



Master i klinisk sykepleie

**PSYKIATRISKE SYKEPLEIERE
OG
KOGNITIV TILNÆRMING
I
PSYKIATRISK DØGNBEHANDLING**

12HMKLSYK

Lisbeth Kjelsrud Aass

Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

2013-12-15

SAMMENDRAG

Tittel: Psykiatriske sykepleiere og kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnbehandling

Institusjon: Høgskolen i Gjøvik, avdeling for helse, omsorg og sykepleie

Utdanning: Master i klinisk sykepleie

Forfatter: Lisbeth Kjelsrud Aass

Veileder: Birgitta Hedelin

Introduksjon: Forskning viser at kognitiv terapi er en effektiv terapeutisk behandlingsform som anvendes til pasienter med forskjellige psykiatriske lidelser. Mange psykiatriske sykepleiere internasjonalt og i Norge har tilegnet seg denne kompetansen gjennom godkjente utdanninger. Samtidig er det begrenset dokumentasjon innen sykepleieforskning i Norge på hvordan psykiatriske sykepleiere som jobber innen psykiatrisk døgnbehandling, bruker sin kompetanse overfor pasientene.

Hensikt: Hensikten med studien var å beskrive psykiatriske sykepleieres erfaringer med bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnbehandling.

Metode: En kvalitativ metode med fenomenografisk tilnærming ble benyttet. Et strategisk utvalg av sju psykiatriske sykepleiere og en psykiatrisk vernepleier med videreutdanning i kognitiv terapi, trinn 1, som jobber ved psykiatrisk døgnavdelinger, ble inkludert i studien. Som datainnsamlingsmetode ble individuelle semi - strukturerelle intervju gjennomført. Dataanalyse er gjort etter Dahlgren og Fallsbergs 7- trinnsmodell for analyse av fenomenografiske studier.

Resultater: De psykiatriske sykepleiernes oppfatninger beskrives ved hjelp av to beskrivningskategorier: *Å ha tydelige rammer* og *Å ha kunnskap og redskap for sykepleieutøvelsen*. Resultatene viser flere faktorer som fremmer og hemmer bruken, men at man bruker kognitiv tilnærming gjennom at tenkning er integrert, men metodene improvisert.

Konklusjon: Det framkom variasjoner hvorvidt kognitiv tilnærming var godt implementert og brukt i døgnbehandling. Behandlingskultur, ledelsesforankring, tid og fysiske rammer, samt behov for kompetanseløft er faktorer som har betydning for hvordan kompetansen brukes og i hvor stor grad den brukes.

Nøkkelord: Psykiatrisk sykepleier, kognitiv terapi, kognitiv tilnærming, psykiatrisk døgnbehandling, oppfatninger.

SUMMARY

Title: Mental health nurses and cognitive approach in psychiatric inpatient ward

Institution: Gjøvik University College, department of Health, Care and Nursing

Education: Master`s degree in advanced clinical nursing

Author: Lisbeth Kjelsrud Aass

Supervisor: Birgitta Hedelin

Introduction: Research view cognitive therapy as a well-documented effective therapeutic treatment for patients with various psychiatric disorders. Mental health nurses both in Norway and in other countries have acquired their expertise through approved training. At the same time there is limited research regarding how mental health nurses in psychiatric inpatient wards in Norway apply a cognitive approach.

Aim: The aim of this study is to describe how mental health nurses experience the use of cognitive approach in inpatient psychiatric wards.

Method: A qualitative method of phenomenographic approach was used. A strategic sample of seven mental health nurses and one psychiatric social educator with postgraduate studies in cognitive therapy, stage 1, who all work in psychiatric inpatient ward, were included in the study. The data collection method was individual semi - structured interviews. Data analysis was done according to Dahlgren and Fallsbergs 7-step model for analyzing phenomenographic studies.

Results: Two description categories are used to describe the mental health nurses perceptions; *Having defined framework* and *Having knowledge and tools for nursing practice*. The findings show several factors that affect the use of the approach. It also shows that mental health nurses use a cognitive approach through integrated cognitive thinking and by improvising the methods.

Conclusion: Variations emerged whether cognitive approach is well implemented or not and used in inpatient treatment. Culture of treatment, management support, time and space training and clinical supervision appears to be important factors affecting the performance cognitive approach.

Keywords: Mental health nursing, cognitive therapy, cognitive approach, psychiatric inpatient ward, perception.

