi_berer_psykisk_helsearbeid_videre
- Antonovsky, A., (2012): *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Barnevernloven (1993, sist endret 01.01.2016) *Lov om barnevernstjenester*. Hentet 07 april 2016 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Borg, M. & Topor, A. (2003): *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Clarke D., Usick R., Sanderson A., Giles-Smith L. & Baker J. (2014): Emergency staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis. *International Journal of Mental Health Nursing* 2014, 23 273-284. DOI: 10.1111/inm.12040
- Coristine R. W., Hartford K., Vingilis E. & White D. (2007): Mental health triage in the ER: a qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 13 (2) 303-309.DOI: 10.1111/j.1365-2753.2006.00759.x
- De Caprona, Y. (2013). *Norsk etymologisk ordbok. Tematisk ordnet*. Oslo: Kagge Forlag AS
- Den Norske legeforening 2009: *Norsk Medisinsk Indeks*. Stavanger: Laerdal Medical A/S

Ekeberg, Ø. (2014), Akutt psykiatri. I Haugen, J. E. (red.). *Akuttmedisinsk sykepleie – utenfor sykehus* (s. 225-242). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Folkehelseloven (2011): *Lov om folkehelsearbeid av 8.april 2011*. Hentet 11.desember 2013 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-l-20102011.html?id=638503>

Graneheim U. H., Lundman B.: Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness; *Nurse Education Today* 2004, 105-112.

Haugen, J. E. (red.)(2014). *Akuttmedisinsk sykepleie – utenfor sykehus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helsedirektoratet (2010): Samhandlingsreformen. St.meld 47 (2008-2009) Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015): Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften) av 20. mars 2015. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

Helsedirektoratet (2011): Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, katastrofer og ulykker. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1810).

Helsedirektoratet (2014): Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Oslo: Helsedirektoratet (IS- 2076).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24 juni 2011 nr 30. Hentet 10.mars 2014 fra: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_5

Helse- og omsorgsdepartementet (2011): Nasjonal Helse og omsorgsplan. Meld.st 16 (2011-2015). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 11. april 2016 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/?q=&ch=5>

Helsepersonellloven (2001) *Lov om helsepersonell av 01.01.2001*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Johansen, I. H., Carlsen B., Hunskaar S. (2011). Psychiatry out-of-hours: a focus group study of GP's experiences in Norwegian casualty clinics. *BMC Health Services Research*, 11 (1), 1. DOI: 10.1186/1472-6963-11-132

Johansen, I.H., Morken, T., Hunskaar, S. (2010). Contacts related to mental illness and substance abuse in primary health care: A cross-sectional study comparing patients' use of daytime versus out-of-hours primary care in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2010, 28: 160-165. DOI: 10.3109/02813432.2010.493310

Johansen, I.H., Morken, T., Hunskaar, S., (2012, 20.april): How Norwegian casualty clinics handle contacts related to mental illness: A prospective observational study. *International Journal of Mental Health Systems* 2012, 6:3

Johnstone, M.-J. & Turale, S. (2014): Nurses' experiences of ethical preparedness for public health emergencies and healthcare disasters: A systematic review of qualitative evidence. *Nursing and Health Sciences* (2014), 16, 67–77. DOI: 10.1111/nhs.12130

Lindseth, A., Norberg, A.: A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience; *Scandinavian Journal of Caring Science* 2004; 18, 145-153.

MacNeela, P., Scott, A., Treacy, M., Hyde, A. & O'Mahony, R. (2012). A risk to himself: Attitudes toward psychiatric patients and choice of psychosocial strategies among nurses in medical-surgical units. *Research in nursing & health*. 2012, 35, 200-213. DOI: 10.1002/nur.21466

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

Marynowski-Traczyk D., Broadbent M. (2011). What are the experiences of Emergency Department nurses in caring for clients with a mental illness in the Emergency Department? *Australian Emergency Nursing Journal* 2011; 14, 172-179.
DOI: 10.1016/j.aenj.2011.05.003

Marynowski-Traczyk D., Moxham L., Broadbent M. (2013). A critical discussion of the concept of recovery for mental health consumers in the Emergency Department. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2013; 16(3): 96-102.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2013.05.002>

Morken T., Johansen I. H., Alsaker K.(2015). Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Family Practice*, 2015: 16:51.
DOI: 10.1186/s12875-015-0276-z

Nicholls D., Gaynor N., Shafiei T., Bosanac P., & Farell G. (2011). Mental health nursing in emergency departments: the role of a nurse practitioner role. *Journal of Clinical nursing*, 20, 530-536. DOI: 10.1111/j.1365.2702.2010.03504.x

Schibbye, A. L. (2009): *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skolbekken, J., Songe-Møller, V., Ruyter, K., Indrebø Hovland, B. (2010) Kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra: etikkom.no

Try E., Morken T., Hunskaar S. (2008): Henvendelser til Livskrisehjelpen 2006. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, Unifob helse. Bergen. Hentet fra: <https://bora.uib.no/handle/1956/5915>

WHO (2016). Mental health: strengthening our response. Hentet 15. april 2016 fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/#>

WHO (2014). Health promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet 15. januar 2014 fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.htm>

Vedlegg 1. Forespørsel om rekruttering fra Lykkeby Interkommunale legevakt.

