

Mastergradsavhandling

Studieprogram: Master i samfunn og helse

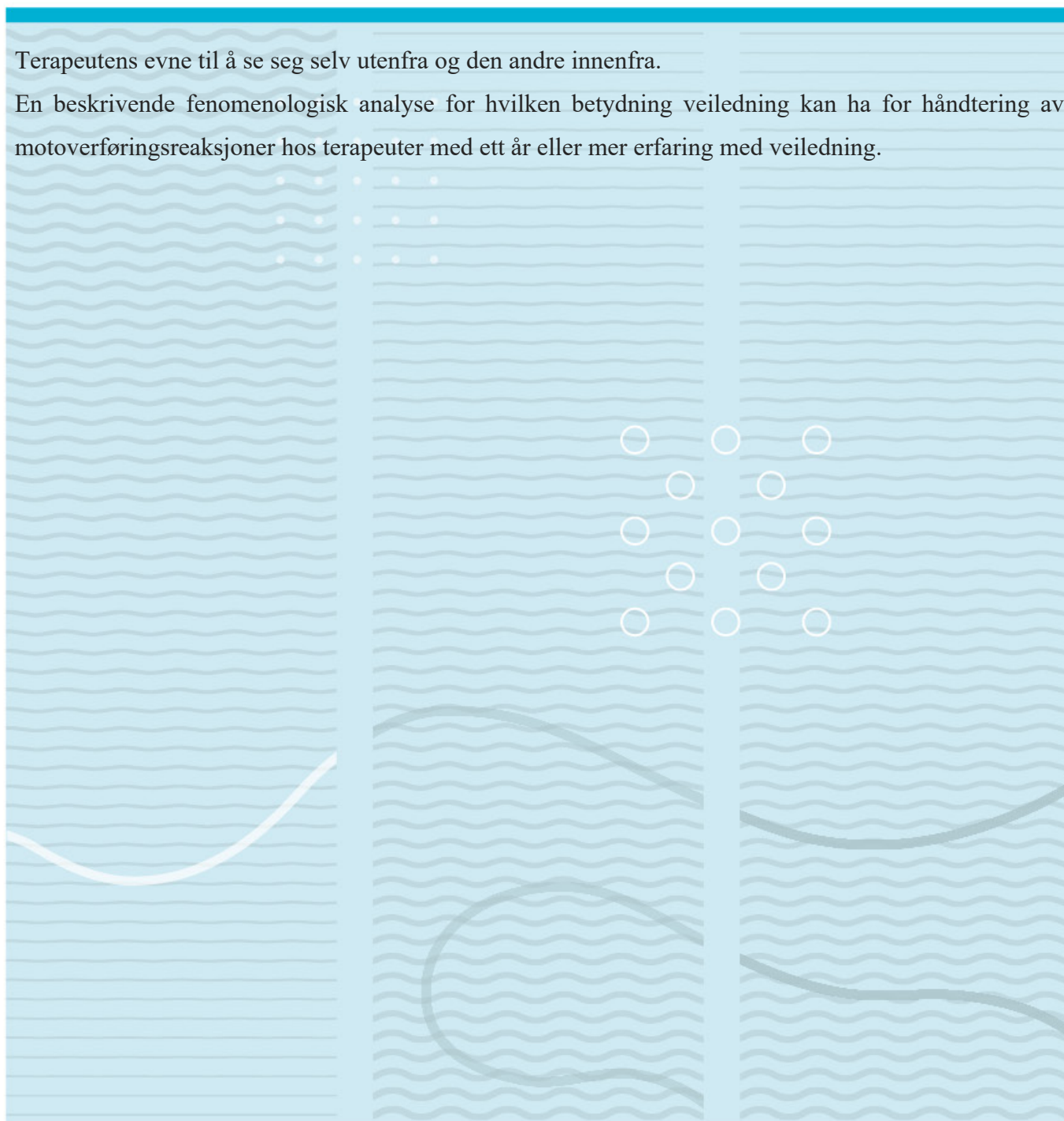
Studieretning: Psykisk helse og rus

November 2022

Christin Margrethe Oppberget

Terapeutens evne til å se seg selv utenfra og den andre innenfra.

En beskrivende fenomenologisk analyse for hvilken betydning veiledning kan ha for håndtering av motoverføringsreaksjoner hos terapeuter med ett år eller mer erfaring med veiledning.



Universitetet i Sør-Øst-Norge
Fakultet for helse-og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial-og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Christin Margrethe Oppberget

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Behandlingen av pasienter med rus og psykiske lidelser fordrer at terapeuten er bevisst sine motoverføringsreaksjoner for å kunne utvikle gode relasjoner og kommunikasjonsprosesser med pasienter. Et organisatorisk grep for å fremme terapeutens bevissthet rundt motoverføring, er veiledning. Veiledning av terapeuter blir fremhevet som betydningsfullt for å utvikle terapeuters bevissthet om egne motoverføringer, og kan forekomme individuelt, eller i gruppe med terapeuter. Hensikten med denne undersøkelsen var å undersøke følgende problemstilling:

Hvilken betydning kan veiledning ha for håndtering av motoverføringsreaksjoner for terapeuter med ett år eller mer erfaring med veiledning?

Funnene er basert på tre fenomenologiske kvalitative intervjuer bestående av terapeuter som har noen års erfaring med veiledning. Funnene er analysert med Giorgis (2009) beskrivende analysemetode. Den beskrivende analysemetoden løper ut i fire tema som er undersøkelsens nøkkelfunn: økt kunnskap, trygghet, bedre arbeidsmiljø og bedre pasientbehandling. Teori og diskusjonsdelen tematiserer hvilken betydning veiledning kan ha for håndtering av motoverføringsreaksjoner for informantene i denne undersøkelsen.

Det viktigste bidraget med undersøkelsen er innblikket undersøkelsen gir utfra informantenes beskrivelser av levde opplevelser og erfaringer. Samtidig peker undersøkelsen på den organisatoriske tilrettelegging av veiledning innenfor terapeuters arbeidstid. Sammenhengen mellom veiledningens bidrag og organisatoriske utfordringer ble diskutert. Til slutt peker undersøkelsen på viktigheten av veiledning for terapeuter i forbindelse med samfunn og helse.

Forord

Tre og et halvt år som masterstudent ved Universitetet i Sør-Øst-Norge er straks forbi, og for en reise det har vært. Det føles både befriende og litt merkelig at jeg endelig er ferdig med en mastergrad i samfunn og helse. Jeg har lært enormt mye, men mest av alt føler jeg at den utviklingen jeg har kommet gjennom både fysisk og psykisk, vil prege meg mest i det arbeidet jeg lover å ta med videre, både privat og profesjonelt. Jeg skal være ydmyk å si at dette har vært en utfordrende og krevende reise, men reisen har likevel vært til mye glede. Etter en enorm innsats har jeg kommet meg gjennom den!

Det er flere jeg vil takke på denne reisen. Først min veileder Olav Tangvald-Pedersen; tusen takk for konstruktive og presise tilbakemeldinger. Din tålmodige veiledning har virkelig hjulpet en distre student. Takk til organisasjonen som lot meg forske i egen arbeidsplass. Takk til min nærmeste leder, Bjørn Thomas, som har støttet og oppmuntret meg gjennom hele reisen. Takk til gode kolleger som alle bidrar på hver sin måte med gode refleksjoner, godt humør og støttende tilbakemeldinger. En spesiell takk til kollega Matthew som har kommet med ytterligere faglige innspill og som stilte til pilotintervju. Tusen takk til informantene i denne undersøkelsen for et innblikk i deres kunnskap og erfaringer. Uten dere ville ikke dette vært mulig for meg å gjennomføre. En ekstra takk til skriveveileder Sofie; tusen takk for konstruktive og presise tilbakemeldinger. En spesiell takk til venninne Kristin, for dine presise og konkrete tilbakemeldinger på utallige gjennomlesninger. Du har motivert meg, og strammet opp både meg og denne undersøkelsen med god veiledning. Takk til alle forelesere som har bidratt til at denne reisen har vært spennende og læringsfull.

En stor takk til min ektemann, Knut Egil, som har støttet, oppmuntret og trodd på meg alle disse årene. Jeg lover å ikke begi meg ut på nye studier (med det første). Til min kjære mamma, tusen takk for alle de fine opplevelsene og reisene du har tatt meg med på i denne tiden. Til min lillesøster, du inspirerer og motiverer meg, tusen takk for din støtte. En spesiell takk til mine nærmeste venninner Kristine og Justina, for fine stunder med god mat og hyggelige selskap, og ikke minst motiverende og oppmuntrende ord i denne tiden. Jeg setter enormt pris på dere alle, tusen takk for all den støtten og hjelpen jeg har fått.

Sande, november 2022

Christin

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Forord.....	4
Innholdsfortegnelse	6
1 Introduksjon	9
1.1 Veiledning	10
1.2 Tidligere undersøkelser	11
1.3 Motoverføring.....	12
1.4 Definisjon av nøkkelbegreper	12
1.4.1 Veisøker 12	
1.4.2 Terapeut som en generell gruppe.....	12
1.4.3 Terapeutens reaksjonsmodell (TRM)	13
1.5 Undersøkelsens hensikt og fokus	15
1.6 Leseveiledning	15
2 Metode.....	17
2.1 Husserls filosofiske fenomenologiske metode.....	18
2.2 Giorgis beskrivende fenomenologiske analysemetode	19
2.2.1 Datainnsamling 20	
2.2.2 Rekruttering 20	
2.2.3 Utvalg 20	
2.2.4 Intervjuet 21	
2.2.5 Transkribering 23	
2.3 Analysemetode	23
2.3.1 Fra helhetsinntrykk til meningsenheter	24
2.3.2 Fra meningsenheter til beskrivelser	24
2.3.3 Fra beskrivelser til eidetisk reduksjon	25
2.4 Ethiske refleksjoner	25
3 Funn	27
3.1 Økt kunnskap	27
3.2 Trygghet	30
3.3 Bedre arbeidsmiljø.....	32

3.4	Bedre pasientbehandling.....	35
4	Teori og diskusjon.....	39
4.1	Veiledning og det å håndtere motoverføringer.....	39
4.1.1	Hva er veiledning?	39
4.1.2	Håndtere motoverføringer.....	40
4.2	Diskusjon.....	42
4.2.1	Hvordan opplever informantene overføringer og motoverføringer?	42
4.2.2	Et styrket kollegialt fellesskap	43
4.2.3	Bedre samarbeid	44
4.2.4	Læring, kunnskapsdeling og Reynolds modell	44
4.2.5	Bedre håndtering av motoverføring.....	47
4.2.6	Aksept for egne følelser.....	48
4.3	Ulike sider ved veiledning og praktiske implikasjoner	51
4.3.1	Konsekvenser ved å mangle et godt tilrettelagt veiledningstilbud	51
4.3.2	Utbrenthet	52
4.3.3	Organisatoriske utfordringer	53
4.3.4	Utfordringer med gruppeveiledning	54
4.3.5	Praktiske implikasjoner	54
4.4	Oppsummering	57
5	Avsluttende betraktninger.....	58
5.1	Hovedfunn, bidrag og implikasjoner	58
5.2	Begrensninger ved undersøkelsen og videre forskning.....	60
	Litteraturliste.....	62
	Vedlegg (1-3)	65
	Vedlegg 1: Intervjuguide	66
	Vedlegg 2: Samtykkeerklæring	67
	Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD- Norsk senter for forskningsdata.....	71

1 Introduksjon

Helsedirektoratets kompetanseløft 2025 legger vekt på flere utfordringer i behandlingen av psykisk helse og rus, som kan kalles dobbeltdiagnoser. Blant utfordringene som nevnes er mangelfullt kunnskapsgrunnlag og kompetanse, lite tverrfaglig samarbeid og samhandling i tjenestene, svakheter i ledelsen og mangelfull organisering og planlegging (Helsedirektoratet, 2021). Med tanke på å sikre og ivareta et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag og kompetansenivå hos en behandlingsinstitusjon, slår Lov om spesialisthelsetjenesten §3-10 fast «at ansatt helsepersonell gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er nødvendig for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.» Det er med andre ord den enkelte helseinstitusjonens ansvar å legge til rette for å utvikle personalet samt sikre at tjenestetilbudet blir tilpasset den enkelte pasientens behov. Ifølge Schibbye (2012) er pasienter med dobbeltdiagnoser særlig i behov av å få bekreftelse fra terapeuten, bli vist respekt, omsorg og forståelse for sine kriser og utfordringer, men samtidig også i behov av å få kunnskap om, og hjelp til å kunne regulere sine emosjoner.

I det relasjonelle arbeidet mellom pasient og terapeut viser det seg at terapeuter opplever utfordringer i relasjonen, og da særlig knyttet til det som i faglitteraturen omtales som overføringer og motoverføringer (Vikman & Sømme, 2020). Overføringer handler om terapeutens objektive observasjoner og beskrivelser av pasientens adferd, og motoverføring handler om terapeutens umiddelbare tanker, følelser og reaksjon på denne atferden (Zachrisson, 2009). Dette er tanker, følelser og reaksjoner som ikke alltid er hensiktsmessige i den terapeutiske praksis, og som lett kan føre til at terapeuter gir feil behandling (Zachrisson, 2009). Å bli bevisst egne umiddelbare følelser, tanker og reaksjoner ved utfordrende pasientmøter, og å kunne bearbeide disse, er viktig for at helsepersonell skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Vikman og Sømme (2020) hevder blant annet at terapeutens måte å reagere på pasienten, kan påvirke pasientens aksept, håndtering og regulering av emosjoner. Vikman og Sømme (2020) legger i den sammenheng vekt på at terapeutens evne til affektregulering og emosjonskunnskap, er essensielt for å kunne utvikle og opprettholde en god terapeut-pasient-relasjon og behandlingsprosess.

I arbeidet med å danne og dyktiggjøre terapeuter har det vist seg at veiledning fungerer godt med tanke på å sortere ut og tematisere eventuelle motoverføringer terapeuten bringer med seg inn i relasjon til pasienten, i tillegg til å bevisstgjøre terapeutens egne positive, men og negative

tanker i arbeid med en krevende pasientgruppe (Tishby & Wiseman, 2020). I det følgende blir det derfor kort redegjort for hva veiledning innebærer, og hva forskningen forteller oss om hvilken betydning veiledning kan ha i arbeidet med å danne og dyktiggjøre terapeuten. Deretter blir det redegjort for hva motoverføringer innebærer, for så å avklare denne undersøkelsens hensikt og problemstilling.

1.1 Veiledning

Veiledning kan defineres som en individuell pedagogisk prosess, hvor erfaringer er hjelpemidler til refleksjoner og utvikling av faglig kompetanse (Tveiten, 2005). I veiledning hevder Tveiten og Severinsson (2006) at veileder har ansvar for å legge til rette for en endringsprosess og istandgjøring hos veisøker, mens veisøker som deltar veiledningen har til ansvar å gå videre med det hen er i stand til, som for eksempel endring av handlinger eller tanker gjennom refleksjon. Veisøker omhandler de som mottar veiledning, enten dette er terapeuter, studenter eller klienter. Veiledning kan bidra til å kunne bedre sine handlingsmønstre som fagperson, og styrke det faglige og profesjonelle slik at veisøker kan få en større forståelse (Killén, 2017). Biong og Ytrehus (2018) hevder at veiledning er essensielt i praksis med tanke på hvordan terapeuter sorterer tanker og følelser, samt forholder terapeuter motiverte, etisk bevisste og empatiske.

Vråle (2015) understreker viktigheten av veiledning i strevsomme og krevende situasjoner, når det røyner på. Erfarne terapeuter som deltar i veiledning har ofte god kunnskap og refleksjon rundt strevsomme situasjoner, men trenger ofte mulighet til å dele sine erfaringer og følelser, og få validering og støtte fra gruppen for å oppleve veiledningen som nyttig og meningsfull (Vråle, 2015). Killén (2017) hevder at veiledning kan bidra til at våre fagligetiske prinsipper og holdninger som ellers kan bli overfladisk bearbeidet og reflektert rundt, kan i gruppeveiledning gi anledning for at gruppen utvikler læringsvennlige og mer åpne arbeidsmåter og metoder. Det vil kunne bli lettere for terapeutene å gi ærlige uttrykk for egne følelser og opplevelser. Videre fremhever Killén (2017) at gjennom gruppeveiledning har veisøkere anledning til å reflektere godt over ulike situasjoner, ulike synspunkter kommer frem, samt gruppen arbeider konstruktivt og systematisk. Tveiten (2013) hevder at veiledning er et paraplybegrep som innebærer eksempelvis at veiledning: er en prosess, bidrar til å kunne styrke mestringskompetanse, innebærer erfaringer fra praksis og fremtidige utfordringer, har etiske perspektiver, innebærer en relasjon og en dialog, og kan kombineres med andre metoder. Videre

legger Tveiten (2013) frem flere ulike modeller som kan benyttes i gruppeveiledning (eksempelvis den pedagogisk sol, fortellinger, speiling, reflekterende team, metakommunikasjon og refleksjonsoppgaver). Samtidig hevder Tveiten (2013) at veiledningsmetodene som blir nevnt kan bearbeides, utvikles og tilpasses andre veiledningsarenaer, hvor kommunikasjon, erfaringer og samhandling bearbeides og utvikles.

Ved en Institusjon i Sør- Øst-Norge hvor man arbeider med mennesker med dobbeltdiagnoser har man utviklet en veiledningsmodell, og i denne oppgaven vil jeg kalle modellen; terapeutens reaksjonsmodell (TRM). Kort forklart fokuserer veiledningsmodellen på fire hoveddeler; pasientens adferd (overføringer), terapeutens følelsesmessige og adferdsmessige reaksjoner i møte med pasienten (motoverføringer), pasientens historikk og erfaring (metatenkning) og terapeutiske intervensjoner (behandlingsmåte, tiltak). Hensikten med veiledningsmodellen er å styrke terapeutenes mestringskompetanse, samt den faglige-og personlige kompetanse ved at terapeuten får validering og sosial støtte fra kollegiegruppen.

1.2 Tidligere undersøkelser

Sommer og Eilertsen (2013) hevder at undervisning og veiledning av helsepersonell i et kommunalt bofelleskap styrket deltakernes kompetanse i å håndtere utfordrende situasjoner i møte med pasienter. Vikman og Sømme (2020) legger vekt på at terapeuten må være bevisst sin egen emosjonelle kompetanse, samt kunne benytte sitt egne emosjonelle apparat i møte med pasienter, for å kunne bidra til en god behandlingsallianse mellom terapeut og pasient. Terapeut-pasient forholdet kan være krevende, og det er essensielt at terapeuten innehar en god evne til affektregulering og emosjonskunnskap (Vikman & Sømme, 2020).