FORORD

Å skrive denne masteroppgaven har vært en lærerik, spennende og krevende prosess. Mange har bidratt til at studien lot seg gjennomføre og ble det endelige produktet jeg kan si meg stolt av.

Jeg må takke alle de flotte og engasjerte menneskene som gjennom å la seg intervju bidro med å dele sine faglige erfaringer med meg.

Jeg må spesielt takke min veileder Birgitta Hedelin som har gitt av sin kunnskap, kyndig veiledet, støttet og oppmuntret meg hele veien. Det har vært til uvurderlig hjelp gjennom hele masteroppgave prosessen

Uten støtte og vilje fra familien min ville det vært vanskelig å finne den tid som krevdes for å gjennomføre prosjektet. Deres tålmodighet er jeg dypt takknemlig over.

INNHold

Sammendrag	1
Summary	1
Forord	3
Innhold	4
Introduksjon	1
Bakgrunn	2
Kognitiv terapi.....	2
Sentrale kompetanseområder	3
Effekt av kognitiv terapi.....	5
Kognitiv miljøterapi	6
Kognitiv tilnærming	7
Psykiatrisk sykepleie	8
Problemformulering	9
Hensikt og forskningsspørsmål	9
Metode og design	10
Utvalg	11
Datainnsamling.....	12
Dataanalyse	14
Forskningsetiske overveielser	16
Studiens troverdighet.....	18
Resultat	20
Å ha tydelige rammer	20
Behandlingskulturen og systemets rolle.....	21
Kontroll over tid og rom.....	23
Å ha kunnskap og redskaper for sykepleie utøvelsen	25
Tenkningen er integrert, men metoden er improvisert.....	26
Bevaring av kompetansen	29
Resultatsammenfatning	31
Diskusjon	32
Å ha tydelige rammer	32
Behandlingskulturen og systemets rolle.....	32
Kontroll over tid og rom.....	36
Å ha kunnskap og redskaper for utøvelsen av sykepleien.....	39
Tenkningen er integrert, men metoden er improvisert.....	39
Bevaring av kompetansen	42
Metodevurderinger	44
Troverdighet	44
Gyldighet.....	47
Overførbarhet	48
Pålitelighet.....	49

Konklusjon	50
Videre forskning.....	50
Studiens betydning for klinisk praksis	51
Referanser	52
Vedlegg 1	58
Forespørsel om rekruttering av deltakere til forskningsprosjektet.....	58
Vedlegg 2	59
Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet	59
Vedlegg 3	61
Intervjuguide	61

Antall ord: 17563

INTRODUKSJON

Denne masteroppgaven handler om psykiatriske sykepleieres erfaringer med bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnbehandling.

Det er et krav i helsevesenet å trene klinikere til å levere kunnskapsbasert behandling (Kauth et al., 2010). Kunnskapsbasert behandling bygger på faglig anerkjente prinsipper, har dokumentert virkning og er av tilfredsstillende karakter (Falkum, 2000). Når en behandlingsorganisasjon bestemmer seg for at helsepersonell skal ta utdanning i kognitiv terapi, er det et signal om at kognitiv terapi er en metode som skal brukes i arbeidssituasjonen. Helse Sør/Øst, Divisjon Psykisk Helsevern har siden 2007 ved noen helseforetak lagt til rette slik at et betydelig antall av de ansatte, ca 80 stykker med høgskoleutdanning har tatt utdanning i kognitiv terapi, trinn 1. Kognitiv terapi trinn 1 for 3-årig høgskoleutdannede er en videreutdanning over 2 semestre. Hovedfokus på trinn 1 ligger på behandling av depresjon og angstlidelser (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, 2012). Det går også an å bygge videre på utdanningen med trinn 2, som har mer fokus på tvangslidelser, personlighetsforstyrrelser, psykoser, spiseforstyrrelser og rus og avhengighet.

Forfatteren av denne masteroppgaven er psykiatrisk sykepleier og har utdanning i kognitiv terapi, trinn 1. Jeg har flere års klinisk erfaring fra allmennpsykiatrisk psykiatrisk døgnavdeling, og har jobbet med kognitiv tilnærming overfor pasienter med depresjon, angstlidelser som sosial fobi, panikkangst og tvangslidelse.

Med dette som utgangspunkt synes det å være interessant å få en dypere kunnskap om hvilke oppfatninger psykiatriske sykepleiere som har gjennomgått trinn 1, har om bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnbehandling.