Psykisk helsearbeid på Legevakt

– sykepleierens erfaring fra møte med pasienten i psykisk krise

Forespørsel til leder av Lykkeby Interkommunale legevakt om rekruttering av informanter.

I forbindelse med studien «Psykisk helsearbeid på legevakt – sykepleierens erfaring fra møte med pasienten i psykisk krise» ber vi om å få rekruttere informanter. Informantene er sykepleiere som er fast ansatt på legevakten og som ønsker å bidra med sine erfaringer fra møte med pasienter som har tatt kontakt med legevakten ved en psykisk krise.

Det er Høyskolen i Buskerud og Vestfold som står bak denne studien.

Bakgrunnen for studien:

Psykiske lidelser har vært forbundet med stigmatisering i vårt samfunn. Studier viser at sykepleiere i akuttenheter i møte med pasienter i psykisk krise kan mangle kunnskap, ferdigheter og trygghet (Nicholls et al 2011; Marynowski- Traczyk, Moxham & Broadbent 2015). I den senere tid har det vært fokus på utvikling av systemer for å møte disse pasientens behov bedre, og det kan synes som om det kan endre sykepleiernes beskrivelser av møtet med pasienten i psykisk krise (Coristine, Hartford, Vingilis & White 2006; Nicholls et al 2011).

Det virker med andre ord som at det er behov for ny kunnskap om sykepleiernes erfaringer fra møtet med pasienten som oppsøker legevakt for psykisk krise. Denne studien søker å kartlegge og beskrive sykepleiernes erfaringer fra møtet med pasienter som søker legevakt for psykisk krise.

Resultatene fra studien vil bli publisert i helsefaglig tidsskrift. Dataene som fremkommer i studien vil være anonymisert og kan ikke spores tilbake til den enkelte legevakt.

Hva innebærer dette for din legevakt:

Innsamlingen av erfaringene vil foregå ved fokusgruppeintervju der 3-4 sykepleiere sitter sammen og snakker sammen om sine erfaringer. Forskeren vil innimellom spørre utdypende spørsmål, men det er de spontane beskrivelsene som sykepleierne kan bringe frem som vil være i fokus. Det vil bli tatt lydopptak av fokusgruppeintervjuet. Det vil ikke bli gjort noen elektronisk nedtegning av identiteten til de som deltar. Det vil derfor ikke være mulig å spore utsagn tilbake til den enkelte deltaker.

Håper dere ønsker å bidra, som legevakt er dere med på å gi ny kunnskap inn i fagfeltet psykisk helsearbeid. Som takk for bidraget kan det bli aktuelt med et fremlegg hos dere, der resultatene fra studien blir presentert.

Med vennlig hilsen

Stina Øresland.

PhD. Prosjektleder

Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Veronica Rusaanes

Forsker/masterstudent

Vedlegg 2 Informasjonsskriv og samtykke.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Psykisk helsearbeid på legevakt.

Sykepleiernes møte med pasienten på legevakt.

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke legevaktsykepleiernes erfaringer fra møte med pasienten som søker hjelp for psykisk krise på legevakta. Du er valgt ut fordi du er sykepleier ansatt på legevakt. Det er Høyskolen i Buskerud og Vestfold som står bak denne studien.

Hva innebærer studien?

Hvis du velger å delta i studien innebærer det at du vil delta i et fokusgruppeintervju, noe som innebærer at en gruppe sykepleiere sitter sammen og blir intervjuet av en forsker. Du vil bli bedt om å fortelle om dine erfaringer i møte med pasienten der psykisk krise er bakgrunnen for behovet for helsehjelp. Intervjuet vil være som en vanlig samtale mellom sykepleiere der man utveksler erfaringer. Intervjuet vil bli tatt opp på en lydopptaker. Intervjuet kan ta opptil 1 ½ time av din tid.

Data om det du deler av erfaringer vil ikke bli oppbevart sammen med data om hva du heter eller hvor du kommer ifra. Det vil ikke bli elektronisk lagret hvem deltakerne er eller hvor de kommer fra. Deltakerne i intervjuet vil bli oppfordret til å gi hverandre gjensidig taushetsplikt, slik at deltakerne er trygge til å fortelle om erfaringene sine og ikke vil angre på noe som kommer frem under intervjuet.

Data fra intervjuet vil gjennomgå en systematisk analyseprosess før publisering, og det du sier vil ikke bli mulig å spore tilbake til deg.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Intervjuet vil bli gjennomført så snart fokusgruppedeltakerne og forskeren setter en passende tid for dette. Intervjuet vil bli gjennomført i løpet av 2015/2016.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte forsker Veronica Rusaanes på tlf 98698532.