Buus et al. (2010) hevder at gruppeveiledning bidrar med profesjonell vekst og evne til regulering av følelser hos terapeutene, noe som bidrar til en bedre intervensjon med pasientene når terapeuter føler seg fanget eller fastlåst i situasjoner med pasienter når det røyner på. Buus et al. (2010) hevder at psykiatriske sykepleierne opplevde gruppeveiledning som en opplevelse av god kollegiestøtte, samt en positiv endring i deltakernes profesjonsidentitet. Dette støttes av Peterson et al. (2008), hvor lignende funn kom frem hos deltakerne; følelsen av tilhørighet, kunnskap, selvtillit og adferdsendring ved deltakelse i gruppeveiledning.

For å kunne fungere og utvikle seg som terapeut er det viktig å kunne stoppe opp og reflektere rundt hvordan en er med på å prege den relasjonen en selv er en del av. I så henseende viser forskning at det å delta i veiledning bidrar til profesjonell vekst og faglig utvikling (Sommer & Eilertsen, 2013).

1.3 Motoverføring

Ifølge Tishby og Wiseman (2020) fungerer blant annet veiledning godt med tanke på å sortere ut og tematisere eventuelle motoverføringer terapeuten bringer med seg inn i relasjon til pasienten. I tillegg til å bevisstgjøre terapeutens egne positive, men og negative tanker i arbeid med en krevende pasientgruppe. Dette støttes av en omfattende meta-analyse utført av Hayes et al. (2018) der det kommer frem at aktiv tematisering og veiledning av motoverføringer, samt det å øve på upartisk selvrefleksjon og selvobservasjon, er essensielt i arbeid med å håndtere motoverføringer. Relasjonen mellom terapeut og pasient er en toveis relasjon. Den er kompleks, og begrepet motoverføring retter seg mot terapeutens posisjon i relasjonen. Hvordan det som skjer med terapeuten kan bringe hen ut av den terapeutiske posisjonen ved å bli sint, irritert, lei seg eller såret. Zachrisson (2009) hevder at om terapeuten evner å registrere og reflektere omkring sine følelser enn å bli behersket av dem, kan motoverføringer nyttiggjøres. Om terapeuten mister refleksjonen kan motoverføringene bli forstyrrende.

1.4 Definisjon av nøkkelbegreper

1.4.1 Veisøker

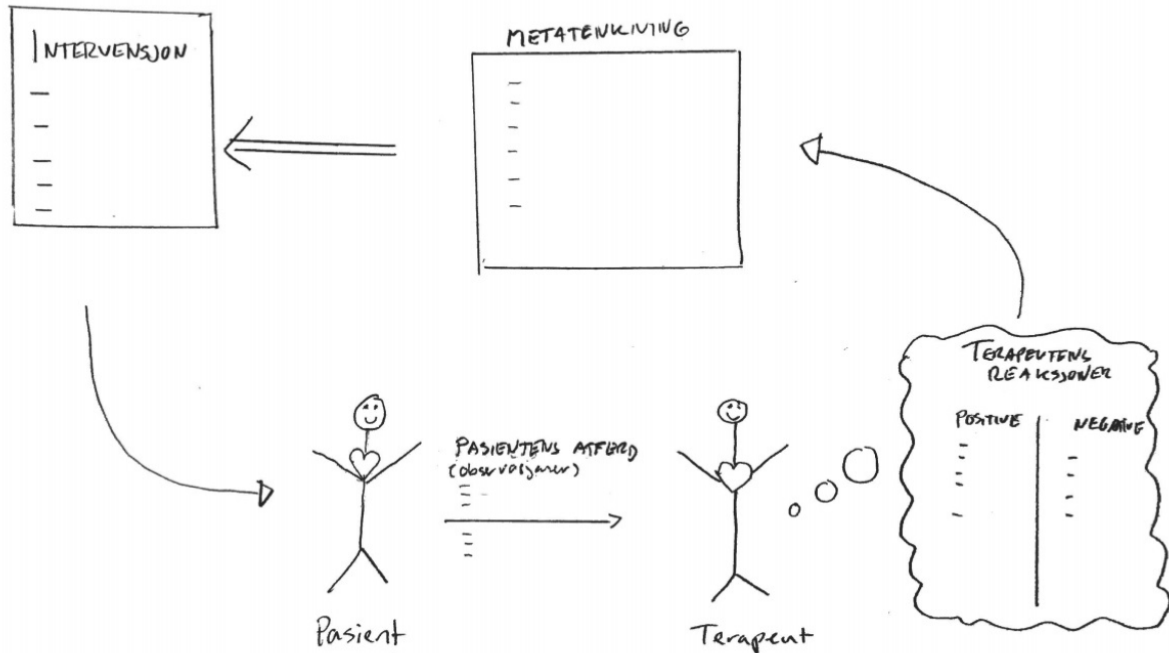
I oppgaven kunne jeg valgt å kalle den som blir veiledet for fokuspersion, student, veiland, veisøker eller klient. Informantene i undersøkelsen har erfaring fra å bli veiledet og tema omhandler å få økt kunnskap og forståelse, derfor ønsker jeg å bruke veisøker som begrep gjennom hele oppgaven.

1.4.2 Terapeut som en generell gruppe

Begrepet terapeut omfatter i oppgaven; personal som arbeider med miljøterapi ved institusjonen, og er pasientkontakt i avdelingen.

1.4.3 Terapeutens reaksjonsmodell (TRM)

Modellen benyttes ved en institusjon som tilbyr langtids døgnbehandling, og har avtaler med Helse Sør- Øst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern (PHV).



Figur 1 Terapeutens reaksjonsmodell.

Kort forklart består modellen av fire hoveddeler; pasientens adferd, terapeutens reaksjoner, metatenkning og intervensjoner. Veiledning foregår i gruppe, alle fra miljøbehandlingens deltager og behandlingsansvarlig med veiledererfaring er veileder.

1.4.3.1 Pasientens adferd

Under pasientens adferd (overføringer) gis det konkrete observasjoner av pasientens adferd i en gitt situasjon. Eksempel: hen slo hånden i bordet, skrek og sa «nå klikker det for meg». Beskrivelsene skal være så objektiv som mulig.

1.4.3.2 Terapeutens reaksjoner

Terapeutens reaksjoner (motoverføringer) handler om terapeutens umiddelbare følelsesmessige eller atferdsmessige reaksjoner i møte med pasienten i gitt situasjon, både positive og negative. Eksempel: jeg blir trist, jeg blir sint, jeg føler det er håpløst å hjelpe pasienten, jeg unngår pasienten/unngår å ta opp vanskelige tema.

1.4.3.3 Metatenkning

Metatenkning handler om overordnede tanker rundt terapeutens egne reaksjoner, eller pasientens adferd eller tilstand. Hensikten er å løfte umiddelbare reaksjoner til et høyere refleksivt nivå, hvor det er anledning for å skape en større mening bak de atferdsmessige og følelsesmessige opplevelsene som kommer til uttrykk hos pasienten. Eksempel: pasientens devaluerende atferd kan settes inn i kontekst av en personlighetsforstyrrelse.

1.4.3.4 Intervensjoner

Hensikten med intervensjoner er å utarbeide mer hensiktsmessige tiltak på bakgrunn av den forståelsen som kommer frem i metatenkning. Poenget er å støtte terapeuter i krevende situasjoner og få frem individuelt tilpassende og konkrete tiltak hos den aktuelle pasienten.

TRM tar for seg bevisstgjøring av personalet gjennom veiledning og validering av motoverføringer. På den måten har personalet anledning til å øve på bevisstgjøring, aksept for egne positive, men og negative motoverføringsreaksjoner, samt trygghet i å dele motoverføringsreaksjoner med kolleger. Det er to mål som det bevisst jobbes mot under hver veiledningstime:

1. Øve på bevisstgjøring, aksept for egne positive, men og negative motoverføringsreaksjoner, og trygghet i å dele motoverføringsreaksjoner med kollegaer.
2. Øve på å utvikle metatanker som hjelper oss å unngå at vi ubevisst handler på umiddelbare motoverføringsreaksjoner, og videre øker vår evne til å utvikle gode målbevisste terapeutiske intervensjoner.

Hensikten er å etablere veiledningssituasjoner der man har anledning til å få validering og sosial støtte for de utfordringer en står i, men også å gi veiledning med utgangspunkt i sentrale prinsipper i håndteringen av motoverføring, ved at personalets reaksjoner i pasientmøtet analyseres, og man setter ord på og gjennomgår med personalgruppen de motoverføringer som kommer frem. I det neste skal metode gjennomgås.

1.5 Undersøkelsens hensikt og fokus

Veiledning vil være et sentralt fokus i denne oppgaven, fordi undersøkelsen vil ta for seg hvilken betydning veiledning kan ha for håndtering av motoverføringsreaksjoner hos terapeuter med ett år eller mer erfaring med veiledning. Oppgaven ser også på sammenhengen mellom motoverføringer og terapeutens forståelse av pasientens overføringer, metatenkning rundt pasientens genetikk og livserfaringer, samt terapeutens forståelse for hvordan man bør intervensere ovenfor pasientens spesifikke problematikk og målsettinger.

Undersøkelsen kan bidra til å øke forståelsen for hvilken betydning veiledning kan ha for håndtering av motoverføringer hos terapeuter med ett år eller mer erfaring med veiledning. Hvilke organisatoriske bidrag som kan fremme eller hemme veiledning vil bli forsøkt besvart. Forståelse og kunnskap er en forutsetning for å kunne etablere gode veiledningsmodeller som hjelper terapeuter med å håndtere motoverføringer. Problemstillingen for undersøkelsen er følgende:

Hvilken betydning kan veiledning ha for håndtering av motoverføringsreaksjoner hos terapeuter som har ett år eller mer erfaring med veiledning?

1.6 Leseveiledning

I kapittel 1 er teori omhandlende veiledning, tidligere undersøkelser og motoverføring beskrevet. Nøkkelbegreper i oppgaven som omhandler veisøker, terapeuter som en generell gruppe og terapeutens reaksjonsmodell er gjennomgått. Oppgaven begynner i kapittel 2 med å gjennomgå den metodiske og analytiske tilnærmingen, med vekt på kvalitative intervju og beskrivende analyse, inkludert etiske vurderinger og aspekter. I kapittel 3 vil funn og analyse bli lagt frem med ulike aspekter ved betydning av veiledning for håndtering av motoverføringsreaksjoner hos informantene i denne undersøkelsen. Videre i kapittel 4 vil funn og analyse fra kapittel 3 bli diskutert opp mot diskusjonsdelens ulike elementer og det teoretiske rammeverket. En kvalitativ analyse inspirert av fenomenologi søker etter å sette egne forutinntatte erfaringer, eksisterende kunnskap og tanker i parentes for å kunne beskrive verden slik informantene opplever den (Giorgi, 2009; Kvale & Brinkmann, 2015). På bakgrunn av dette er denne oppgavens teoretiske perspektiv plassert etter at funnene er presentert. Til slutt i kapittel 5 vil det komme avsluttende betraktninger.

2 Metode

Fenomenologi betyr «læren om fenomenene» og med en fenomenologisk filosofi som undersøkelsesmetode har man mulighet til å undersøke menneskers subjektive erfaringer og opplevelser av verden (Thomassen, 2006). Ifølge Thagaard (2018) kan man ved å følge et fenomenologisk forskningsdesign, undersøke menneskers subjektive opplevelser, og søke etter å oppnå forståelse og få dypere mening av menneskers erfaringer og opplevelser av et fenomen. Et fenomen er slik en ting, en plante, et dyr eller en hendelse trer frem og viser seg i den menneskelige bevissthet.

Fenomenologien søker å kartlegge og beskrive den subjektive opplevelsen av ting, gjenstander og hendelser slik disse opplevelsene trer frem for den menneskelige bevissthet. Hensikten med et fenomenologisk forskningsdesign dreier seg om å samle inn så presise beskrivelser som mulig om enkeltpersonenes opplevelse av et bestemt fenomen. Et og samme fenomen kan oppleves ulikt utfra personenes egne erfaringer, forforståelse, bakgrunn og interesseområder (Kvale & Brinkmann, 2015).

Man kan se for seg en pasient hvis negative overføringer i form av sinne og utagering oppleves og erfares ulikt av terapeuter som bevitner den negative overføringen. En terapeut kan oppleve at overføringen var utløp for en lengere tids frustrasjon og stress for pasienten og terapeuten ble ikke overrasket over at det skjedde, og følte seg trygg i situasjonen. En annen terapeut kan imidlertid oppleve at pasienten utagerte for å være ufin og vanskelig mot personalet og opplevde situasjonen som utrygg, mens den tredje terapeuten kan ha opplevd at sinnet stammet fra pasientens barndomstraumer og kjente av den grunn på overveldende omsorg og empati for pasienten. Her er sinnet fenomenet som vil være fokus for analyse da de tre terapeutene opplever og erfarer sinnet ulikt utfra deres egne erfaringer, forforståelse, bakgrunn og interesseområder.

Målet med en fenomenologisk undersøkelsesmetode er å analysere og finne frem til den mening som ligger gjemt i fenomenet, da dette gir større innsikt og forståelse av fenomenet slik fenomenet oppfattes og forstås av de som opplever og erfarer det (Thagaard, 2018).

2.1 Husserls filosofiske fenomenologiske metode

Fenomenologi som en selvstendig filosofisk retning ble etablert på 1900 tallet, og tilskrives først og fremst den tyske filosofen Edmund Husserl. Hans filosofi ble imidlertid videreført i flere ulike retninger av Heidegger, Levinas, Ricoer, Sarte og Merleu-Ponty (Carla & Wendy Stainton, 2017; Giorgi, 2009; Thomassen, 2006).

Sentralt i Husserl og Heideggers fenomenologiske forståelse er ideen om menneskers livsverden (Carla & Wendy Stainton, 2017). Slik Husserl fremlegger livsverden, handler det om menneskers umiddelbare, direkte og praktiske omgang med omgivelser og ting. Livsverden handler om hvordan verden trer frem og erfares gitt de ulike posisjoner mennesket opplever fenomenet fra (Kvale & Brinkmann, 2015; Thomassen, 2006). Et eksempel kan være hvordan fenomenet sykehus fremtrer for mennesket. Mennesker som må eksponere seg for et sykehus, erfarer og oppleve sykehuset ulik. For en kan sykehuset være en arbeidsplass, en positiv omgivelse hvor man får utløp for fagkunnskap og tjener lønnen sin. For en annen kan sykehuset være et vondt og sårt sted, hvor man kan ha mistet sine nære eller kjære. For andre kan sykehuset oppleves som positivt ved at livet ble reddet på sykehuset, eller at man fikk hjelp for smerter og ubehag. Sykehuset er fenomenet mens menneskers erfaringer og opplevelser er en del av livsverdenen til menneskene.

Husserls fenomenologiske undersøkelsesmetode er ifølge Carla og Wendy Stainton (2017) en refleksiv erkjennelse av essenser, og første steg i metoden er å gjennomføre en fenomenologisk reduksjon, hvilket innebærer at forskeren setter sine antagelser og sin viten om et fenomen til side, før hen begynner å studere fenomenet. Dette innebærer at forskeren kan ha forhåndskunnskaper om veiledning, som vedkommende må sette til side. Forskeren må separere seg fra hens egne subjektive forståelse av fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2015). Ifølge Carla og Wendy Stainton (2017) hevder Husserl at om forskeren ikke er bevisst sin forforståelse, kan forskeren komme til å implementere begreper og uttrykk som ikke er til stede i det informantene beskriver fra sine erfaringer. Ved å sette forforståelsen til side, hevder Husserl at forskeren evner å innta det han kaller den fenomenologiske holdning, en holdning der en møter fenomenet med åpenhet og undring, og der en ved hjelp av den frie forestillingsevne kan utforske hva som trer frem som essensielle trekk ved fenomenet som undersøkes (Giorgi, 2009). Den frie forestillingsevne anvendes når forskerens forestillinger og tankevirksomhet om et fenomen, ikke blir bestemt og påvirket av praktiske hensyn eller tidligere teorier (Giorgi, 2009). Ved at

forskeren gjør bruk av den frie forstillingsvenen gjennomfører hen det Husserl omtaler som en eidetisk reduksjon (Carla & Wendy Stainton, 2017). Eidetisk reduksjon handler om, gjennom den frie forestillingsevne, å ekskludere alt som ikke er gitt fenomenets essens. Ved å luke bort tilfeldige egenskaper ved fenomenet som beskrives vil forskeren til sist sitte igjen med det som er gjennomgående og essensielt ved fenomenet som undersøkes. Et eksempel på dette kan være hvordan et bilde av et gammelt historisk sykehus kan fortelle oss noe essensielt om sykehusbygninger isolert sett. I analysen av bildet lukes da tilfeldige gjenstander så som trær, dyr, vogner eller mennesker som kan befinne seg rundt bygningen bort, og en konsentrerer seg om å beskrive hva som preger selve sykehusbygningen (Carla & Wendy Stainton, 2017). På den måten kan forskeren trekke ut de fremtredende aspektene ved fenomenet som studeres, og ekskludere alt som ikke er en essensiell del av fenomenet (Giorgi, 2009).

2.2 Giorgis beskrivende fenomenologiske analysemetode

Gjennom fenomenologiske forskningsintervju ønsker man å samle inn utfyllende og rike beskrivelser fra utvalgte informanter om hvordan de opplever et bestemt fenomen. I mitt tilfelle hvordan de opplever betydningen av veiledning i arbeidet med å håndtere egne motoverføringsreaksjoner. Intervjuet blir ofte gjennomført som en dagligdags samtale, men med en bestemt metode og spørreteknikk for at intervjuet skal fremstå som profesjonelt. I denne undersøkelsen er metoden som er anvendt bygd på Husserls fenomenologiske filosofi og videre blitt tilpasset Giorgi (2009) sine vitenskapelige kriterier. Dette kan i større grad belyse og fange fenomenet oppgaven ønsker å utforske.

Giorgis (2009) beskrivende fenomenologiske analysemetode er valgt da den er godt egnet til å trenge bak allerede etablerte faglige teorier og begreper om hva som gjør veiledning nyttig da mitt anliggende er å analysere og forstå betydningen av veiledning slik denne oppleves av informantene i denne undersøkelsen. Ved å analysere konkrete situasjonsbeskrivelser av hva som oppleves som betydningsfullt ved veiledning kan jeg utfra Giorgis (2009) analysemodell danne meg et helhetsbilde av hva som oppfattes som viktig og essensielt ved den faglige veiledningen informantene i denne undersøkelsen tar del i. I annen rekke kan dette gi økt forståelse for hva veiledning kan bidra til i arbeidet med å sikre god og forsvarlig helsehjelp.

2.2.1 Datainnsamling

Det finnes ulike måter å samle inn data på, men fellestrekk og felles mål er å finne mer ut om et spesifikt problem eller en bestemt målgruppe. Datainnsamling kan foregå som eksempelvis spørreundersøkelser i kvantitative metoder eller intervjuer i kvalitative metoder. I det neste legges frem kvalitativt intervju som metode for å innhente data.