BAKGRUNN

Kognitiv terapi

Kognitiv terapi ble utviklet i USA på 1960 - tallet, og den mest innflytelsesrike bidragsyteren var psykiater Aaron Beck. Det har vært flere betydningsfulle bidragsytere til utviklingen av kognitiv terapi fra 1950- 60 tallet, blant annet Albert Ellis, men han vektla ikke forskning i sitt arbeid slik som Aaron Beck gjorde (Berge & Repål, 2008). Beck (1989) oppdaget at mange av pasientene han hadde i terapi for depresjon, hadde negative og devaluerende automatiske tanker om sin livssituasjon. Han erfarte at terapien ble mer effektiv hvis pasienten ble gjort oppmerksom på de negative automatiske tankene og testet ut om den uhensiktsmessige tenkningen var korrekt. Feiltolkning eller uhensiktsmessig teknikker er felles for alle psykiske lidelser og kjernen i den kognitive modell (Beck, 1973).

Prinsippene i kognitiv terapi er i følge Beck (1989) basert på den underliggende teoretiske forståelsen av at våre følelser og adferd i stor utstrekning bestemmes av den måten vi strukturerer verden på. En persons strukturering av verden er basert på kognisjoner (tanker, ideer, forestilinger). Samtidig er kognitive prinsipper allment menneskelige, fordi de bygger på en livsfilosofi som veileder pasientene i bestrebelsen på å forstå seg selv og andre (Holm et al., 2006). Kognisjoner eller tankemønstre utvikles på basis av tidligere utvikling og erfaringer og er ofte ubevisste måter å tenke om seg selv, andre og fremtiden (Beck, 2009). Målet med kognitiv terapi er å hjelpe pasienten til å lære mer hensiktsmessige metoder å håndtere vanskelige og negative tanker, følelser og adferd på. Terapien er problemorientert og det fokuseres på vanskelige "her - og nå" situasjoner i pasientens liv som fremkaller for eksempel angst, aggresjon, depresjon og psykotiske symptomer (Holm et al., 2006). Kognitiv terapi i en poliklinisk modell er en korttids behandlingsform over 6-8 uker, som tar utgangspunkt i den samhandlingen som foregår mellom personen og omgivelsene, i måten personen tenker, handler på og hvordan dette påvirker følelsene og utløser kroppslige reaksjoner på (Beck, 2009). Kognitiv terapi har også fokus på pasientens ressurser, interesser og sterke sider (Beck, 1973). Kognitiv adferdsterapi er et paraplybegrep som dekker ulike terapeutiske metoder (Berge & Repål, 2010)

Prinsippene i kognitiv terapi kan brukes som del av tiltak i hele behandlingkjeden. Blant annet i døgnbehandling hvor tidsperspektivet blir ut ifra hvor lenge pasienten er innlagt, i

poliklinisk oppfølging og i allmennhelsetjenesten. Det handler om å lære pasienten ferdigheter og oppnå mål. Dette er en svært fleksibel arbeidsform som kan kombineres med andre behandlingsformer, som for eksempel medikamentell behandling eller familieintervensjoner (Berge & Repål, 2008). Pasientens egnethet for behandlingsformen avhenger kanskje ikke så mye av diagnose, men mer om kognitiv tilgjengelighet, egenmotivasjon, tro på endring og tro på behandlingen (Beck, 2009)

Sentrale kompetanseområder

Sentrale kompetanseområder i kognitiv terapi er;

Generelle terapeutiske ferdigheter er å ha oppdatert kunnskap om psykiske lidelser og faktorer i lidelsene som påvirker mestring.

Grunnleggende ferdigheter er kompetanse i å etablere terapeutisk allianse for samarbeidet gjennom å formidle hovedprinsippene i behandlingen, sette opp prioritert agenda for hver samtale, foreta aktiv problemløsning og videreføre læringen gjennom å gi egenoppgaver (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, 2012; Roth & Pilling, 2008).