Med vennlig hilsen

Veronica Rusaanes

Forsker/Masterstudent

Stina Øresland

Forskningsansvarlig

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3 Intervjuguide.

INTERVJUGUIDE til FOKUSGRUPPEINTERVJU!!

Kan du fortelle om en gang du mottok en henvendelse fra en pasient som opplevde en psykisk krise av noe slag?

Kan du beskrive hvordan denne pasienten henvendte seg for å søke hjelp?

Kan du beskrive hva som videre hendte...?

Kan du beskrive hvordan du opplevde deg i rollen som sykepleier i møte med denne pasienten?

Vedlegg 4. Råd fra personvernombudet vedrørende meldeplikt.

Hei

Nå var dette jeg som svarte på siste epost. Men det er korrekt, dersom du ikke registrerer hverken direkte eller indirekte personopplysninger elektronisk eller det foreligger et referansenummer på det elektroniske datamateriale som viser til en navneliste er ikke prosjektet meldepliktig.

Anbefaler forøvrig at du tar meldeskjematesten på våre Internettsider.

Vennlig hilsen

Lis Tenold

Personvernombudet skrev den 20.08.2015 11:41:

----- Videresendt melding -----

Emne:SV: [nsd.personvernombudet] Meldeplikt.

Dato:Thu, 20 Aug 2015 09:35:41 +0000

Fra:Veronica Rusaanes <veronica@rusaanes.no>

Til:Personvernombudet <personvernombudet@nsd.uib.no>

Hei!

Takk for raskt svar! Jeg forstår svaret ditt slik at dersom jeg ikke lagrer persondata eller bakgrunnsdata om f.eks arbeidssted mm, om deltakerne i intervjuene elektronisk, så trenger jeg ikke melde til NSD. Stemmer dette?

Med hilsen

Veronica Rusaanes

Masterstudent ved Høyskolen i Buskerud og Vestfold.

Fra: Personvernombudet [<mailto:personvernombudet@nsd.uib.no>]

Sendt: 20. august 2015 11:14

Til: Veronica Rusaanes

Emne: Re: [nsd.personvernombudet] Meldeplikt.

hei

Viser til epost angående spørsmål om meldeplikten. Personvernombudet vil ikke kunne bekrefte eller avkrefte om prosjektet ditt er meldepliktig ut fra foreliggende opplysninger, men kan gi deg generell veiledning mht. hva som gjør et prosjekt meldepliktig (se gjerne vår brosjyre: http://www.nsd.uib.no/personvern/doc/brosjyre_v10.pdf)

Skal du behandle/lagre personopplysninger (direkte (som feks. navn) eller indirekte personidentifiserbare opplysninger (bakgrunnsopplysninger som feks. yrke, bosted, utdanning, alder og kjønn) elektronisk, må du melde prosjektet.

Merk at meldeplikten gjelder behandling av personopplysninger i hele prosjektperioden, ikke bare ift. publisering.

Se også våre nettsider for mer informasjon om når et prosjekt er meldepliktig:

<http://www.nsd.uib.no/personvern/>

--

Personvernombudet v/NSD

Tlf.: 55 58 81 80

Veronica Rusaanes skrev den 20.08.2015 11:07:

Hei!

Jeg lurer på om jeg må melde studien jeg holder på med til NSD..? Studien er allerede godkjent av REK, men pga for få respondenter vil informant-gruppen utvides. Det vil bli sendt en endringsmelding på studien til REK om dette. Det vil bli utarbeidet en egen prosjektlogg for endringen i studien.

Legger ved lenke til info om den aktuelle studien slik den er registrert p.d.d. Den aktuelle endringen vil dreie seg om å inkludere fokusgruppeintervjuer med sykepleiere om samme tema.

https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=499145&p_parent_id=501891&_ikbLanguageCode=n

Med hilsen

Veronica Rusaanes

Masterstudent ved Høyskolen i Buskerud og Vestfold.

--

Vennlig hilsen

Lis Tenold

Spesialrådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Personvernombud for forskning

Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 33 77 - Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80

Email: Lis.Tenold@nsd.uib.no

Vedlegg 5. Tabell 3 Litteratursøk.

Tabell 3.

Litteratursøk via EBSCO Host vist i tabell.

Siste søkedato 10 mars 2016.

Søkeord	Antall treff	Relevante artikler	
S1 : mental health	518736		
S2 : nursing	1120337		
S3 : Emergency primary health care	512		
S4: S1 AND S3	88	3	
S5: Psychiatric crisis	808		
S6: nurse experiences or perceptions	465205		
S7 emergency department	155422		
S1 AND S2 AND S7	47	2	
S8 attitudes or perceptions	1304254		
S1 AND S6 AND S7 AND S8	184		
S9 preparedness	32383		
S6 AND s7 AND S9	61		