2.2.2 Rekruttering

Rekruttering startet med en henvendelse til fagansvarlig og prosjektleder for TRM, om det kunne være ønskelig å forske på hvilken betydning veiledning kan ha for terapeuter med ett år eller mer erfaring med veiledning. Med positivt svar ble ansatte i avdelingen informert om undersøkelsen, dens bakgrunn, målsettinger og ulike sider ved det å delta ble belyst. Det ble tydeliggjort at eventuelle spørsmål om undersøkelsen og deltagelse kunne henvendes via e-post eller telefon. Informantene fikk tilsendt et samtykkeskjema (for mer informasjon, se vedlegg 2) på sin private e-post, med godkjenning fra Norsk Senter for Dataforskning (NSD) (for mer informasjon, se vedlegg 3). Av de informantene som svarte ja til deltagelse på e-post, ble det trukket ut tre tilfeldige navn som representerer informantene i undersøkelsen.

Ved å rekruttere på denne måten hevder Kvale og Brinkmann (2015) at potensielle informanter forblir anonyme for sine kolleger. Informasjon om undersøkelsen ble sendt fra privat e-post til informantenes private e-post. På den måten kunne det være mindre sannsynlighet for at informasjon om undersøkelsen kom frem på dataen ved vaktrommet slik at andre kunne legge merke til hvem som fikk e-posten. På den andre siden, så kunne informantene åpne sin private e-post på jobb pc, men det ble tydeliggjort i emnefeltet på e-posten at det gjaldt deltagelse i forskningsprosjekt. Samtidig ble det ikke formidlet til noen ved avdelingen konkret hvem som var potensielle informanter. Når informasjon om undersøkelsen ble gitt i plenum ble det formidlet at undersøkelsen gjaldt terapeuter med over ett års erfaring ved modellen. Nyansatte det siste året var da følgelig utelukket for deltagelse i undersøkelsen.

2.2.3 Utvalg

På bakgrunn av problemstillingen er informantene rekruttert blant terapeuter som har erfaring fra veiledning med TRM. Det vil si at informantene har deltatt i veiledning ukentlig og over ett år ved institusjonen der de arbeider. Terapeutene har til felles at de er voksne og har erfaring fra spesialisthelsetjenesten, og arbeider med mennesker med dobbeltdiagnoser. Det ble

vurdert om alle ansatte ved avdelingen skulle inkluderes i undersøkelsen, men ble ikke det sett på som hensiktsmessig da flere innehadde ulike roller, som avdelingsleder, psykolog og aktivitetsterapeut som innebar at de ikke hadde pasientansvar i miljøet. Derfor ble det vurdert at terapeutene som har daglig pasientkontakt i miljøet, kunne gi meg informasjon og data som kunne bidra til at jeg fikk anledning til å svare på problemstillingen. Samtidig ønsket jeg dype situasjonsbeskrivelser av opplevelser knyttet til veiledning og motoverføringsreaksjoner, og vurderte det dithen at terapeuter med minimum ett års erfaring med veiledning, med TRM, var mest aktuelle da de kjenner TRM godt, og dessuten kunne kjenne hverandre bedre enn nyansatte det siste året.

2.2.3.1 Bakgrunnsinformasjon om informantene

For å ivareta informantenes anonymitet er bakgrunnsinformasjonen ikke detaljert. Informantene deltar i miljøterapien ved avdelingen, og har ulike oppgaver for hver vakt. Felles for informantene er at de har pasientkontakt hver vakt og har deltatt på TRM over ett år. Utdanningsbakgrunn og kjønn har ikke vært betydningsfullt i denne undersøkelsen.

2.2.4 Intervjuet

Giorgis fenomenologiske beskrivende analysemetode (Giorgi, 2009) er en omfattende og krevende metode der man fort kan ende opp med et stort datamateriale som kan være uoversiktlig å analysere og håndtere, innenfor rammene av en masteroppgave. Ifølge Giorgi (2009) er det viktig at forskeren er bevisst lengde og fokus på tema i oppgaven. På den ene siden kan lange intervjuer gjøre at forskeren kan komme til å miste dyrbar informasjon i lange og tunge transkripsjoner. På den andre siden kan forskeren miste dyrbar informasjon ved for korte transkripsjoner. Disse valgene kan imidlertid bryte med enkelte av metodens forutsetninger, i og med at den beskrivende fenomenologiske analysemetoden fordrer en minst mulig styrt dialog da det er informantens opplevelse av fenomenet som skal fanges, og ikke forskerens antagelser om hva som er interessant ved fenomenet. Intervjuers oppgave blir da å finne en balanse mellom styring og åpenhet så man sikrer at man får datamaterialet som er relevant for undersøkelsens problemstilling, og som gir et oversiktlig datasett. Samtidig må det sørges for at informantens egen fortelling får plass, og mulighet for å eventuelt bevege seg inn mulige uforutsette retninger kan utfordre min forforståelse.

Intervjuene har foregått enten hjemme hos informanten eller ved universitetets bibliotek, fordi anonymitet ble forsøkt ivarettatt ved å ikke gjennomføre intervjuene på arbeidsplassen, samt at

informantene skulle oppleve intervjuet som trygt. Deretter startet intervjuet med spørsmål om informantene kunne fortelle hvordan en typisk arbeidsdag så ut. Dette for å forberede informanten og legge til grunn en ro og et fokus i intervjuet. Refleksjon rundt oppfatninger og personlige erfaringer blir mest fruktbart når en føler seg trygg, sett og forstått (Kvale & Brinkmann, 2015).

For å være best mulig forberedt til intervjuene ble det gjennomført ett pilotintervju slik Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler. Hensikten med pilotintervjuet var å bli kjent med intervjuguiden (for mer informasjon, se vedlegg 1). På den måten kan intervjueren få erfaring med rammene intervjuguiden setter, hvilket kan bidra med å gjennomføre intervjuet mer flytende, og komme med spørsmål der det er naturlig å undersøke ytterligere. Fra pilotintervjuet tok jeg med meg en ro, fordi jeg var mer forberedt til selve intervjuene. Denne roen hjalp meg også til bedre å ivareta informantene ved å ta meg tid til å lytte til deres fortellinger, og ved å sørge for at informanten følte seg sett og hørt gjennom hele intervjuprosessen.

Ifølge Giorgi (2009) sine anbefalinger varte intervjuene i 1 til 1,5 time, noe jeg opplevde som et passende tidsintervall med tanke på at intervjuet skulle forbli fokusert. Et for langt intervju kan fort føre til unødige avsporinger samtidig som et kort intervju kan føre til at en kan miste dyrebare informasjon (Giorgi 2009). Intervjuguiden var delt inn i fire deler: Innledning, en arbeidsdag, beskrivelse av en situasjon hvor man opplevde TRM som nyttig og avslutning. Intervjuene ble innledet med å takke for deltagelse for så å gå gjennom samtykkeerklæringen med informanten. Så ble informantene spurt om de kunne fortelle hvordan en arbeidsdag så ut. Grunnen til at jeg valgte å starte med et åpent spørsmål om hvordan arbeidshverdagen så ut, var på bakgrunn av at i pilotintervjuet opplevde jeg at det ble vanskelig for informanten å svare direkte på spørsmål om veiledningen. Jeg måtte først etablere en trygg stemning, og gi informanten mulighet og tid til å lande og koble seg på. Etter å ha stilt spørsmålet: «Kan du beskrive en situasjon hvor du opplevde TRM som nyttig?» valgte jeg videre å stille utdypende åpne spørsmål på det informanten svarte, slik Giorgi (2009) anbefaler. I del 2 av intervjuet stilte jeg introduksjonsspørsmål, og noen oppfølgingsspørsmål, men valgte å ikke gå inn i mer inngående og spesifiserte spørsmål under denne delen av intervjuet. I del 3 derimot, hovedspørsmålet, gikk jeg mer inngående inn i det informanten beskrev og ba hen spesifisere ytterligere, slik Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler. Ved å stille åpne spørsmål så som, kan du si noe mer om det, kan du gi en mer detaljert beskrivelse, i tillegg til spørsmål som, hva tenkte du da? Hvordan reagerte kroppen din, har jeg som intervjuer anledning til å utforske

informantens beskrivelser ytterligere, ved å vise at jeg lytter aktivt til det som blir sagt. Ved at intervjuer gir positive tilbakemeldinger på det informantene forteller, kan det bidra til å utvikle en forståelse av informantens beskrivelser (Thagaard, 2018).

2.2.5 Transkribering

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, og hvert intervju ble transkribert i sin helhet. I transkripsjonen ble det skrevet ordrett ned slik informantene fortalte det, men tegn for latter og pauser ble unnlatt. Samtidig ble intervjuene lyttet til flere ganger både før, under og etter transkriberingen og analysen, for å danne et helhetsinntrykk, for å best mulig kunne huske sammenhenger og betydninger slik Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler. For å bevare helheten var dette en viktig prosess for meg, slik også Giorgi (2009) legger vekt på. For å finne meningen jeg søker, er ordene og helheten i transkripsjonen grunnlaget for dette.

2.3 Analysemetode

Giorgi (2009) sin metode søker forskeren å analysere erfaringene til informantene og finne essensen i fenomenet. Forskningsspørsmål inneholder en søken etter utdypende beskrivelser fra erfaringer til mennesker, i dette tilfellet terapeuter i denne undersøkelsen. Samtidig opplevde jeg at måten forskeren skal være i den frie forestillingsevnen som nyttig og interessant, fordi undersøkelsen da har som mål å ikke bli farget av min forforståelse.

Under blir fasene i analysen redegjort for, slik de faktisk forekom, med et eksempel fra et av intervjuene i figur 1.1. Etter intervju spørsmål: Kan du beskrive en situasjon hvor du opplevde TRM som nyttig?

Meningsenheter	Hva er det informanten beskriver?	Eidetisk reduksjon
Den gjør noe med min forståelse av pasienten, slik at jeg kan hjelpe og møte pasienten den hen er. Så blir vi ikke stående i en diskusjon som er uhensiktsmessig da.	Informanten beskriver at modellen bidrar til økt bevissthet om pasienten samt overføring og motoverføring. Noe informanten beskriver at bidrar til at man unngår uhensiktsmessige dialoger.	Økt kunnskap bidrar til trygghet hos terapeuten og bedre terapeut-pasient relasjon
Jeg har erfart å bli trigget, at jeg har kjent på det sinne, det umiddelbare sinne. (...), men det å få på en måte litt mer kunnskap om pasienten i veiledningen har hjulpet meg mye.	Informanten beskriver at hen har erfaring av å bli trigget av pasientens overføringer og kjent på umiddelbart sinne. Men at modellen har bidratt til å få mer kunnskap om pasienten.	Veiledning bidrar til økt forståelse og kunnskap om pasientens overføringer

Figur 1.1 Flytskjema over analyseprosessen

2.3.1 Fra helhetsinntrykk til meningsenheter

For å bli kjent med materialet og helheten i intervjuet valgte lyttet jeg til hele intervjuet flere ganger før jeg transkriberte alt, slik Giorgi (2009) anbefaler. Deretter lyttet jeg til intervjuet igjen før jeg leste gjennom transkripsjonen i sin helhet, slik at jeg kunne få en dypere forståelse av innholdet i transkripsjonene, og oversikt over essensen i beskrivelsene til informantene. Videre ble teksten delt fra der jeg stilte spørsmålet som omhandlet «beskrivelse av en situasjon» inn i meningsenheter. En meningsenhet kom frem der jeg opplevde et fokusskifte i teksten. Hver meningsenhet merket jeg med ulike farger, for å få oversikt over hver enhet. Eksempelvis se figur 1.1, her har jeg delt inn hver meningsenhet hvor jeg opplevde et fokusskifte med farge i kolonne «meningsenheter».

2.3.2 Fra meningsenheter til beskrivelser

Neste fase bestod av å beskrive meningsenhetene ved å trekke frem det vesentlige i hver enkelt meningsenhet og utdype hva informantene forteller. Her var det viktig at jeg befant meg i den

frie forestillingsevnen, slik at beskrivelsene ikke ble farget av mine antagelser og forforståelser, slik Giorgi (2009) anbefaler. Eksempelvis i figur 1.1, ser man hvordan jeg har forsøkt å beskrive det informanten forteller i kolonne «hva er det informanten beskriver». Ved å transformere meningsenhetene til meningsbærende uttrykk, eller slik Giorgi (2009) formidler det: psykologiske uttrykk, kan de meningsbærende uttrykkene være nær forankret opp mot de opprinnelige beskrivelsene, og jeg kunne få direkte og rike beskrivelser av meningsenhetene. Beskrivelsene ble gjort i tredjeperson, slik Giorgi (2009) anbefaler. Dette var en lang og tidkrevende prosess, men også en viktig prosess for å få frem den psykologiske meningen bak det som informantene fortalte.

2.3.3 Fra beskrivelser til eidetisk reduksjon

Den siste fasen, eidetisk reduksjon, slik Giorgi (2009) beskriver det, handler det om å strukturere beskrivelsene i den andre kolonnen i tabellen, trekke frem essenser som kommer tydelig frem, og ekskludere alt som ikke er den rene essensen av fenomenet. I figur 1.1 ser man i kolonnen eidetisk reduksjon at jeg har uthevet noen ord i rødt, dette er den rene essensen av fenomenet veiledning, slik jeg forsto det. Giorgi (2009) hevder det kan holde med to kolonner, men om man har lange rike beskrivelser og er ny i bruk av metoden vil det være nyttig for forskeren å bruke tre kolonner. Denne prosessen gjentok jeg med alle tre intervjuene. Essensen fra beskrivelsene omgjorde jeg til ulike temaer slik du ser i figur 1.1. Noen temaer som var beslektet grupperte jeg sammen, og ved usikkerhet om temaets tilhørighet leste jeg gjennom den opprinnelige transkripsjonen på nytt, for å få forståelse. Deretter grupperte jeg temaene fra den eidetiske reduksjonen og kom frem til ni ulike temaer, de ni ulike temaene ble sammenfattet og omgjort til fire kategorier. Utfallet av den siste fasen og gjennomgangen utgjør funnene slik de er beskrevet under funn.

2.4 Etiske refleksjoner

En undersøkelses troverdighet knyttes ifølge Thagaard (2018) til pålitelighet. Troverdighet skapes ved at forskeren gjør rede for hvordan dataen i undersøkelsen er utviklet. En annen forsker vil tolke materialet utfra sin egen forforståelse, og forforståelsen kan endres underveis (Thagaard, 2018). Det fordrer at forskeren evner å skille mellom egne vurderinger og empiri fra dataene som blir etablert.

Som forsker må man distansere seg så godt man kan, og objektivitet er særdeles avgjørende i forskning. Å forske på egen arbeidsplass reiser flere utfordringer. Det stiller krav til at man klarer å ta avstand og ta rollen som utenforstående til tross for sin relasjon og nærhet. Ved at jeg inntar forskningsposisjonen og kontinuerlig evaluerer min egen bevissthet i forbindelse med dette, kan jeg oppnå størst mulig integritet, troverdighet, pålitelighet og distanse, slik at funnene kan komme frem i lyset og redegjøres for.

Kvale og Brinkmann (2015) hevder at når forskeren har en nær relasjon til informantene kan det påvirke funnene i undersøkelsen, ved at forskeren inntar en innfødt rolle og ikke evner å opprettholde en profesjonell avstand under intervjuene. Dette kan påvirke undersøkelsen ved at forskeren legger til side og ignorerer å vise funn, eller legger vekt på andre. Å gjennomføre intervju og analyse med hjelp av Husserls fenomenologiske filosofi og Giorgis (2009) beskrivende analyse, fordret det at jeg la til side min forforståelse. At jeg befant meg i den frie forestillingsevne, så jeg som fruktbart i min undersøkelse på arbeidsplassen.

Deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon i god tid før undersøkelsen blir gjennomført, med samtykkeerklæring og godkjenning fra NSD, slik at de fikk innsikt i dette før selve gjennomførelsen. Deltagelse var frivillig, og deltakerne fikk beskjed om at de kunne trekke seg når som helst i undersøkelsen, om de måtte ønske. Før intervjuundersøkelsen startet har hver deltaker gitt skriftlig samtykke til deltagelse utfra gjeldende forskningsetiske retningslinjer.

Undersøkelsen ble godkjent av NSD og opptak og transkribering ble lagret i USN SAFE, for å sikre data. Data som er innhentet, vil bli slettet innen utgangen av 2022. Som forsker kan jeg sikre intersubjektiviteten i undersøkelsen ved å forholde meg objektiv under metoden, være i den frie forestillingsevne slik Giorgi (2009) anbefaler, samt være bevisst utfordringer som kan oppstå ved å forske på egen arbeidsplass. La informantene være anonyme og be dem om å ikke prate om undersøkelsen, og innholdet til kolleger. Totalt har tre personer deltatt i undersøkelsen.

3 Funn

Etter første gjennomlesing var det en rekke ulike temaer jeg opplevde gikk igjen: Opplevelser og erfaringer knyttet til pasientens overføringer. Personlighetsforstyrrelser oppleves mer krevende i form av håndtering av egne motoverføringer. Økt engasjement i pasientbehandlingen og bedre pasientbehandling. Tilhørighet, trygghet og empati, mer aksept i personalgruppen, økt trygghet i personalgruppen, bedre arbeidsmiljø. Økt refleksiv evne og utvikling, økt kunnskap knyttet til overføringer og motoverføringer og økt kunnskap knyttet til terapeutiske intervensjoner samt metakommunikasjon. Dette var i overkant mange temaer. Men disse temaene utgjorde essensen av materialet mitt. Etter den siste fasen, eidetisk reduksjon, satt jeg igjen med ni temaer jeg opplevde gikk igjen: 'trygghet og tillit', 'økt kunnskap', 'bedre arbeidsmiljø' og 'økt engasjement', 'økt empati' og 'økt aksept', 'økt refleksiv evne' og 'bedre pasientbehandling'. Deretter sammenfattet jeg de ni temaene og satt igjen med fire kategorier; økt kunnskap, trygghet, arbeidsmiljø, pasientbehandling.

Under disse kategoriene kom det frem ulike innfallsvinkler hvordan terapeutene erfarer veiledning, og i analysen var det utfordrende å skille kategoriene, fordi kategoriene ble vevd sammen og utsagn fra informantene kunne passe til flere kategorier. Slik jeg oppfattet analysen handlet det om at et fenomen forutsetter et annet fenomen. Informantene erfarte at fenomenet økt kunnskap lå til grunn for at det ble etablert trygghet. Trygghet lå til grunn for å etablere et bedre arbeidsmiljø og til sist lå disse fenomenene, økt kunnskap, trygghet og et godt arbeidsmiljø til grunn for bedre pasientbehandling.

En gjennomgående essens i analysen handlet om hvor engasjert og deltagende informantene følte de evnet å være i veiledning, noe som handlet om negative påvirkninger. Negativ påvirkning innebar belastninger fra miljøet, tidsbegrensning, stress og private årsaker. Dette var et gjennomgående tema i alle intervjuene og jeg har derfor valgt å trekke temaet til diskusjonsdelen.