Spesifikke kognitive teknikker er sokratisk utspørring som systematisk bruk av spørsmål for å øke kjennskapet til eller å bevisstgjøre en persons måte å tolke (gi mening til) hendelser, opplevelser eller fenomen i forhold til et bestemt psykologisk problemområde (Berge & Repål, 2008). Viktig å teste og utfordre realiteter gjennom samtaler, eksponeringstrening og adferdseksperiment. Eksponeringstrening er at pasienten på en planlagt og systematisk måte utsetter seg for angstskapende situasjoner. Adferdseksperiment er basert på å teste ut hypoteser pasienten har, for eksempel katastrofetanker (Beck, 1989). Egenoppgaver er ferdighetstrening, egenrefleksjon og loggføring. Tilbakefallsforebygging kartlegger risikosituasjoner og tidlige varselsignaler. Pasienten lærer tiltak som forhindrer forverring og brukes for å hjelpe pasienten å finne alternative og mer rasjonelle fortolkninger (Lecomte & Lecomte, 2002; Roth & Pilling, 2007).

Problemspesifikke kognitive tilnæringsmodeller er utviklet for en rekke psykiske og somatiske lidelser og plager. Eksempler er kognitiv modell for depresjon, panikkangst og sosial angstlidelse. De ulike tilnæringsmodellene inneholder spesifikke teknikker og prosedyrer som terapeuten bør ha kjennskap til og beherske (Berge & Repål, 2008).

Det er utarbeidet strukturerte skjema som kan brukes som en del av behandlingen. Dette er måleinstrumenter som er nyttige hjelpemidler for å få en forståelse av pasientens problemer, og måling av endringer i symptomer i løpet av behandlingen. Det er utarbeidet strukturerte og standardisert skjemaer (Berge & Repål, 2010). Beck "Depression Inventory" (BDI) brukes for å vurdere depresjonsnivå og endringer i pasientens depresjonstilstand. Beck`s (1973) "Anxiety Inventory" (BAI) brukes for vurdering av angstnivå og endringer i angsttilstand. Vanlige standardiserte hjelpemidler til kartlegging og kognitiv forståelse av pasientens spesielle problem kalles "kognitiv kasusformulering". Det er et psykoedukativt hjelpemiddel for å illustrere et sannsynlig forhold mellom barndomsopplevelser, primære og sekundære leveregler, kompenserende strategier og aktuelle problemsituasjoner. Primære leveregler er i følge Beck (2009) antagelser om oss selv, andre og verden som dannes fra barndommen, og som er fundamentale og ligger dypt forankret. Primære leveregler påvirker utviklingen av sekundære leveregler gjennom livet, som er ikke - artikulerte normer, regler og oppfatninger. Dags og ukeplaner (activity schedules) brukes for å få pasienten til å beskrive sin daglige rytme hjemme og i avdelingen, på en mer realistisk måte. Pasientene har ofte en opplevelse av enten å være konstant aktiv eller inaktiv (Holm et al., 2006). Tre - kolonner skjema ABC(DE) brukes for å hjelpe pasientene til å beskrive sine reaksjoner og tanker i problemsituasjoner. Etter hvert kan fjerde og femte kolonne føyes til for en mer realistisk tolkning av situasjonen, og til slutt følelsen og endring av troen på den opprinnelige, uhensiktsmessige tolkningen (Beck, 2009).

Kognitiv terapi handler også om metakognisjon; bevissthet om vår egen tenkning. Det vil si ha kunnskap om og være i stand til å reflektere rundt og regulere egen tenkning (Berge & Repål, 2010)

Sentrale mål for terapeuten er å tilegne seg evne til å knytte sammen alle de ulike nivåene av terapeutiske ferdigheter, etablere en terapeutisk allianse og tilpasse behandlingen til pasientens behov. Terapeuten må framstå som empatisk, varm og ekte, ha grunnleggende kompetanse i prinsippene som ligger til grunn for behandlingen, og kunne bruke det i praksis, ha oppdatert kunnskap om psykiske lidelser og kunne anvende det i kartlegging og behandling. Terapeuten er aktiv i samtalen, tar initiativ, gir informasjon, gir råd, forklarer eller stiller mange konkrete spørsmål. (Berge & Repål, 2010; Roth & Pilling, 2007).

Det er viktig å skille mellom det å være en god kognitiv terapeut og en som bruker kognitive teknikker. Det er ikke bare en samling teknikker, men en helhetlig måte å forstå et menneske og dets problemer på (Beck, 1973). For å bli en god kognitiv terapeut er det nødvendig å få trening i å utøve kognitiv terapi under regelmessig veiledning fra godkjente veiledere (Townend, 2008).