3.1 Økt kunnskap

Det første sentrale temaet jeg ønsker å trekke frem er økt kunnskap. Økt kunnskap handlet for informantene ofte om å forstå hvordan pasientens overføringer påvirket informantens motoverføringer, og hvordan veiledningen gjorde informanten mer bevisst egne følelser, og

utviklet mer forståelse for metatenkning. Samt hvordan gode terapeutiske intervensjoner gjorde informanten trygg på at det hen gjorde i arbeidet med pasienten var faglig berettiget, ved at det samsvarte med hva man hadde kommet frem til i personalmiljøet, var gode terapeutiske intervensjoner utfra pasientens mål, sykdomsbilde og erfaringer.

Informantene hadde ulike innfallsvinkler til veiledningen: to av informantene la vekt på at veiledning gav dem økt kunnskap fordi de ble bevisste modellens hovedpunkter, noe de opplevde gav bedre pasientbehandling. Her la informantene vekt på at det å koble sammen metaperspektiver omhandlende pasientens overføringer gav dem mer forståelse for overføringene til pasienten, og hvordan man som terapeut kan bidra til å hjelpe pasienten på bakgrunn av pasientens sykdomsbilde, erfaringer og mål. Å bli bevisste egne motoverføringer kunne bidra til at informantene etablerte gode intervensjoner til pasientene, noe som informantene opplevde bidro til en bedre pasientbehandling. Den siste informant la vekt på at hen opplevde at veiledning bidro til at hen ble tryggere i seg selv i møte med pasienten, fordi hen fikk mer kunnskap om motoverføringer og bedre metaforståelse og intervensjonsevne, noe som bidro til trygghet og bedre arbeidsmiljø.

I det følgende vil jeg fremheve og analysere deler av intervjuene som pekte seg ut spesielt og som alle fremhever ulike aspekter ved økt kunnskap ved veiledning sett i relasjon til informantenes motoverføring, metatenkning og intervensjonsevne.

Informant A i det første intervjuet forteller at det i starten var utfordrende å jobbe i avdelingen, og at hen var usikker på om hen klarte å jobbe med en så kompleks pasientgruppe, fordi hen ble fanget i overføringene og betvilte om hen var flink nok til å jobbe der. Informant A opplever at veiledningen har bidratt til at hen har blitt mer bevisst begrepet overføringer og motoverføringer, noe som har gjort hen tryggere i relasjon til pasienter.

«Ting forandret seg, det ble lettere å jobbe. (...), fordi jeg fikk en forståelse av hva overføringer og motoverføringer handlet om. Etter det klarte jeg å håndtere overføringer fra pasienter på en mye bedre måte. Før kunne jeg bli fanget i overføringene og bli usikker på om jeg klarte å jobbe med en så krevende pasientgruppe.» (Informant A).

Som en forlengelse av det informant A forteller, forteller informant C:

«Før var vanskelig å beholde roen når du fikk en skyllebøtte fra pasienten som du på en måte ikke helt følte var berettiget i det hele tatt da. Men nå klarer jeg å trekke meg ut av situasjoner, både for pasientens del, men også for min egen del.» (Informant C).

Informantene hevdet de fikk en forståelse for at pasienters handlinger kommer til uttrykk på grunn av sykdomshistorikk og erfaringer pasienten har, og informantene evner å håndtere motoverføringer bedre, slik informantene beskriver:

«Jeg forstår nå at det er ikke alltid er en bevisst handling fra pasienten sin side, det er symptomer på sykdommen. Jeg har fått en helt annen forståelse av hva som foregår inne i hodet på pasienten.» (Informant A).

Informant B beskriver at hen evner å metatenke før hen reagerer på overføringene:

«Nå klarer jeg å bruke to sekunder på å gå opp i metaboksen og tenke «hva er det som skjer her nå». Bruke de sekundene, og kanskje kommer det noe mer hensiktsmessig ut av munnen da.» (informant B).

Som en forlengelse av det informant B beskriver, beskriver informant C:

«Nå klarer jeg å metatenke enda bedre føler jeg. Få en forståelse av «hva er det dette handler om, hva er det som er bakgrunnen for at pasienten reagerer som hen gjør.» (Informant C).

Informantene fikk kunnskap om at handlingene til pasienter oftest kommer på bakgrunn av sykdomsbilde og tidligere erfaringer, og på den måten kan informantene etablere bedre metatanker før de intervenserte med pasientene, og fikk forståelse for egne motoverføringsreaksjoner.

«På den ene siden så skjønner jeg at det ikke er jeg som har gjort noe feil, det er ikke derfor jeg får kjeft av pasienten. I veiledningen gir det meg mening at det ikke nødvendigvis er meg pasienten er sint på, men det er ens tidligere opplevelser.» (Informant B).

Informant C beskriver det som at:

«Intervensjonene gir mening», fordi man får kunnskap om motoverføringer, overføringer og metatanker.» (Informant C).

Informantene beskrev hvordan veiledningen bidro til økt kunnskap gjennom mulighetene for refleksjoner og bevissthet på egne motoverføringer. Informantene beskrev hvordan refleksjoner og tilbakespill av kolleger på pasienters overføringer, bidro til økt forståelse og bevissthet rundt egne motoverføringer, samt det å kunne lytte til kollegers erfaringer og refleksjoner i situasjoner når det røyner på bidro til trygghet. Informantene opplevde å få en mer forståelse for handlingene, og flere verktøy å benytte seg av. Videre handlet veiledning om hvordan pasienters bakgrunn og sykdomshistorikk bidro til bevissthet og forståelse for pasientens nåtidige handlingsmønstre, og hvordan man som terapeut kan intervensjonere for å ivareta seg selv som terapeut bedre, og stå stødigere i valgene man tar i møte med pasienten. Informantene la vekt på at selv om mye av fokuset i veiledningen handlet om terapeutens motoverføringsreaksjoner, var det viktig for informantene å gå gjennom alle punktene i TRM, for å få en økt forståelse og mer kunnskap om terapiens utfordringer samt terapeut-pasient relasjonen. Informantene la og vekt på betydningen av muligheten for å kunne delta på veiledning i arbeidstiden var positivt.

Vi har allerede sett litt på hvordan veiledning har bidratt til økt kunnskap og trygghet hos informantene, og hvordan trygghet spiller en rolle vedrørende informantenes motoverføring, intervensjonsevne og metaevne. I det følgende vil jeg utdype veiledningens trygghetsskapende rolle som angår terapeutens arbeide med seg selv, pasienter og kolleger.

3.2 Trygghet

Alle informantene kom inn på tema trygghet, og betydningen av å få kunnskap som gjorde informantene tryggere i arbeide med seg selv, pasienter og kolleger. Trygghet handlet om å få mer forståelse og kunnskap rundt egne følelser og tanker, kollegers følelser og tanker, og hvordan kunne håndtere pasienters overføringer og erfaringer på en god terapeutisk og hensiktsmessig måte. Informantene hadde ulike innfallsvinkler når det kom til tema trygghet.

Informant A beskrev det som ekstra viktig og verdifullt at man har en arena hvor man kan sitte og snakke om følelser, dele opplevelser man har, lytte til hverandres meninger og synspunkter. Og på den måten hjelpe hverandre til å ikke gå i noen feller i forhold til overføringer fra pasienten. Informant A beskriver det slik:

«Jeg syns veiledningen og modellen er med på å skape en trygghet. For det var første gangen jeg følte meg trygg på en helt annen måte, når jeg lærte om overføringer, motoverføringer og metatenkning på denne måten. Nå skjønner jeg hvorfor jeg kan reagere som jeg gjør, og hvorfor pasienten reagerer som hen gjør.» (Informant A).

Informant C fortalte om flere opplevelser tidligere hvor hen syns det var utfordrende å akseptere negative følelser ovenfor pasienter, men at veiledning har bidratt til at hen i dag tenker:

«Veiledning gir jo mulighet for egenutvikling og en trygghet. Jeg blir mer bevisst på hva mitt sinne handler om hvis jeg reagerer, og kan da stå bedre rustet til å møte pasienten der hen er. Spesielt når vi får nye pasienter, det handler ofte om pasienter man ikke er i team med, da kjenner jeg på trygghet i veiledningen. At man får raskt tilgang til situasjonen og at man da har med seg det i møte med pasienten. Det gjør meg tryggere.» (Informant C).

Som en forlengelse av det informant A og C beskriver forteller informant B:

«Jeg syns det er fint at man får lov til å sette ord på hva man føler av både positive og negative følelser. Spesielt at man får lov til å si alle de negative. Jeg tror at hvis man undertrykker sine egne negative følelser så blir man en dårligere terapeut. Men blir man bevisst og tørr å møte egne negative følelser, så tror jeg man blir tryggere i seg selv og klarer å gjøre jobben på en bedre måte.» (Informant B).

Felles for alle informantene var at de opplevde det som utfordrende å skulle dele sine negative følelser når de startet opp med veiledningen. Det å skulle si negative følelser knyttet til en pasient føltes «feil». Men det å kunne lytte til kollegers opplevelser og erfaringer under veiledningen bidro til at informant B ofte tenker:

«Oi, det er jo mange som sitter her med de samme følelsene som meg, også negative. Da forstår jeg at ok, dette er helt vanlig og det er helt greit. Hele poenget er å bli bevisste hva vi føler.» (Informant B).

Som en forlengelse av dette fortalte informant A:

«Jeg skjønner at det ikke bare er jeg som sitter med de vonde opplevelsene.» (Informant A).

Tidligere kunne informant C oppleve at det var vanskelig å skulle dele negative følelser, fordi det var ubehagelig og skamfullt å dele slike tanker. Men uavhengig om man er ny eller gammel med modellen, deler eller ikke, blir man alltid sittende og lytte, og da vil man se at det ikke er skummelt å engasjere seg når man ser at kolleger har de samme negative følelsene ovenfor en pasient. Informant C forteller:

«Nå, når vi får nye kolleger inn, så merker man på en måte hvor stor forskjell det er på oss som har holdt på med modellen lenge, og nye som kommer inn. Det er nok litt de samme tankene der å som vi hadde i starten: kan jeg si dette på en måte.» (Informant C).

Oppsummert handlet trygghet om å tørre å vise sårbarhet, vite at man er med på å bidra til trygghet i personalgruppen og i terapeut-pasient-relasjonen, ved å få mer aksept og innsikt i egne og kollegers følelser og reaksjoner. Alle informantene la vekt på at de opplevde det som trygt å snakke om negative følelser fordi man fikk validering og sosial støtte fra kollegaene sine. På den måten later det til at trygghet bidrar til et bedre arbeidsmiljø.

3.3 Bedre arbeidsmiljø

Informantene opplevde at arbeidsmiljøet var bedre fordi man fikk innsikt i hvordan kolleger erfarte og opplevde situasjoner, samtidig som man fikk en felles forståelse av hva usikkerhet og utrygghet i arbeidsmiljøet handlet om. Arbeidsmiljø slik det fremsto hos informantene handlet ofte om elementer som å være mer samkjørte, arbeide mot et felles mål samt trygghet og forutsigbarhet i arbeidsmiljøet. Informantene hadde ulike innfallsvinkler til hvordan de opplevde at arbeidsmiljøet ble bedre med veiledningen.

Informant A opplever at veiledningen bidrar til mindre splitting i arbeidsmiljøet, fordi man blir mer bevisst bakgrunn for overføringene fra pasienten, og terskelen for å snakke med kolleger om følelser og motoverføringer er lavere. Informant A beskriver det slik:

«Jeg blir tryggere i relasjon til kolleger, fordi jeg vet at det ikke bare er jeg som sitter med de opplevelsene som jeg gjør. At vi som kolleger kan snakke om det og støtte hverandre og vite at de eventuelle historiene pasientene kommer med kanskje bare er oppspinn.» (Informant A).

Informant C opplever at hen er blitt mer bevisst på hvor hen tar opp diskusjoner omhandlende en pasient. Tidligere kunne hen lytte til kollegers opplevelser og følelser og si seg enig eller bli med i diskusjonen. Men at hen har opplevd at det kan ha bidratt til at samtalen i rommet utenfor veiledningen har bidratt til økt trykk og frustrasjon hos kollegaen det gjelder og seg selv.

«Også er det litt sånn med timingen der å på en måte, hvilken tid man på en måte velger å si ifra til kolleger på. For det er ikke alltid det er passende. For hvis temperaturen er høy så er det ikke sikkert det er da en skal komme med sin frustrasjon eller der det måtte være noe da.» (Informant C).

Informant B sier det er lettere nå å snakke om følelser med kolleger, også utenfor veiledningsrommet, og hen tror og opplever at det kan bidra til at man tar mer vare på hverandre.

«Når jeg ser kolleger reagere på pasienters overføringer der og da, og i etterkant av en situasjon. om det handler om sinne, å bli lei seg, vise alt for mye varme eller noe, så tenker jeg, hvordan skal jeg formidle dette på en god måte? Da tenker jeg, jeg er åpen og ærlig om hva jeg tenkte om det. Det går alltid fint, og det blir ofte en god samtale med kollega.» (Informant B).

Informant C opplever at TRM bidrar til bedre arbeidsmiljø fordi:

«Det er først og fremst en trygghet i personalgruppen. Jeg tenker det handler om at folk er komfortable med veiledningsformen og at det er trygt. Man kan si at man er oppgitt og lei, sint og ja, og det er på en måte helt greit.» (Informant C).

Informant B beskriver at veiledning med den refleksjoner og system bidrar til trygghet mellom kolleger:

«Når jeg vet at «ok, dette har vi blitt enige om sammen, hvordan vi skal gjøre det, hvordan vi skal gå frem i møte med pasienten». Uansett hva som da skjer så gjør jeg det riktige. Den tryggheten det skaper mellom meg og mine kolleger, det er godt.» (Informant B).

Informant B kunne derimot og oppleve at hvis alle snakket positivt om en pasient, kunne det være vanskelig å si høyt hva hen opplevde som utfordrende og negativt.

«Når man tar runden og de foran deg sier bare positive ting også sitter du der selv med masse negative følelser. Så krever det litt og tørre å si det, men det er veldig fint å gjøre det. Det å få lov til å si sine negative følelser rundt det. For alle har det jo i ulik grad.» (Informant B).

Det kunne virke som at trygghet i personalgruppen bidro til at informant B så på det som positivt å være ærlig, og opplevde ikke negativ kritikk fra kolleger, men heller forståelse, støtte og validering. Som en forlengelse av dette beskrev informant A:

«Vi som kolleger har mulighet til å ha en helt annen dialog, stå støtt og samlet til å hjelpe hverandre til å ha det bra på jobben. For det er jo veldig utfordrende det vi jobber med, og da er det ekstra viktig at vi står støtt sammen.» (Informant A).

Oppsummert så det ut til at arbeidsmiljøet ble bedre på bakgrunn av at veiledning, og elementer som økt kunnskap og trygghet, flettes sammen og er med å skape en felles forståelse, aksept og innsikt i egne følelser og reaksjonsmønstre samt kollegers følelser og reaksjonsmønstre. På den måten utvikler det seg en felles tillit og forståelse til hverandre, og ikke baksnakking og en dømmende adferd. Terapeutene står mer samlet i arbeidet med en utfordrende hverdag og

terapeutene evner å kunne skape en bedre terapeut-pasient-relasjon. På den måten, later det til at trygghet og et bedre arbeidsmiljø bidro til en bedre pasientbehandling.

3.4 Bedre pasientbehandling

For informantene var det viktig at man evnet å skape en god terapeut-pasient-relasjon. Fordi pasientgruppen er kompleks, og kan være krevende å arbeide med, med behov av validering og følelsesregulering, slik som beskrevet i kapittel 1. Ved å få kunnskap om begrepene overføring, motoverføring, metatanker, og på bakgrunn av dette skape gode terapeutiske intervensjoner, kan det bidra til en bedre terapeut-pasient-relasjon og en bedre pasientbehandling. Økt kunnskap, trygghet, arbeidsmiljø og pasientbehandling flettes sammen.

Informant B erfarte tidligere at hen kunne bli irritert eller syntes synd på pasienten. Samt ofte kjenne at hen ble følelsesmessig påvirket i situasjonen og ville forklare for pasienten årsaker og grunner, noe som hen opplevde gjorde pasienten mer aktivert og relasjonen dårligere. Men grunnet veiledning og TRM opplever hen å evne bedre å regulere egne følelser og motoverføringer som kan hjelpe terapeut-pasienten-relasjonen ytterligere slik at man ikke blir stående og føle seg hjelpeløs i vanskelige situasjoner.

«Det er vel det jeg tenker er et viktig redskap med modellen da, lære seg å metatenke «hva skjer her nå, bruke de sekundene før man svarer. Som da fører til en bedre intervensjon mot pasienten og bedre dialog.» (Informant B).

I en forlengelse av dette, svarte informant A, etter å ha deltatt på veiledning:

«Jeg klarte å håndtere de negative utbruddene, og ofte anklagelser pasienter kan komme med på en så mye bedre måte. Og det handler om at jeg har lært mer om overføring og motoverføring, hva gjør det med deg, hvordan det er naturlig å reagere, hva skjer inni meg når pasienten gjør sånn eller sånn, eller sier sånn eller sånn.» (Informant A).

Informant A understrekte at å få bedre informasjon om pasienter man ikke var i team med i veiledning, bidro til at man ikke ble fanget i negative overføringer på samme måte som før, og at trygghet i personalgruppen bidro til at hen kunne gå til andre team og stille spørsmål til behandlingen, uten å få negative tilbakemeldinger.

«Pasienten sier hen ikke har fått hjelp til dette eller dette. Jeg vil gjerne høre litt hva dere har jobbet med så jeg ikke sier eller gjør noe feil. Da fortalte kolleger: dette har vi jobbet masse med, og utdypet videre.» (Informant A).

Informant A opplevde at å trekke seg ut av situasjonen, metatenkte «hva skjer her nå» og gå til teamet og spørre før hen reagerte på pasientens overføringer, noe som bidrar til at hen kan hjelpe pasienten med gode terapeutiske intervensjoner, og ikke bli fanget i pasientens overføringer.

Som en forlengelse av hva informant A har erfart, erfarte informant B:

«Nå klarer jeg å gå frem på en mer hensiktsmessig måte da, i relasjon med pasienten. Fordi jeg har blitt mer bevisst overføringer og motoverføringer.» (Informant B).

Samtidig sier Informant A at når man ikke er bevisst begrepene og innholdet i dem, kan det skape dårlige relasjoner til pasienter, spesielt til pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, fordi de kan spille ut mye på følelsene til terapeuten. Informant C beskrev det slik:

«Modellen bidrar til at vi faktisk klarer å holde dem med, spesielt emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse lengere i behandling. Som man vet, har utfordringer med å være i døgnbehandling. Så det at det er få pasienter som avslutter før tiden tenker jeg er et godt signal da om at vi gjør noe riktig. Når pasienten blir værende tross alle de relasjonelle utfordringene de står i. Men det tror jeg henger sammen med den økte bevisstheten på oss selv, i møte med pasienten.» (Informant C).

Å gå i feller er fortsatt uunngåelig, slik informant B beskrev det:

«Jeg kan ikke si at nå er det bra, nå er det aldri et problem. Nei, man kan absolutt kjøre seg fast nå også og bli sittende i alle de vonde følelsene. Jeg tenker det har noe med vår egen dagsform å gjøre også. Har man underskudd av søvn, hvordan man har det på det private. Altså, det er mange ting som spiller inn da. Så man kan absolutt kjøre seg fast

nå og. Men nå klarer jeg fort å finne ut, eller fortere å finne ut hvorfor jeg reagerer som jeg gjør.» (Informant B).

Informant B beskrev situasjoner hvor hen har blitt aktivert og følelsesmessig påvirket av pasienters overføringer. Men at hen nå med hjelp av veiledning og TRM trekker seg ut av negative situasjoner, og på den måten forebygger en uhensiktsmessig diskusjon med pasienten.

«Ved å bruke modellen systematisk og gjennomgå metatenkning, hva er det dette handler om, hva er det som er bakgrunnen for at pasienten reagerer som hen reagerer. Så gjør det noe med for forståelsen, min forståelse av pasienten og hjelp til å kunne møte pasienten der en er, uten at jeg selv blir aktivert. På den måten kan jeg trekke meg ut av situasjonen. Både for pasientens del, men og for min egen del for å ikke bli stående i en diskusjon som er uhensiktsmessig både for pasienten og meg.» (Informant B).

Informant C formidlet at det var få pasienter som avsluttet før tiden. Pasienter ble lengere i behandlingen, ofte ut hele behandlingstiden, og ønsket videre utvidelse. Informant C gav uttrykk for at hen klarte å stå bedre rustet, og var tryggere i relasjon med pasienten nå fordi hen evner å håndtere egne motoverføringer bedre, særlig i situasjoner med pasienter som har emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Noe som ofte kunne oppleves som utfordrende, spesielt når man ikke var i team og kjente pasienten like godt.

«Nå vil jeg på en måte kunne bidra til å hjelpe pasienten videre ved å være bevisst mine følelser. Spesielt i møte med pasienter jeg ikke er i team med.» (Informant C).

Ved at terapeutene øker sin kunnskap og bevissthet omkring egne følelser og motoverføringsreaksjoner, pasienters overføringer, terapeutens metaevne og hvordan kunne etablere gode terapeutiske intervensjoner felles i personalgruppen, kan det gi anledning til å bedre terapeut-pasient-relasjonen, noe som kan gi en bedre pasientbehandling.

Pasientbehandlingen kan bli bedre på bakgrunn av at informantene øker sin forståelse og kunnskap gjennom veiledning. Den økte kunnskapen gir anledning for trygghet gjennom sosial støtte og validering mellom kolleger. Informantene erfarer at veiledning og TRM er av betydning for å utvikle kunnskap og forståelse man kan ta med seg i terapeut-pasient-relasjonen samt terapeut-terapeut-relasjonen med kolleger.

I det neste kapitlet kommer diskusjonen, som blant annet vil besvare problemstillingen i henhold til det analytiske rammeverket, samt andre aspekter ved funnene.

4 Teori og diskusjon

Denne delen skal gjennomgå oppgavens teoretiske rammeverk og diskusjonsdel. Disse er strukturert inn i hovedsakelig tre deler i tillegg til en kort oppsummering. Det teoretiske rammeverket for oppgaven blir redegjort for først. Hovedsakelig vil Tveiten (2013) sitt syn på veiledning benyttes, og deretter Killén (2017) og Vråle (2015) med vekt på veiledning og profesjonell utvikling i arbeid med krevende og komplekse pasientgrupper. Deretter vil teoretiske perspektiver innenfor følgende temaer gjennomgås fortløpende: håndtering av motoverføringer, et bedre arbeidsmiljø, læring og kunnskapsdeling, og aksept for egne følelser med teorier. Disse vil forsøkes å bli besvart og jeg skal forsøke å knytte dette til problemstillingen og funnene som ble gjennomgått i det foregående kapittelet. I den neste delen presenteres andre utfordringer blant annet om terapeuter har et godt tilrettelagt veiledningstilbud tilgjengelig og hva som kan påvirke veiledning i uheldig retning. Dette er en forlengelse av diskusjonen og omfatter viktige aspekter ved slik praksis. Praktiske implikasjoner vil følge rett etter og avslutningsvis følger en rask oppsummering.

4.1 Veiledning og det å håndtere motoverføringer

4.1.1 Hva er veiledning?

Som vi så innledningsvis hevder Tveiten (2013) at veiledning er et paraplybegrep, og det finnes ulike metoder som kan benyttes og videreutvikles i veiledning. Ifølge Tveiten (2013) kan veiledning bidra til at veisøkeren utvikler mestring, kunnskap og kompetanse gjennom refleksjonsprosesser. Ved at veisøker blir bevisst sine emosjoner i veiledning kan det bidra til å styrke terapeuters holdninger og kommunikasjonsmåter. Ved at terapeuter blir mer bevisst sine egne emosjoner i veiledning kan terapeuten endre sine negative og irriterende holdninger som kan komme til syne i møte med pasienter, og lettere kunne etablere en mer empatisk og profesjonell holdning (Tveiten, 2013). Røkenes et al. (2012) og Schibbye (2012) hevder veiledning kan bidra til å utvikle gode relasjoner mellom terapeut og pasient ved at terapeuten får anledning til å bli bevisst hva som kan forekomme i den mellommenneskelige relasjonen mellom seg selv og pasienten. Tveiten (2013) hevder veiledning kan bidra til refleksjon hos veisøkeren. Killén (2017) mener refleksjon i veiledning kan ha en mer nyttig side enn at det blir håndtert på en negativ måte på vaktrommet, og muligens på hjemmebane. En terapeut kan bli mer bevisst samspillet som forekommer mellom to individer, terapeuter kan ha mulighet til

å bli mer årvåkne omkring hva som kan påvirke relasjonen mellom seg selv og pasienten. Veiledning gir veisøkere anledning til å kommunisere, å gjøre noe felles (Tveiten, 2013).

Betydningen av veiledning er ifølge Vråle (2015) at personell som jobber med mennesker i situasjoner hvor det røyner på, får anledning til å kunne reflektere og prosessere sine følelser og motoverføringer gjennom veiledning på en mer nyttig måte. På den måten kan personalets arbeidsevne og arbeidsglede fremmes. Teslo (2006) støtter dette og hevder veiledning som oppfattes meningsfullt bidrar til refleksjon og utvikling hos veisøker og mellom kolleger. Målet med gruppeveiledning, slik Killén (2017) beskriver det, handler om at gruppen har anledning til å støtte hverandre ved å vise aksept og å strebe etter holdninger som er ikke-dømmende overfor hverandre.

4.1.2 Håndtere motoverføringer

I terapeut-pasient-relasjonen tar terapeuten med seg sin historie og livserfaring inn i møtet med pasienten, og det samme gjør pasienten Killén (2017). Killén (2017) hevder at om terapeuten er bevisst sin bagasje og pasientens bagasje, kan terapeut-pasient-relasjonen bli bedre. Gjennom refleksjoner i veiledning kan terapeuten få mulighet til å bli bevisst sine reaksjoner, på bakgrunn av tidligere historie og livserfaring. På den måten blir ikke negative holdninger og følelser ubevisst inn i møtet med pasienten. Bevisstgjøring og anerkjennelse er et sentralt hovedtema i veiledning (Karlsson & Oterholt, 2010; Tveiten, 2013). Å bevisstgjøre og anerkjenne de utfordringer og følelser terapeuten sitter inne med gjennom veiledning, kan være med på å bidra til at pasienten opplever en ekte interesse og føler seg forstått i relasjonen og terapeut-pasient-møtet (Karlsson & Oterholt, 2010). Schibbye (2012) hevder at pasienter har behov for anerkjennelse for å kunne utvikle seg. Det er derfor viktig at terapeuten er bevisst den sårbare relasjonen som kan oppstå i et terapeut-pasient-møte ved hens håndtering av motoverføringer (Hummelvoll & Dahl, 2012). På den ene siden kan avvisning fra pasienten oppleves som sårbart. Terapeuten kan komme til å føle at hen ikke er god nok eller flink nok til å håndtere vanskelige situasjoner og kan komme til å føle at hen gjør feil (Isdal, 2017).

Ved at terapeuten møter pasienten med en åpen og reflekterende holdning, med bevissthet omhandlende sin egen selvfølelse, selvkontroll, selvbevissthet og selvbylde, kan terapeuten og pasienten oppleve møtet som trygt og varmt (Røkenes et al., 2012). Røkenes et al. (2012) hevder at om terapeuten ikke er bevisst, kan terapeuten komme til å behandle pasienten som et objekt, og et jeg-det-møte oppstår. Dette skjer ofte når terapeuten ikke evner å være bevisst sine

holdninger og kan komme til å behandle pasienten som et objekt fordi hen har en fast tro om at hens egne yrkeserfaringer, begreper og teorier er det riktige. Tishby og Wiseman (2020) hevder skader kan oppstå i relasjonen mellom terapeut og pasient fordi terapeuten ikke evner å håndtere motoverføringsreaksjoner og kan reagere på pasientens overføringer i møtet, eller trekker seg unna situasjonen uten å drøfte følelsene sine med kolleger eller i veiledning. Søken etter rollepersoner er ofte en del av væremåten og relasjonsbyggingen til pasienter som trenger det mest (Hummelvoll & Dahl, 2012). Likevel er relasjonsbrudd og kritikk ofte en del av håndteringen av vanskelig følelser hos pasienter med dobbeltdiagnoser, spesielt når pasienten er redd for å bli avvist igjen. Terapeuten kan komme til å oppleve avvisning i ulik grad, og ifølge Isdal (2017) er dette en underkommunisert belastning i hjelpeapparatene. Isdal (2017) hevder indirekte belastninger som terapeuten kan oppleve i møte med pasienten er eksempelvis avmakt, motstand, pasientens smerte, vonde fortellinger om livssituasjoner med vold, svik og overgrep, pårørendes smerte og fortvilelse.

Ifølge Isdal (2017) kan veiledning bidra til at terapeuter håndterer belastninger bedre fordi veiledning kan oppleves trygt og informativt. Isdal (2017) hevder et trygt miljø i veiledning kan bidra til at veisøker blir bevisst sin personlige historie og livssituasjon, i den forstand å gjøre terapeuter bevisst sine erfaringer og holdninger som terapeuten kan komme til å bringe med seg i terapeut-pasient-møtet. Veiledning som oppleves trygt og som bidrar til at terapeuten blir bevisst egen historie og situasjon, kan bidra til at terapeuten utvikler metakognitive evner og intervensjoner basert på pasientens sykdomshistorikk, erfaring og mål, og dermed håndtere egne motoverføringer.

Samtidig hevder Schibbye (2012) at terapeutens metakognitive evner i stor grad handler om terapeutens anerkjennelse. Pasienter med emosjonelle utfordringer kan ha vanskeligheter med å være bidragsytende i relasjonen mellom terapeut og pasient. Som vi har sett tidligere kan tidligere erfaringer hos pasienter utvikle motstand og usikkerhet, selv om pasienten søker etter relasjoner. Samtidig ønsker pasienter anerkjennelse, men har ofte vanskelig for å være anerkjennende tilbake til terapeuten. Ifølge Schibbye (2012) innebærer anerkjennelse eksempelvis en umiddelbar følelse av verdi hos pasienten. Følelsen av verdi, og bli sett, kan hjelpe pasienter til å utvikle seg videre, uavhengig livssituasjonen. Subjekt-subjekt-relasjonen oppstår når terapeuten evner å ta pasientens livsverden og livssituasjon, ved at terapeuten evner å se og verdsette pasienten som medmenneske, ikke kun som pasient. Anerkjennende og

bevisste holdninger hos informantene, kan bidra til at terapeutene håndterer egne motoverføringer bedre.

Anerkjennelse ikke er noe terapeuten har, men det er noe hen er (Schibbye, 2012). Terapeuten kan forstå pasientens adferd og overføringer ved at hen evner å fange opp vedkommendes bevissthet. Et viktig bidrag, ifølge Schibbye (2012), er terapeutens kunnskap om hvordan hen skal fange opp pasientens bevissthet og gi tilbake anerkjennelse av sin bevissthet. Det er derfor også essensielt at terapeuten er bevisst sitt nonverbale kroppsspråk. Kort forklart handler terapeutens bevissthet om å se seg selv utenfra og den andre innefra. Røkenes et al. (2012) mener at økt bevissthet omhandler terapeutens evne til å være i stand til å mentalisere.

To hovedelementer i terapeutens evne til å mentalisere i møte med pasienten inkluderer ifølge Schibbye (2012) terapeutens evne til selvavgrensning og selvrefleksivitet. *Selvavgrensning* handler om terapeutens evne til å se seg selv utenfra, stille seg utenfor seg selv og hvordan en selv kan oppfattes av andre. Å kunne skille egne tanker fra andres. *Selvrefleksivitet* handler om terapeutens evne til å analysere og betrakte egne opplevelser fra andres. Psykiater Sigmund Freud (Schibbye, 2012) omtalte tilknytning og relasjonelle faktorer mellom to individer som et speil og terapeutens motoverføringer påvirket relasjonen. Schibbye (2012) hevder derimot at Freud ikke forsto de subtile relasjonelle faktorene, slik vi har mer kunnskap om i dag. Metaevne med selvrefleksivitet, handler om å kunne tenke over de direkte tankene sine, ikke speile slik Freud omtalte en subjekt-subjekt-relasjon. Terapeuten må heve tankenivået ytterligere, og ha evne til selvavgrensning.

4.2 Diskusjon

Nedenfor skal jeg forsøke å diskutere funn i undersøkelsen opp mot teoretiske perspektiver. Den viser hvordan mange av delene henger sammen, særlig økt kunnskap og bevissthet omkring egen metakognisjon peker seg ut. Det har vært viktig for oppgavens helhet å trekke inn ulike teoretiske synspunkter for å argumentere for viktigheten av veiledning og dens praksis.

4.2.1 Hvordan opplever informantene overføringer og motoverføringer?

Funnene i denne undersøkelsen viser at informantene opplever å håndtere overføringer og motoverføringer bedre. På den ene siden virker det som at veiledning kan bidra til

bevisstgjøring og anerkjennelse hos informantene, noe som virker å resultere i økt mentaliseringsevne og trygghet. Noen av informantene beskrev at veiledning bidro til forståelse for hvorfor man kunne reagere som man gjorde med egne motoverføringer. På den andre siden kan informantene bli bevisst sine reaksjoner og følelser gjennom veiledning, og på den måten forstå gjennom metaevne og intervensjoner hvorfor pasienter kan reagere som dem gjør. Samtidig kan informantene etablere anerkjennelse for egne følelser og holdninger som på den ene siden kan bringe med seg negative faktorer i terapeut-pasient-relasjonen. Men som på den andre siden kan bringe med seg positive faktorer i terapeut-pasient-relasjonen ved at terapeuten er trygg og evner å mentalisere over situasjoner og hendelser.

4.2.2 Et styrket kollegialt fellesskap

Røkenes et al. (2012) hevder at mellommenneskelig kommunikasjon oppstår når problemer eller utfordringer gir mening, samtidig skaper mening en følelse av et fellesskap. Ifølge Skogstad og Einarsen (2021) kan veiledning bidra til å forebygge negativt arbeidsmiljø og konflikter mellom arbeidstakere ved at personalet får mulighet til å utvikle gode kommunikasjons- og læringsprosesser, samt få validering og sosial støtte fra kolleger rundt seg, spesielt i et miljø hvor man i det daglige står i utfordrende dialoger med pasienter.

Å legge til rette for en åpen dialog mellom arbeidstakere er med på å skape en atmosfære som bidrar til forståelse, aksept og respekt for arbeidstakerne. Skogstad og Einarsen (2021) hevder en felles opplevelse av sosial støtte, samarbeid og tilgjengelighet i personalgruppen bidrar til et styrket kollegialt fellesskap. Vråle (2015) støtter dette og hevder gruppeveiledning kan bidra til et verdifullt kollegafellesskap, etablere ro til å dele erfaringer, opplevelser og kunnskap samt åpne for dynamikk. Sommer og Eilertsen (2013) har undersøkt hvordan veiledning kan bidra til et styrket kollegialt fellesskap. Terapeutene fikk anledning til å reflektere over krevende situasjoner, og komme frem til en enighet over hvilke intervensjoner som var mest fruktbare i tilnærming med beboer på bakgrunn av pasientens sykdomsbilde, tidligere erfaringer og målsettinger. Sommer og Eilertsen (2013) hevder at veiledning kan bidra til at man blir bedre kjent med sine kolleger på bakgrunn av mulighetene for refleksjon i veiledning.

Buus et al. (2010) hevder at personal som opplever negative overføringer og stressende situasjoner med mye press, men som får anledning til å dele frustrasjoner og negative motoverføringer med kolleger i veiledning på en hensiktsmessig måte, opplever støtte og

validering som trøstende. Kollegers støtte og validering var viktigere enn interaksjon med veileder Buus et al. (2010).

4.2.3 Bedre samarbeid

En kan anta, ut fra funnene i undersøkelsen, at informantene som har mottatt veiledning opplever et styrket kollegialt fellesskap og forståelse for kollegaene sine. Jeg antar at dette også kan forbedre samarbeid på arbeidsplassen og styrke arbeidsmiljøet. I forbindelse med problemstillingen, ser vi ut fra funnene i denne undersøkelsen hvordan informantene erfarer å etablere mening i pasienters overføringer og egne motoverføringer på bakgrunn av veiledning og strukturen i TRM. Dette stemmer overens med Sommer og Eilertsen (2013) sine funn. På den ene siden ser det ut til at informantene opplever veiledning som betydningsfullt fordi man kan få validering og sosial støtte fra kolleger. På den andre siden ser det ut til at veiledning også bidrar til å utvikle gode kommunikasjons- og læringsprosesser. Informantene beskrev i kapittel 3 hvordan validering og sosial støtte bidrar til å utvikle tilhørighet, mening og kunnskapsutvikling mellom kolleger.

4.2.4 Læring, kunnskapsdeling og Reynolds modell

Kunnskap kommer i ulike former, ifølge Røkenes et al. (2012) innebærer kunnskap i helsevesenet praksisbasert kunnskap og teoretisk kunnskap. Det er nødvendig med refleksjoner over både praksis og teori for å få kunne håndtere krevende situasjoner og finne mening i arbeidet sitt. Veiledning kan ha stor verdi for at personalet skal øke kunnskapsnivået sitt, og bli bevisst pasienters overføringer og egne motoverføringer, ved at terapeuten evner å bruke både den teoretiske kunnskapen og praksisnære kunnskapen i møte med pasienter og kolleger (Røkenes et al., 2012).

Psykiatrisk historie, både som helsevesen og fag minner oss på hvordan faglig nærsynthet og rutinemessige vaner hos de ansatte har ført til ukritisk og uetisk bruk av makt og kontroll. Inhumane handlingsmetoder av psykiatriske pasienter ble benyttet for bare 70 år siden med lobotomi som behandlingsmetode (Norvoll, 2002). I dag ser vi på bakgrunn av økt kunnskap hvor mye behandlingen av mennesker med psykiatriske lidelser har endret seg. Tross ulike faggrupper og personer har man mulighet til, gjennom veiledning, å påvirke miljøets refleksjoner og tilnærminger til de som er mest sårbare og muligens trenger det aller mest

(Vråle, 2015). Gjennom dialog og refleksjon i veiledning, har man muligheter for faglig utvikling og terapeuten får anledning til å etablere mening ved å bli mer bevisst sin personlige kompetanse, gjerne omkring «hvem er jeg».

Antonovsky og Sjøbu (2012) hevder at mening handler om menneskets opplevelse, forståelse og håndtering av situasjoner, en «sense of coherence». Disse aspektene antyder Antonovsky og Sjøbu (2012) kan bidra til å styrke menneskers opplevelse av mestring i møte med utfordringer. Når terapeuten får en forståelse for pasienters overføringer og egne motoverføringer, og deretter erfarer «sense of coherence» i et styrket kollegialt fellesskap, antyder Antonovsky og Sjøbu (2012) at mennesket kan etablere tillit til omgivelsene og får ressurser til å takle utførende situasjoner, og utfordringene blir da verdt å engasjere seg i. Ved å begripe omfanget på egne motoverføringer og hvordan kunne håndtere pasienters overføringer med støtte, kan terapeuten oppleve mening med intervensjonene til pasienten. Dette støttes av Gonge og Buus (2011), som viser at deltagelse i veiledning bidrar til bedre refleksjonsevne, økt personlig prestasjon og mestringsfølelse. Samtidig fikk informantene større jobbtilfredshet, mindre emosjonell utmattelse, redusert depersonalisering og stress.

Bertha Reynolds modell skiller mellom fem faser i profesjonell utvikling (Killén, 2017, s. 73). Første og andre fase innebærer at veisøker går fra en mer selvcentrert innstilling til å kunne se pasienten, den andre bedre. Veisøker blir mindre opptatt av seg selv og blir mindre ansent ovenfor relasjonen til kolleger og pasienter. Usikkerheten er fortsatt til stede i fase to, men den er ikke like altoppslukende som i første fase. Fase tre handler om at veisøkeren får en forståelse av situasjonen, men evner ikke å handle utfra forståelsen. Ofte klarer veisøker i denne fasen å stille seg utenfor situasjonen, forholde seg roligere og reflektere bedre over situasjoner, men håndterer ikke å gripe inn med de ferdighetene man har til rådighet med. Reynolds hevder refleksjon og bearbeiding i den tredje fasen er essensiell for profesjonell og faglig utvikling. Reynolds hevder at studenten eller terapeuten ikke kommer til fase tre uten hjelp av veiledning. Fjerde fase i Reynolds modell handler om at terapeuten evner å forstå og handle utfra den forståelsen. I denne fasen har veisøker mulighet til å integrere forståelse, kunnskap og praksis i møte med krevende situasjoner uten at det forstyrrer hens arbeid. Femte fase i Reynolds modell innebærer veisøkers evne til å kunne formidle sitt eget fag. På dette nivået kan veisøker lære og eventuelt veilede studenter, kolleger og pårørende i faget. Reynolds hevder at veisøker kan ha fotfeste i ulike faser samtidig etter hvert som veisøker utvikler seg (Killén, 2017).

Kommunikasjon mellom mennesker som prosess hevder Skau (2017) handler om hvordan samspillet i behandling mellom terapeut og pasient kan utfolde seg, samt hvordan samspillet mellom gruppen i veiledning kan utfolde seg. Gruppeveiledning kan bidra til å fremme veisøkernes kommunikasjons-og mentaliseringsevne i dialog med pasienter, på bakgrunn av refleksjoner og verdifulle delinger av opplevelser i veiledningsgruppen. Ifølge Vråle (2015) bør terapeuten være bevisst de ulike kommunikasjonsprosessene som kan oppstå i dialogen når det røyner på. Røkenes et al. (2012, s. 210) beskriver fire-perspektivs-modellen for kommunikasjon som innebærer egenperspektivet, som handler om hvordan terapeuten stiller seg undrende til «hva mener jeg, hva føler jeg om dette?». Andreperspektivet, som handler om at terapeuten bør stille seg spørsmålet «hvordan ser dette utfra den andres synsvinkel?» Det intersubjektive møtet, handler om en subjektiv felles forståelse av dialogen. Det siste aspektet i fire-perspektivs-modellen, samhandlingsperspektivet, handler om metaperspektiv.

En viktig faktor for å kunne fremme en hensiktsmessig kommunikasjonsprosess hos terapeuten er å utvikle trygghet og tillit i mellommenneskelige forhold er at terapeuten. Ifølge Tveiten (2013) kan veiledning bidra til å utvikle veisøkers evne til å forsa den nonverbale kommunikasjonen som kan oppstå mellom seg selv og pasienten. Nonverbal kommunikasjon eller slik Røkenes et al. (2012) beskriver det, *kongruens*, handler om på hvilken måte ord og væremåte går overens. God kommunikasjon innebærer å være bevisst egen væremåte og utstråling, den må være ekte og entydig for å utvikle en god relasjon mellom terapeut og pasient.

Veiledning kan bidra til refleksjon og på den måten kan terapeuten etablere en empatisk holdning som innebærer terapeutens evne til en Jeg-Du-holdning. Kongruens innebærer bevissthet på Jeg-et, mens empati innebærer å være bevisst at det også finnes et Du. En Jeg-Du relasjon oppstår slik vi tidligere har sett Røkenes et al. (2012) beskriver en subjekt-subjekt-relasjon, og den relasjonen er essensiell i all kommunikasjon. Utøveren må deretter inneha en kontinuerlig ubetinget positiv grunnholdning, og tillit er grunnleggende i samspillet mellom mennesker og for utvikling av trygghet i konfliktarbeid. Å være kongruent i denne sammenhengen innebærer utøverens evne til tilstedeværelse, profesjonalitet og personlige kompetanse (Skau, 2017).

4.2.5 Bedre håndtering av motoverføring

Denne undersøkelsen fant at informantene som har deltatt i veiledning kan oppleve å håndtere motoverføringer bedre. Jeg antar at dette skyldes økt kunnskap. Videre viser undersøkelsen at TRM kan gi terapeutene mulighet til å bli bevisst ulike perspektiver for god utvikling, som støttes av Røkenes et al. (2012) sin fire-perspektivs-modell for kommunikasjon, som vist litt lenger oppe. Egenperspektivet kan gjøre terapeuten bevisst sine følelser og motoverføringer i TRM. Andreperspektivet kan bidra til at terapeuten blir bevisst pasienters sykdomshistorikk og erfaringer i TRM. Det intersubjektive fellesskapet handler om hvilke intervensjoner som er lagt til grunn på bakgrunn av pasientens sykdomsbilde, erfaringer og mål i TRM. I det intersubjektive fellesskapet i veiledning får terapeutene en felles forståelse for hva som bør gjøres på bakgrunn av pasienters tidligere erfaringer og teorier. Til sist kan samhandlingsperspektiver, som handler om terapeutens metaevne i TRM, bidra til å gjøre terapeuten bevisst pasientens sykdomsbilde og erfaringer. Som nevnt tidligere ser det ut til at informantene i denne undersøkelsen får anledning til å gå gjennom de ulike perspektivene med TRM som veiledningsmodell. På den ene siden ser man hvordan informantene i denne undersøkelsen hevder at veiledning kan bidra med å gjøre det mulig for personalet å sortere, støtte og validere hverandre. Samtidig har vi sett den andre siden hvor informantene beskrevet i kapittel 3 situasjoner at det er vanskelig å være nøytral og empatisk når man får negative overføringer man tar til seg personlig eller ikke føler er berettiget. I forhold til problemstillingen viser funnene i denne undersøkelsen at veiledning var av betydning for håndtering av motoverføringsreaksjoner blant annet fordi det gav mulighet for utvikling av hensiktsmessige intervensjoner med omhandlende pasienter.

Buus et al. (2011) antyder at informantene ikke fremstilte sin personlige og faglige utvikling i veiledning som redusert stress, læring og refleksjon, men som en mulighet for å utvikle kognitive og emosjonelle ferdigheter. Utfra funnene i denne undersøkelsen kan vi se hvilken betydning veiledning kan ha for håndtering av motoverføringsreaksjoner for informantene, da informantene legger vekt på at veiledning kan gi mulighet for å utvikle kognitive og emosjonelle ferdigheter først og fremst.

Kongruens innebærer ifølge Skau (2017) at man evner å snakke med følelsene sine. Være bevisst hvilke uttrykk som kommer gjennom blikk, bekreftende eller avkreftende nikk og hvordan terapeuten forholder seg til ord som bli brukt. Å være kongruent er derimot sjeldent

utfordrende når det dreier seg om å uttrykke nøytrale og positive budskap. Det er viktig at terapeuten er bevisst denne utfordringen når man skal snakke om negative følelser og reaksjoner som kan utløse sinne eller frustrasjon. På den ene siden ser vi ut fra funnene i denne undersøkelsen hvordan informantene kan tilegne seg kunnskap om egne holdninger og væremåter med veiledning. På den måten kan veiledning bidra til at pasienter oppfatter terapeuten som genuin, fordi terapeuten kan evne å håndtere egne motoverføringer.

4.2.6 Aksept for egne følelser

Killén (2017) hevder at en kunnskapsforankret forståelse for å utvikle hensiktsmessige handlinger og holdninger kan bidra til å stimulere terapeutens aksept og innlevelse. En nedsettende holdning ovenfor egne og pasienters motoverføringer kan med økt kunnskap og forståelse endre seg til aksept.

I yrkesutdanning får man en generell teoretisk og praktisk innlevelse i yrkeslivet. Når helsepersonell jobber med ytterst kompliserte og ansvarsfulle oppgaver med mennesker, er det essensielt og opp til hver enkelt å gjøre seg bevisst hvilke holdninger og reaksjoner som kan stå i veien for ens egen utvikling (Hummelvoll & Dahl, 2012). For at helsepersonell skal få anledning til å møte pasienten på en etisk og ansvarsfull måte er det essensielt at terapeuter jobber for å få en trygg forankring i egen yrkesidentitet og håndterer egne motoverføringer (Killén, 2017; Røkenes et al., 2012).

Killén (2017, s. 39) hevder det er tre delmål som bør etterstrebes for å utvikle sin funksjon, rolle og mentaliseringsevne gjennom veiledning. Det er å utvikle evnen til å reflektere og forstå mellommenneskelige relasjoner og prosesser. Deretter å utvikle og bevisstgjøre fagligetiske holdninger, forebyggende og problemløsende ferdigheter, mentaliseringsevne og relasjonskompetanse. Det siste delmålet innebærer utvikling av yrkesidentitet og tilhørighet. Ved å etterstrebe et aktivt engasjement og anerkjenne at samarbeidet med pasienten er i stadig endring, kan terapeuten utvikle mening og aksept for det som kan skje i relasjonen (Killén, 2017). Samtidig hevder Killén (2017) at å bli fortalt hva man skal gjøre i en slik krevende situasjon ikke styrker mentaliseringsevne til veisøker, fordi det bidrar ikke til at man forstår. Å leve seg inn i den andres følelser og opplevelse, samt integrering av kunnskap og utvikling av fagligetiske holdninger uteblir. Veisøker må få en forståelse for hvorfor og hva det er som gjør

at pasienten reagerer som hen gjør, og hvorfor og hva det er som gjør at en selv reagerer som hen gjør.

Andre delmål i veiledning hevder Killén (2017) gir mulighet til å utvikle mentaliseringsevne og relasjonskompetanse, hensiktsmessige handlinger og holdninger ovenfor pasienter samt forebyggende og problemløsende ferdigheter. Ved å videreutvikle terapeutens evne til å forstå, begripe og leve seg inn i dynamikken og årsaken i psykososiale utfordringer på individ, samfunn og systemnivå kan veiledning gi mulighet for utvikling av terapeutens relasjonskompetanse. Økt kunnskap om relasjonskompetanse gir en mulighet å gjøre veisøker bevisst egne reaksjoner, følelser, ferdigheter og faglige holdninger. Ved at terapeuter streber etter å bevisstgjøre sine egne holdninger og motstand, og utvikle ressurser, hva som gir glede og mestring, kan terapeuter finne balanse mellom hva som gir mestring og glede i jobben (Killén, 2017).

Veiledning gir mulighet for en kontinuerlig refleksjon over etiske dilemmaer og bevisstgjøring og aksept for egne handlinger og holdninger (Killén, 2017). Det er viktig å påpeke at aksept ikke er det samme som å akseptere en persons passive og kritikkløse adferd. Det handler ikke om å viske ut ens egne normer. Aksept handler om en kunnskapsforankret forståelse for hvordan andre mennesker og en selv kan oppfatte og oppleve en situasjon. Lamb og Cogan (2016) hevdet deltakerne utviklet motstandsdyktighet ved å ha en aksepterende holdning over ting og situasjoner utenfor deres kontroll. Aksept kan bidra som en beskyttende faktor ovenfor helsepersonell som jobber med en krevende og kompleks pasientgruppe (Lamb & Cogan, 2016). Tveiten (2013) hevder mestring og bevisstgjøring gjennom veiledning bidrar til at terapeuten kan håndtere stressende og belastende påkjenner, noe som kan bidra til at terapeuten utvikler motstandsdyktighet og forebygger utbrenthet. Lamb og Cogan (2016) antydte at helsearbeidere som jobber i psykiske helsetjenester utvikler mestringsstrategier mot stress og bygger motstandsdyktighet med gruppeveiledning. Motstandsdyktighet handler om evnen til å håndtere stress og katastrofer (Borge, 2018). For å utvikle motstandsdyktighet må mennesket være bevisst hva som gir positive og negative følelser. Det handler om hvordan man tenker og forholder seg til ting og situasjoner (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Foruten økt kunnskap kan det se ut som at veiledning har ført til at informantene i undersøkelsen er i stand til å få bedre aksept for egne følelser. På samme tid virker det som at informantene opplevde å akseptere egne og pasienters motoverføringer bedre i veiledning. Informantene ser

ut til å ha hatt mulighet til å øke sin kunnskap og forståelse med veiledning. For at veisøker skal utvikle sin yrkesidentitet innebærer det at terapeuten må oppleve å kunne bidra til nyskaping og utvikling i faget. For å kunne etablere dette må terapeuten være åpen og ærlig om sine behov, følelser og reaksjoner. For å utvikle yrkesidentitet og tilhørighet må terapeuten ta ansvar og være modig nok til å ta opp vanskelige forhold i veiledningen. På den måten kan terapeuten, kolleger og veileder arbeide mot viktige og essensielle mål for bevisstgjøring av personalet. I denne undersøkelsen kan man se hvordan TRM kan gi mulighet for at personalet kan få mulighet til å påvirke sin egen kontekst og situasjon, og komme med sine tanker og refleksjoner om behandling til pasienten gjennom punktet målrettede bevisste intervensjoner i TRM.

For å utvikle evnen til å reflektere og forstå mellommenneskelige relasjoner er det essensielt at terapeuten får innsikt og forstår pasientens behov og resurser. På den ene siden har veisøkeren anledning til å etablere en refleksjonsprosess og dermed kunne forså samspillet mellom andre systemer, familien, økonomiske, kulturelle og samfunnsmessige forhold, som kan være med på å bidra til aksept og forståelse fra terapeuten side. Mentaliseringprosessen er som nevnt tidligere en toveisrelasjon. Terapeuten må på den andre siden etablere evnen til å forstå den andre, forstå seg selv og reflektere over hvorfor hen forholder seg til pasienten som hen gjør. Som informant B beskrev i kapittel 3, at hen lærte seg å metatenke bedre og bruke noen sekunder på å tenke før hen svarte pasienten tilbake. Buus et al. (2011) antyder at veiledning bidro til å redusere den emosjonelle byrden til respondentene og aksept til å identifisere nye tilnærminger eller utforske indre utfordringer.

Slik informantene beskrev det i kapittel 3 ved at de opplevde aksept gjennom trygghet og sosial støtte i veiledning, er noe Borge (2018); Lamb og Cogan (2016) har utforsket. Ved å akseptere, kan man antakeligvis tilgi seg selv for negative følelser og adferd, og Borge (2018) antyder at om terapeuten ikke evner å opprettholde en mentaliserende selvrefleksivitet og selvavgrensningsevne, kan pasienten komme til å legge merke til avskyen eller usikkerheten terapeuten kan ha mot pasienten eller seg selv. På den måten kan det være vanskelig for en terapeut å utvikle aksept. Dette kan som nevnt bidra til utbrenthet. På den andre siden, når terapeuten evner å opprettholde en mentaliserende selvrefleksivitet og selvavgrensningsevne, samt aksepterer de faktorer som kommer frem i relasjonen slik Lamb og Cogan (2016) antyder, kan det føre til konstruktive relasjoner mellom terapeut og pasient. På denne måten kan veiledning bidra til å hjelpe terapeuter til å utvikle aksept på bakgrunn av kunnskapsutvikling og økt mentaliseringsevne.

4.3 Ulike sider ved veiledning og praktiske implikasjoner

Denne delen av diskusjonen vil gjennomgå noen underkategorier som går inn på blant annet viktigheten av et godt tilrettelagt veiledningstilbud, utbrenthet, organisatoriske utfordringer og utfordringer med gruppeveiledning. Praktiske implikasjoner gjennomgås også her. Dette er derfor en forlengelse av diskusjonen for å tydeligere flere aspekter omkring veiledning enn det som allerede er gjennomgått.

4.3.1 Konsekvenser ved å mangle et godt tilrettelagt veiledningstilbud

Isdal (2017) hevder det er tre forhold som er avgjørende for hvordan belastninger påvirker oss; alvorlighet, som handler om hvor overveldende eller dramatisk belastningene er for terapeuten, eksempelvis skriker pasienten, utagerer hen fysisk, gråter hen. Frekvens, som handler om hvor hyppig man blir utsatt for belastningen, eksempelvis hver dag, en gang i uken, et par ganger i året. Safe place, som handler om trygghet, eksempelvis om man har et trygt sted å dele tanker og følelser.

I tillegg til alvorlighet, frekvens og safe place som vi har sett på, er det to forhold til som er av betydning for at terapeuten skal kunne håndtere belastninger på en hensiktsmessig måte; personlig historie, som handler eksempelvis om hvilke erfaringer terapeuten har med seg i sin sekk. Det viser seg slik at ofte er egne erfaringer fra barndom og oppvekst en viktig faktor for valg av hjelpeyrker og terapeuter kan komme til å kjenne seg igjen i pasienters historie (Hummelvoll & Dahl, 2012). På den ene siden kan denne erfaringen være en stor ressurs i relasjonsbyggingen for å møte og forstå pasienten. På den andre siden kan denne erfaringen virke belastende, og terapeuten kan bli sårbar for negativ påvirkning. Terapeuter som kan kjenne seg igjen i pasienters historie har stor risiko for utbrenthet (Isdal, 2017). Arbeidet kan komme til å kunne representere en retraumatisering og gamle sår kan komme til å åpne seg hos terapeuten. Ifølge informantene i denne undersøkelsen bidro høy arbeidsbelastning og lav bemanning til at de ikke alltid evnet å være helt til stede i veiledningen.

I tillegg til personlig historie hevder Isdal (2017) at livssituasjon, som handler om arbeid som krever mye av terapeuten som person. Den største faktoren for at man skal kunne håndtere belastende situasjoner med pasienters negative overføringer er terapeutens motstandskraft og personlige styrke. Tveiten (2013) støtter dette og hevder at veiledning kan bidra til å utvikle

terapeutens bevissthet omhandlende egne erfaringer og følelser. I situasjoner med negative overføringer fra pasienten skal terapeuten evne å gå inn med en ro, tilstedeværelse, medfølelse og faglighet, terapeuten skal kunne håndtere sine motoverføringer (Hummelvoll & Dahl, 2012; Killén, 2017). I kapittel 3 beskrev informant A at det var godt å vite at man ikke satt alene med de negative følelsene. Isdal (2017) hevder at terapeuter tåler belastninger bedre når man jobber med andre og får anledning til sosial støtte og validering, på bakgrunn av belastninger som kan komme frem.

Informantene i denne undersøkelsen beskrev at de fortsatt kunne bli aktivert av pasientens overføringer, og la vekt på at det ofte hendte når de var overbelastet med arbeid, stress på jobb i forhold til pasienters negative overføringer, administrative oppgaver, underskudd av søvn og private årsaker. På den ene siden beskrev informantene i denne undersøkelsen at tid også var en viktig faktor for å være mottakelig for veiledning. Informantene beskrev at om det var andre oppgaver som skulle vært gjort ferdig, bidro det til en rastløshet med tanke på å fullføre andre arbeidsoppgaver. Helseyrket fremstår i et tidspress, og ansvar som kan virke belastende for personalet kan bidra til nedsatt arbeidsglede, og veiledning utgår på bakgrunn av organisatoriske prioriteringer, økonomi eller den enkeltes nedadgående deltagelse i veiledning (Skau, 2017; Vråle, 2015). Vråle (2015) hevder derfor at det er essensielt at organisasjoner legger til rette for en god veiledningsprosess.

4.3.2 Utbrenthet

Vråle (2015) hevder at personal som går for lenge med høy belastning i møte med pasienter i krevende situasjoner hvor det røyner på, kan føre til utbrenthet. Utbrent helsepersonell handler om den ansattes mulighet til å bearbeide og regulere følelser. Dette støttes av Tishby og Wiseman (2020) som hevder at kollegaforhold ble styrket gjennom veiledning, ved at man fikk en felles forståelse for hverandres følelser og opplevelser gjennom trygghet, sosial støtte og validering. Ved å jevnlig reflektere over krevende situasjoner i veiledning og terapeuten blir bevisst egne motoverføringer, kan det føre til positiv endring, og man kan forebygge utbrenthet (Skau, 2017; Skogstad & Einarsen, 2021). I forbindelse med problemstillingen ser man fra funnene i denne undersøkelsen hvordan informantene opplevde trygghet. Trygghet og sosial støtte i et harmonerende miljø kan bidra til å unngå utbrenthet.

4.3.3 Organisatoriske utfordringer

Buus et al. (2011) hevder at skiftarbeid og dårlig organisatorisk ledelse som ikke prioriterer at alle får anledning til å delta i veiledning, er med på å skape en ukultur på arbeidsplassen, og lav deltagelse kan bidra til emosjonelle utfordringer og utbrenthet. Vråle (2015) støtter dette og hevder at organisasjonen har ansvar å legge til rette for gode organisatoriske tiltak, slik at personalet kan forebygge utbrenthet og etablere nye gode strategier for læring og utvikling. Dette støttes av Dalsbø et al. (2013) som hevder at helsevesenet er overbelastet og stress forekommer hos helsearbeidere. Samtidig bidrar også turnusarbeid og stress til at terapeuter velger bort veiledning for å heller gjøre ferdig dagens oppgaver (Buus et al., 2010).

Buus et al. (2011) hevder at det er viktig at ledelsen legger til rette for at personalet får delta i veiledning, hvis ikke kan det bidra til en nedadgående spiral hvor lav deltagelse i veiledning bidrar til å undergrave de potensielle fordelene med veiledning. I et helsevesen som stadig er overbelastet og stressrelatert vil det være nødvendig med god organisatorisk ledelse for å opprettholde terapeutenes motivasjon, mestring og evne til å håndtere egne motoverføringer i møte med pasienter, som vi ser har emosjonelle utfordringer i relasjoner og behandling. Refleksjoner over terapeutens motoverføringer i veiledning hevder Vråle (2015) kan bidra til å fremme terapeutens identitet, integritet og samhandling med pasienter og kolleger.

Vråle (2015) hevder at veiledning på den ene siden er tids og ressurskrevende innenfor allerede snevre arbeids, tids- og økonomiske forhold. Men på den andre siden kan det argumenteres ovenfor overordnede systemer og organisasjoner at veiledning er kostnadsbesparende, ved at arbeidstakerens helse blir ivaretatt med tanke på utbrenthet og sykemeldinger. Veiledning kan bidra til at kvaliteten i arbeidet, fagutvikling og ressursfordeling hos personal som daglig står i krevende situasjoner med mennesker med helse og psykososiale utfordringer, blir bedre. At institusjonen har en god organisatorisk ledelse, kan det bidra til en positiv utvikling hos terapeuten, hvor terapeuten evner å håndtere belastningene på en hensiktsmessig måte (Isdal, 2017). Informantene i denne undersøkelsen beskrev det derfor som betydningsfullt at det var avsatt tid til veiledning, og at det var tilrettelagt slik at man kan delta i veiledning uavhengig dag, kveldsarbeid eller belastninger fra miljøet.

4.3.4 Utfordringer med gruppeveiledning

Utfordringer med gruppeveiledning er at det kan være hyppig skifte av ansatte. Derfor vil det kunne være at veisøkere har fotfeste i ulike faser i veiledning (Killén, 2017). Dette kan gjøre det utfordrende for gruppen å jobbe sammen og det er her veileders ansvar å legge til rette for utvikling. Nye i veiledning kan skape utrygghet og de mer erfarne kan kjenne på frustrasjon og aggresjon. Uavhengig hvilket nivå veisøkeren ligger på i veiledning, er det essensielt at veileder lytter til alle følelser og reaksjoner, samt minne de mer erfarne veisøkerne i veiledning på første og andre steg i veiledningsprosessen som vi har sett på tidligere. En forutsetning for at gruppen skal kunne utvikle seg er at gruppen møtes jevnlig samt at veileder har grunnleggende kunnskaper om veiledning (Killén, 2017; Vråle, 2015). Samtidig kan det tenkes at organisasjoner som legger til rette for veiledning, bidrar til lav utskiftning av personalet, fordi personalet får anledning til å bli bevisst følelser og reaksjoner som kan forekomme. Informantene i denne undersøkelsen beskrev i kapittel 3 at det hendte at det kunne være utfordrende å si sine negative følelser ovenfor pasienter, hvis kolleger bare hadde positive inntrykk av pasienten. Men på den andre siden så beskriver informantene at deltagelse veiledning over tid har bidratt til at de er trygge nok i veiledning til å dele negative følelser tross alt.

Det ligger til grunn for at ansatte som jobber med krevende og komplekse situasjoner erfarer frustrasjon og splitting i personalgruppen (Skau, 2017). Her er det essensielt at organisasjonen legger til rette for deltagelse i veiledning, slik at det ikke blir mulig å unngå eller trekke seg vekk fra veiledning på bakgrunn av uløste utfordringer. Utfra funnene i denne undersøkelsen ser vi hvordan fenomenene smelter sammen og et fenomen forutsetter et annet. Veisøker kan derfor ha fotfeste i de ulike veiledningsfasene til Reynolds, til enhver tid (Killén, 2017). Det er derfor viktig at organisasjonen legger til rette for at hver enkelt arbeidstaker får anledning til å utvikle sin funksjon, rolle og kompetanse.

4.3.5 Praktiske implikasjoner

Ut fra undersøkelsen, ser det ut som veiledning kan være betydningsfullt for terapeuter i arbeid med ulike pasientgrupper. Gjennom intervjuene dukket det opp flere aspekter ved veiledning som kan være av betydning. Disse aspektene er knyttet til trygghet og tillit, noe som fremstår som en sentral faktor for samarbeid i veiledning. Videre ser det ut som at veiledning kan være

viktig med tanke strukturen i TRM og den åpne organiseringen i veiledning. Det er lov til å dele negative følelser og reaksjoner. Informantene ga uttrykk for at det er lov til å dele hva enn det skulle være og det var lav terskel for å be om hjelp og råd.

Jeg vil argumentere for at det viktigste bidraget i undersøkelsen er informantenes opplevelser og erfaringer. De utviste en hverdag fylt med praktisk og teoretisk kunnskapsdeling som ser ut til å være med på å skape en mer trygg og støttende kultur. Å bruke fellesskapets aspekter for å forbedre og utvikle konteksten, samt underbygge viktigheten av veiledning for å forbedre teamarbeid og læring, bør derfor være i fokus i slikt arbeid. Ved organisasjonen er det lagt vekt på at veiledning kan bidra til å fremme viktige prosesser hos personalet. Ettersom omgivelsene og avdelingene er i stadig endring, kunne det vært interessant å undersøke om veiledning blir benyttet ved andre organisasjoner samt hvilken betydning veiledning kan ha i ulike organisasjoner, team og praksisfellesskap. Det vil muligens være strategisk lurt for de ulike organisasjonene og avdelingene å kritisk undersøke egne praksiser, for å forbedre prosesser, miljøer og utviklingsmuligheter. Veiledning kan styrke personalet til å håndtere utfordrende situasjoner samt negative overføringer, og er det viktigste utviklingstilbudet en organisasjon har for å styrke personalet og redusere utbrenthet.

For ulike organisasjoner og avdelinger vil det kunne være essensielt å undersøke om det lar seg gjøre å delta i veiledning, eller skylde på systemer eller private årsaker for å unngå veiledning, eller om veiledning i det hele tatt tilbys eller blir lagt til rette for, til miljøpersonalet. Buus et al. (2010) hevder at psykiatriske sykepleiere opplevde belastende arbeidsmengde, lav bemanning i avdelingen og skiftarbeid, noe som bidro til at sykepleiere valgte å ikke delta i veiledning, fordi de ikke var på jobb den dagen veiledning var, eller ønsket å fullføre andre arbeidsoppgaver før dagen var omme. Utfra funnene i denne undersøkelsen fokuserer ikke informantene på om de får deltatt eller ikke i veiledning. Utfra funnene i denne undersøkelsen kan man anta at informantene deltar i veiledning. Følgelig var det kriterier for deltagelse i undersøkelsen, at informantene hadde ett år eller mer erfaring med veiledning.

Erfaringer og opplevelser omhandlende motoverføringer kan reflekteres om på en mer hensiktsmessig måte, hvis erfaringene deles med flere, noe Isdal (2017), Skau (2017) samt Tishby og Wiseman (2020) anbefaler. For nykommere bør det legges til rette for utvikling og trygghet i veiledning, slik at kunnskap og bevissthet etableres. Noen informanter i undersøkelsen beskrev nettopp dette, at det var vanskelig i starten å dele negative tanker og

følelser. En mer støttende veiledningskultur bør oppmuntres, og inkludere terapeuter med lang erfaring med veiledning kan da være en fordel. En mer åpen veiledningskultur bør oppmuntres, da spesifikt miljøpersonale som daglig står i relasjon og i dialog med pasienter. Tishby og Wiseman (2020) understreker dette poenget, men hensyn til miljøpersonalets rolle for å håndtere motoverføringsreaksjoner mer effektivt. Flere av informantene hevdet at veiledning bidro til å håndtere motoverføringsreaksjoner bedre ved å bli bevisst egne holdninger og følelser samt mulighet for kunnskapsutvikling. Det kan tenkes at flere ansatte i organisasjonen sitter på bedre løsninger, noe som kan bidra med å utvikle veiledningsprosessen ytterligere. Samtidig kan det tenkes at det ikke gis mulighet for input og at organisasjoner ikke utforsker tilstrekkelig nok for å utvikle nye løsninger og idéer.

Det ble trukket frem enkelte utfordringer i forbindelse med mangel av et veiledningstilbud, gruppeveiledning og organisatoriske utfordringer. Å implementere veiledning i organisasjoner kan være en krevende prosess. Det kan være utfordrende å få personalet til å åpne seg og føle at det er et trygt miljø å dele negative motoverføringsreaksjoner. Det kan handle om at en ansatt er nyutdannet, nyansatt eller uerfaren i arbeidet med veiledning. Samtidig kan det å være av betydning om man føler tillit og trygghet selv om man har vært i organisasjonen og arbeidsmiljøet over lengere tid. Det kan handle om at man ikke klarer å åpne seg og identifisere seg med problemene. Mer eksplisitt kan jeg nevne at organisasjonen som en helhet kan ha en visjon som stadig er i endring. Oppgaven understreket hvor mye behandling og syn på psykiatriske pasienter har endret seg gjennom årene. På den andre siden må organisasjonen derfor være åpen for korrigering av feil og endring. Veiledning kan bidra til å utvikle både personal og organisasjon som en helhet fordi det gir mulighet for refleksjoner, økt bevissthet og kunnskapsutvikling. Samtidig er det nødvendig at organisasjoner legger til rette for utvikling av organisasjonens visjoner og behandlingsmetoder, for å ikke fortsette med eventuell uetiske eller ukritiske behandlingsmetoder.

Isdal (2017) presenterer fallgruver når han diskuterer veiledning og motoverføringsreaksjoner hvor, for eksempel betydningen av veiledning for håndtering av motoverføringsreaksjoner ikke når opp til toppen av organisasjonen, tid og utvikling blir utfordrende å få til fordi det ikke blir lagt til rette for vurderinger. Det forventes at terapeuten skal kunne håndtere egne motoverføringsreaksjoner og fremme pasientens ressurser. Tidligere i oppgaven har vi sett hvilke utfordringer motoverføringer kan gi terapeuten. En annen fallgrube kan være pasienter som ikke er klar for eller håndterer denne type rammer og forventninger og overføringene kan

bli sterke og intense (Hummelvoll & Dahl, 2012). Hummelvoll og Dahl (2012) hevder spesielt pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse ikke får utbytte av institusjonalisering, fordi relasjoner, både i pasientgruppen og personalgruppen blir for utfordrende for pasienten i form av følelsesmessig aktivering. Samtidig opplevde informantene i denne undersøkelsen at avdelingen klarte å holde på pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og at pasienter generelt ble værende ut hele behandlingsoppholdet. Med hensyn til arbeidsmiljøet og utvikling av personalet må organisasjoner legge til rette for å skape en kultur hvor læring, samt kunnskaps- og erfaringsdeling blir vektlagt. I annen rekke kan derfor veiledning bidra i arbeidet med å skape god og forsvarlig helsehjelp til pasientene. En viktig del av veiledning er at det tar tid for veisøkere å bygge tillit, samt tørre å være åpne og ærlige. Derfor er det viktig at det blir lagt til rette for deltagelse i veiledning, med fokus på at håndtering av motoverføringsreaksjoner kan bidra til utvikling og læring. Kontinuerlig refleksjon og evaluering av veiledning er og viktige elementer som hele tiden bør være til stede. Det er essensielt at veisøkere i veiledning er med på å trekke utvikling i riktig retning.

Dette kapittelet har tatt for seg hvilke negative faktorer som kan komme frem ved at terapeuter ikke har et veiledningstilbud tilgjengelig. Belastninger, utbrent personale, organisatoriske utfordringer og utfordringer med gruppeveiledning ble belyst.

4.4 Oppsummering

I denne delen av oppgaven har vi sett på hvordan problemstillingen er forsøkt besvart ut fra valgte metode og teori. Et teoretisk rammeverk ble presentert og funn har blitt diskutert samt trukket mot teoretiske perspektiver for å belyse ulike aspekter. Som oppgaven har gått inn på, kan veiledning være av betydning for terapeuter med ett år eller mer erfaring med veiledning. Dette er på bakgrunn av muligheter til å håndtere egne motoverføringsreaksjoner gjennom blant annet økt kunnskap, samt at veiledning og økt kunnskap kan bidra til å utvikle et styrket og trygt arbeidsmiljø, samt aksept for egne følelser. Dette kan i tillegg bidra til å sikre god og forsvarlig helsehjelp til pasienter. Neste kapittel tar for seg noen avsluttende betraktninger med en kort oppsummering av oppgaven. Avslutningen vil etter dette inneholde hovedfunn, bidrag og implikasjoner samt begrensninger ved undersøkelsen og råd til videre forskning.

5 Avsluttende betraktninger

Denne undersøkelsen har undersøkt ved hjelp av den kvalitative metoden og beskrivende analysen, hvordan veiledning kan være av betydning for håndtering av motoverføringsreaksjoner hos terapeuter med ett år eller mer erfaring med veiledning. Denne undersøkelsen har sett nærmere på problemstillingen:

Hvilken betydning kan veiledning ha for håndtering av motoverføringsreaksjoner hos terapeuter med ett år eller mer erfaring med veiledning?

Kapittel 1 startet med en kort introduksjon som omhandlet veiledning, terapeutens motoverføringsreaksjoner og tidligere undersøkelser. Deretter ble problemstillingen introdusert. Det metodiske og analytiske grunnlaget ble gjennomgått i kapittel 2 med tyngde på den kvalitative metoden, intervju og beskrivende analyse, inkludert etiske vurderinger og aspekter. I kapittel 3 ble funnene og analysen lagt frem, hvor ulike aspekter ved betydning av veiledning for håndtering av motoverføringsreaksjoner hos terapeuter med ett år eller mer erfaring med veiledning ble fremhevet. Aspektene og funnene fra kapittel 3 ble diskutert i kapittel 4 med det teoretiske rammeverket utfra funnene. Flere av aspektene er gjennomgått grundig i kapittel 4. Problemstilling ble i kapittel 4 forsøkt besvart med hjelp av det analytiske rammeverket. I den neste delen blir hovedfunn, bidrag, implikasjoner og begrensninger ved undersøkelsen fremhevet samt videre forskning.

5.1 Hovedfunn, bidrag og implikasjoner

Jeg vil understreke at veiledning og terapeutenes håndtering av motoverføringsreaksjoner har vært svært interessant å undersøke. Hovedfunnene kom til syne under analysen av transkripsjonene. Som vi har sett i kapittel 3, kom det frem hvilken betydning veiledning kan ha for informantene i undersøkelsen. En kan argumentere for at de følgende bidrag og implikasjoner kan være nyttige for håndtering av motoverføringsreaksjoner i veiledning.

Overordnet gir denne undersøkelsen et innblikk i informantenes levde erfaringer, noe som kan være med å bidra til utvikling og forbedre allerede eksisterende praksis. Terapeuter og organisasjoner som helhet bør se på informantenes aspekter som er fremhevet i oppgaven, som et bidrag til å forbedre praksis. Her kan organisasjonen og ledelsen vektlegge hvilken betydning

veiledning kan ha for håndtering av motoverføringsreaksjoner og utforske de ulike aspektene som kom til syne gjennom analysen.

For organisasjonen kan det innebære å iverksette veiledning på flere avdelinger hvis det ikke allerede er gjort. Samt inkludere terapeuter med ett år eller mer erfaring med veiledning for å etablere en trygg base i oppstart og utvikling av veiledning. Isdal (2017) hevder at veiledning er uutnyttet verktøy hos mange organisasjoner og avdelinger. Samtidig er det viktig å være bevisst på at kunnskapen som opparbeides i veiledning er nyttig og verdifull, men den er kun brukbar dersom flere er med og bidrar med refleksjoner i veiledning. Informantene i undersøkelsen beskrev at refleksjoner med kolleger i veiledning var det viktigste verktøyet for økt kunnskap og bevissthet. Samtidig hevder Teslo (2006) og Killén (2017) at viktige faktorer for veisøkerens kunnskap og læringsutvikling er veilederens evne til empati samt tørr å utfordre veisøkeren. Vråle (2015) hevder at valg av veileder er av betydning for veiledningens frie refleksjon. Veileder bør ikke være delaktig i organisasjonens lederstillinger, og heller ikke ha for stort språk mellom verdigrunnlag og teoretisk grunnlagstenkning mellom seg og veisøker (Vråle, 2015).

Mulighet for deltagelse i veiledning bør prioriteres og oppmuntres av organisasjonen og ledere (Killén, 2017; Vråle, 2015). Buus et al. (2010) understreker dette, med hensyn til helsepersonells belastende arbeidsoppgaver og tidspress. Informantene beskrev at strevsomme arbeidsdager med mange administrative oppgaver og krevende overføringer fra pasienter bidro til tretthet og utmattelse, noe som gjorde engasjement i veiledning vanskelig. Samtidig opplevde informantene at det var lagt til rette for veiledning, og man fikk tid til å «lande» hvis man hadde en strevsom dag. Det kan tenkes at nærmeste leder og veileder ikke ser veisøker og kan komme til å overstyre med eventuelt økt engasjement og interesse, eller prioriteringer og forventninger.

Med hensyn til funnene tyder det på at veiledning er av betydning for håndtering av motoverføringsreaksjoner, fordi man får validering og sosial støtte fra kolleger, noe som kan bidra til forståelse og kunnskap, og man evner bedre å håndtere motoverføringene. Samt TRM som veiledningsmodell er av betydning for håndtering av motoverføringsreaksjoner hos terapeuter, fordi man får anledning til en helhetlig kunnskapsutvikling, forståelse og bevissthet om egne og pasienters følelser, erfaringer og reaksjoner, gjennom metatanker og terapeutiske intervensjoner.

5.2 Begrensninger ved undersøkelsen og videre forskning

Som nevnt tidligere er det flere begrensninger ved undersøkelsen. Ideelt sett ville det vært interessant og gjort observasjoner av informantene i veiledning i tillegg til intervjuene. Et annet aspekt er at denne undersøkelsen er randomisert, noe som kan være en svakhet ved en kvalitativ undersøkelsesmetode. Det kunne vært interessant å be om skiftelig beskrivelser fra flere terapeuter, for så å velge tre stykker til å gjøre dybdeintervjuer i tillegg. På den måten kunne man fått rene referater om hva informantene opplevde som betydningsfullt med veiledning i håndtering av motoverføringsreaksjoner, og ikke spørsmål og svar jeg fant av interesse. Dette kunne ha styrket undersøkelsen ytterligere. Jeg kunne observert kommunikasjon og språk mellom deltakerne i veiledning og i relasjon til veileder. På den annen side ville dette vært svært tidkrevende. Giorgi (2009) hevder at for å få dype og rike beskrivelser i transkripsjonene er det essensielt at forskeren ikke har et for stort utvalg informanter, da essensen i erfaringene kan drukne i all teksten. På lik linje hevder Giorgi (2009) at på den ene siden er intervjuets lengde av betydning, fordi om intervjuet blir for langt kan man miste essensen i erfaringene fordi transkripsjonen blir for lang. Samtidig er det essensielt at intervjuene ikke ble for korte, da man kan miste betydningsfull informasjon. På en annen side er det vanskelig å generalisere utfra et så lite utvalg, og det blir utfordrende å sammenligne mange ulike kontekster og trekke slutninger. En annen svakhet ved undersøkelsen kan være at jeg som forsker har indirekte påvirket svarene i intervjuene, ved at jeg for eksempel kan ha vært ledende i spørsmålene som ble stilt.

Det kunne vært interessant å se hvordan veiledning blir benyttet i lignende situasjoner på andre institusjoner og organisasjoner, for å få ytterligere innsikt om hvordan ulike organisasjoner legger til rette for veiledning, samt hvordan terapeuter på ulike institusjoner håndterer motoverføringsreaksjoner. Isdal (2017) hevder det er få arbeidssteder med krevende og komplekse pasientgrupper som benytter seg av veiledning. Videre forskning burde sammenligne ulike organisasjoner med tanke på personalets håndtering av motoverføringer, arbeidsmiljø, kunnskapsutvikling og pasientbehandling. Samt fokus på sykefravær og arbeidsmiljø. Hvilke forskjeller som fremkommer her, hadde vært interessante å se, og gjerne med vekt på belastninger, organisasjonen og personalets håndtering av belastninger. Samtidig ville det være interessant å undersøke hvor mange pasienter som blir ut hele oppholdet eller avslutter før tiden ved ulike organisasjoner som tilbyr veiledning, basert på terapeutens motoverføringsreaksjoner, og de organisasjoner som ikke tilbyr veiledning. Mye av

forskningen og litteraturen som veiledning er basert på veiledning samt håndteringen av motoverføringsreaksjoner, baserer seg ikke på skandinaviske tekster og det mangler kunnskap om dette. En annen svakhet ved denne undersøkelsen er at den er kvalitativ. Hvis jeg skulle gjennomført undersøkelsen igjen, kunne jeg benyttet noen statistiske metoder innenfor kvantitativ forskning for å bringe inn mer objektivitet.

Jeg kan avslutte med å påpeke at det å prioritere og legge til rette for veiledning i organisasjoner ikke er en enkel sak i et system som stadig er under et økonomisk og tidsmessig press. Veiledning er derimot svært viktig, for hver kontekst er skiftende og varierende. Behov endrer seg utfra den enkelte organisasjonens komplekse retninger. Løsningen som fungerer i dag, fungerer kanskje ikke for morgendagens utfordringer. Derfor vil effektive systemer for veiledning og deltagelse i veiledning være med å lette på denne utfordringen. På den måten trenger man ikke å være redd for at læringen og kunnskapen gjennom kunnskapsdeling forsvinner ned i en skuff og blir uutnyttet i fremtiden, hvor nye pasienter kommer inn med sine egne erfaringer og utfordringer. Så lenge en organisasjon vektlegger implementering av ulike læringssystemer, med et særskilt fokus på livslang læring for sine ansatte, er det lettere å holde tritt med morgendagens utfordringer. Dersom man aldri anser seg selv som ferdig utlært, både som individ og som en helhetlig organisasjon, gagnar dette på samme tid pasienter og sårbare grupper man ønsker å hjelpe ettersom medlemmene av organisasjonen er utstyrt med bedre verktøy, oppdatert kunnskap og kompetanse, og erfaringer gjennom kunnskapsdeling. Terapeutene vil derfor være langt bedre rustet til å gripe an utfordringer som måtte komme i behandlingen av ulike pasientgrupper.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Borge, A. I. H. (2018). *Resiliens : risiko og sunn utvikling* (3. utg.). Gyldendal.
- Buus, N., Angel, S., Traynor, M. & Gonge, H. (2010). Psychiatric Hospital Nursing Staff's Experiences of Participating in Group-Based Clinical Supervision: An Interview Study. *Issues Ment Health Nurs*, 31(10), 654-661. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.489991>
- Buus, N., Angel, S., Traynor, M. & Gonge, H. (2011). Psychiatric nursing staff members' reflections on participating in group-based clinical supervision: A semistructured interview study. *Int J Ment Health Nurs*, 20(2), 95-101. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00709.x>
- Carla, W. & Wendy Stainton, R. (2017). *The Descriptive Phenomenological Psychological Method*. I (s. 176). 55 City Road: SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526405555.n11>
- Dalsbø, T. K., Dahm, K. T., Austvoll-Dahlgren, A., Knapstad, M. & Reinar, L. M. (2013). Arbeidslivsbaserte tiltak for psykisk helse hos ansatte. I. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology : a modified Husserlian approach*. Duquesne University Press.
- Gonge, H. & Buus, N. (2011). Model for investigating the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: A survey study. *Int J Ment Health Nurs*, 20(2), 102-111. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00717.x>
- Hayes, J. A., Goldberg, S., Gelso, C. J. & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference Management and Effective Psychotherapy: Meta-Analytic Findings. *American Psychological Association*, 55(4), 496-507. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/pst0000189>
- Helsedirektoratet. (2021, 20. desember 2021, lest 07. September 2022). *Psykisk helse, rus og vold* (nettdokument). Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/psykisk-helse-rus-og-vold#rekruttere,beholdeogutviklepersonell>

- Hummelvoll, J. K. & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold : om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Fagbokforl.
- Karlsson, B. & Oterholt, F. (2010). *Fenomener i faglig veiledning*. Universitetsforl.
- Killén, K. (2017). *Profesjonell utvikling og faglig veiledning : et fellesfaglig perspektiv for helse-, sosiale og pedagogiske profesjoner : helhetsperspektiv, relasjonskompetanse, refleksjon, mentalisering, traumebevissthet* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lamb, D. & Cogan, N. (2016). Coping with work-related stressors and building resilience in mental health workers: A comparative focus group study using interpretative phenomenological analysis. *J Occup Organ Psychol*, 89(3), 474-492. <https://doi.org/10.1111/joop.12136>
- Norvoll, R. (2002). *Samfunn og psykiske lidelser : samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*. Gyldendal akademisk.
- Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M. & Nygren, Å. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*, 63(5), 506-516. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04743.x>
- Røkenes, O. H., Hanssen, P.-H. & Tolstad, O. (2012). *Bære eller bryte : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Fagbokforl.
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg., 2. oppl. [i.e. ny utg.]). Universitetsforl.
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Skogstad, A. & Einarsen, S. (2021). *Det gode arbeidsmiljø : krav og utfordringer* (3 .utg.). Fagbokforlaget.
- Sommer, M. & Eilertsen, G. (2013). Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 8(2), 132-137. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0051>
- Teslo, A. L. (2006). *Mangfold i faglig veiledning : for helse og sosialarbeidere* (2. utg.). Universitetsforl.

- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforl.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Tishby, O. & Wiseman, H. (2020). *Countertransference types and their relation to rupture and repair in the alliance* [1-16]. Oxford, U.K. .:
- Tveiten, S. (2005). Evaluation of the concept of supervision related to public health nurses in Norway. *J Nurs Manag*, 13(1), 13-21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00448.x>
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning : - mer enn ord* (4. utg.). Fagbokforl.
- Tveiten, S. & Severinsson, E. (2006). Communication - a core concept in client supervision by public health nurses. *J Nurs Manag*, 14(3), 235-243. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00536.x>
- Vikman, M. D. & Sømme, C. (2020). Emosjonsfokusert terapi – sentrale begreper og prosesser i terapien. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(2-03), 139-150. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-02-03-07>
- Vråle, G. B. (2015). *Veiledning når det røyner på*. Gyldendal akademisk.
- Zachrisson, A. (2009). Countertransference and changes in the conception of the psychoanalytic relationship. *International forum of psychoanalysis*, 18(3), 177-188. <https://doi.org/10.1080/08037060902727761>

Vedlegg (1-3)

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD- Norsk senter for forskningsdata

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide til semistrukturert intervju

Introduksjon (utenom opptaket)

- Gi informanten kopi av informert samtykke (denne er også sendt på forhånd)
- Jeg heter Christin Oppberget og er masterstudent ved Universitetet i Sør-Øst-Norge
- Kort informasjon om masteroppgaven: Problemstillingen i undersøkelsen er som følger: Hvilken betydning kan veiledning ha for håndtering av motoverføringsreaksjoner, hos terapeuter med ett år eller mer erfaring med veiledning?
- Jeg skal samle inn data gjennom 3 intervjuer
- Lydopptak- er det greit at jeg tar opp intervjuet? Intervjuet blir transkribert og anonymisert, deretter slettet
- Du kan trekke deg fra undersøkelsen når som helst uten å måtte oppgi grunn
- Har du noen spørsmål før vi setter i gang?

(intervjuet er i gang, har satt på lydopptaker)

Innledning

Kan du beskrive en helt alminnelig arbeidsdag på jobben?

- Hva er dine arbeidsoppgaver
- Rutiner
- Hvor lenge har du jobbet for bedriften
- Hvilke erfaringer har du fra tidligere arbeidsplasser, hvor har du jobbet, eventuelt hvilken pasientgruppe mm.

Kontekstuell avgrensning

Kan du beskrive en situasjon hvor du opplevde terapeutens reaksjonsmodell som nyttig?

- Utdypende spørsmål

Avslutning

Nå har jeg fått utfyllende informasjon om det jeg ønsket å vite, er det noe mer du tenker jeg bør ha med?

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet

Hvilken betydning kan veiledning ha for håndtering av motoverføringsreaksjoner hos terapeuter med ett år eller mer erfaring med veiledning?

Dette er en forespørsel om du ønsker å delta i et masterprosjekt som går ut på å utforske og samle inn innsikt i hvilken betydning veiledning kan ha for håndtering av motoverføringsreaksjoner.

Bakgrunn og formål

I dette prosjektet er formålet å undersøke; hvilken betydning veiledning kan ha for håndtering av motoverføringsreaksjoner hos terapeuter som har ett år eller mer erfaring med veiledning.

Hvem er ansvarlig for prosjektet?

Institutt for helse, sosial og velferdsfag ved Universitetet i Sør-Øst-Norge står ansvarlig for prosjektet, ved masterstudent Christin Oppberget og veileder Olav Tangvald-Pedersen.

Masterprosjektet utføres som en del av studiet samfunn og helse, med retning psykisk helse og rus.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi spør deg om å være med fordi du er ansatt ved Manifestsenteret og har lang erfaring med terapeutens reaksjonsmodell (TRM).

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du har lyst til å delta i forskningsprosjektet, innebærer dette at du samtykker til å gi et semistrukturert, individuelt intervju. Du kan blant annet bli stilt spørsmål om hvilke erfaringer du har med TRM, hvordan du opplever veiledningen, og hvordan du erfarer å bli veiledet i en kollegiegruppe med bruk av veiledningsmodellen TRM. Alt som blir sagt, vil bli anonymisert, i form av informant A, B, C, osv. Hvert intervju vil ta ca. 60 minutter å gjennomføre, og det vil kun være du som informant og undertegnede masterstudent til stede under intervjuet.

Opplysningene vil dokumenteres ved hjelp av lydopptak. Her vil USN SAFE benyttes for å ta

opp intervjuet og transkribere data. Intervjuene vil foregå hjemme hos informanten, eller på grupperom ved USN slik at deltagelse oppleves trygt og anonymiteten ivaretas. Informantene blir valgt tilfeldig gjennom trekning. Det blir sendt ut en mail til terapeuter som favner kriteriene som informant, av de som takker ja til å delta vil det bli gjennomført en tilfeldig trekning.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det betyr at du kan velge selv om du har lyst til å være med eller ikke. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert og vil kun benyttes i dette prosjektet. Hvis du vil delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi grunn. Det betyr at det er lov til å ombestemme seg, og det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere vil trekke deg. Det vil ikke påvirke ditt forhold på arbeidsplassen å delta i prosjektet.

Ditt personvern -hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil kun benytte informasjonen om deg til formålene opplyst i dette skrevet. Vi vil behandle opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. All informasjon lagres på en sikker datamaskin tilknyttet Universitetet i Sør-Øst-Norge. Etter endt masterprosjekt, vil all informasjon og dokumentasjon som ikke blir brukt i masteroppgaven slettet. Det er kun undertegnede masterstudent som vil ha tilgang til datamaterialet. Det er undertegnede masterstudent som skal samle inn data samt transkribere og analysere funnene. For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene, vil undertegnede erstatte navnet og opplysningene om deg med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Det er viktig å presisere at veileder kun får tilgang til anonymisert data og funn. I den offentlige publikasjonen vil det benyttes pseudonymer når deltakerne omtales og all informasjon og beskrivelse om informantene etterstrebes å ivareta deres anonymitet. Imidlertid kan det være tilfeller hvor eksempelvis nære kolleger i bedriften kan identifisere informantene.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Etter planen er vi ferdige med forskningsprosjektet 15. November 2022. Etter prosjektets slutt vil alle lydopptak, samt andre opplysninger som kan bidra til å identifisere informantene i prosjektet, bli slettet. Denne fristen er satt til 01. Januar 2023.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger om deg
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- å sende klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På Oppdrag fra Universitetet i Sør-Øst-Norge har NSD- Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette masterprosjektet er i samsvar med personregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål om undersøkelsen, kan du ta kontakt med:

- Masterstudent Christin Oppberget
Telefon: 95016551 eller epost: coppberget@gmail.com
- Universitetet i Sør-Øst-Norge sin personvernombud ved Paal Are Solberg:
Telefon: 35575053 eller epost: Personvernombud@usn.no
- Kontakt for spørsmål knyttet til personvern ved Det utdanningsvitenskapelige fakultetet, NSD- Norsk senter for forskningsdata AS:
Telefon: 53 21 15 00 eller e-post postmottak@sikt.no

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: Terapeutens evne til å seg selv utenfra og den andre innenfra. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt, semistrukturert intervju som dokumenteres med lydopptaker, at opplysninger om meg publiseres i masteroppgaven, i henhold til punktet ovenfor «Ditt Personvern- hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger».

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 1. Januar 2023.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

(Signert av masterstudent, Christin Oppberget, dato)

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD- Norsk senter for forskningsdata

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering:

Godkjent

Prosjekttittel:

Hvilken betydning kan veiledning ha for håndtering av motoverføringsreaksjoner, hos terapeuter med ett år eller mer erfaring med veiledning.

Referansenummer:

605479

Registrert:

03.11.2021

Behandlingsansvarlig institusjon:

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig

Olav Tangvald-Pedersen, Olav.Tangvald-Pedersen@usn.no, tlf: +4735575434

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Christin Oppberget, coppberget@gmail.com, tlf: 95016551

Prosjektperiode

03.01.2022 - 01.01.2023

Status

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, og eventuelt i meldingsdialogen mellom innmelder og Personverntjenester. Behandlingen kan starte.