Effekt av kognitiv terapi

Systematiske gjennomgangstudier viser at kognitiv terapi har effektiv som psykoterapeutisk depresjonsbehandling hos voksne. Kognitiv terapi gir endring i pasientenes uhensiktsmessige tenkning, adferd og følelsesmessige uttrykk (Milne, Baker, Blackburn, James, & Reichelt, 1999). Men studiene forteller også at det er ingen psykoterapeutisk tilnærming som viser seg å være overordnet andre på alle måter (Berg & Høie, 2010). Tolin (2010) har gjort en metaanalyse for å finne; *”What treatment, by whom, is most effective, for this individual, with that specific problem, and under which set of circumstances?”*. Metaanalysen viste blant annet at pasienter som har fått kognitiv terapi har lavere alvorlighetsgrad på symptomer 6-12 måneder etter behandling, enn andre typer psykoterapeutisk behandling. Kognitiv terapi viser seg også å være bedre enn andre terapiformer på reduksjon av primærsymptomer og forbedret generell fungering, men når det gjelder å styrke selvbilde og sosial tilpasning, framstår ikke kognitiv terapi som mer effektiv. De fleste studier er gjort på unge voksne med antagelse om at resultatene også kan overføres til de eldste i befolkningen (ibid). Gould et al. (2012a) har imidlertid i sin metaanalyse funnet at kognitiv terapi hos eldre med depresjon er mer effektivt enn å stå på venteliste eller få behandling som vanlig, men funnene kan ikke si noe om kognitiv terapi hos eldre har bedre effekt enn annen terapeutisk behandling. Internasjonal forskning viser at kognitiv terapi er anbefalt terapi for pasienter med schizofreni i kombinasjon med familieintervensjon og trening av sosiale ferdigheter (Turkington et al., 2006; Wykes, Steel, Everitt, & Tarrier, 2008). Hunot et al. (2007) har i en litteraturgjennomgang undersøkt effekt og sammenlignet ulike terapiformer ved angst, og funnet at korttidsbehandling med kognitiv terapi reduserer angstsymptomer, bekymringer og depressive symptomer. Når det gjelder bipolar lidelse viser kognitiv terapi noe effekt på tilbakefall av depressive symptomer, mindre dysfunksjonell adferd og høyere selvkontroll (Crowe et al., 2010). En Cochrane gjennomgang av Hay, Bacaltchuk, Stefano & Kashyap (2009) viser at det er en *”small body of evidence”* for effekten av kognitiv adferdsterapi i

forhold til pasienter med bulimi og lignende symptomer. Andre terapiformer viste også effekt, spesielt interpersonlig langtidsbehandling (ibid).

Kognitiv terapi anbefales i nasjonale behandlingsveiledere, også her i Norge. I Helsedirektoratets (2012, s. 106) utkast til nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelsene anbefales at ”kognitiv adferdsterapi ved psykoser bør tilbys alle pasienter som plages med psykotiske symptomer”. Nasjonale retningslinjer i forhold til angstlidelser, depresjon og bipolare lidelser hos voksne anbefaler også kognitiv terapi som en del av behandlingen.

Kognitiv miljøterapi

Miljøterapi kan sies å være miljøbehandling hvor miljøet i seg selv anses som et aktivt terapeutisk virkemiddel, som fremmer og muliggjør positive endringer i en spesifikk retning (Tveit, Haaland, Knudsen, & Bøe, 2000).

Kognitiv miljøterapi er en miljøterapeutisk retning og defineres som.

”..en aktiv, strukturert, problemorientert, psykoedukativ og dynamisk form for behandling, hvor den kognitive model anvendes i behandlingsmiljøet med indlagte pasienter med den hensikt at utvikle alternativer til pasientens dysfunksjonelle reaktionsmønstre og lære pasienten at utvikle nye ferdigheter” (Lykke, 2006, s. 17) .

I følge Oestrich (Oestrich, 2006) er hensikten med et kognitivt behandlingsmiljø at det daglige samspillet i avdelingen, støtte i omgivelsene og det å ta del i et fellesskap skal ha en terapeutisk effekt på pasientene . Skorpen og Øye (2010) mener at dagens biopsykososiale psykiatriske miljøterapi har en sterk posisjon, og organisering og gjennomføring av miljøterapien avhenger er i stor grad underlagt den medisinske ekspertises forutsetninger, mandat og rådende kunnskapssyn.

I psykiatrisk døgnbehandling i Norge brukes kognitiv tilnærming som behandlingstilbud på en strukturert og planlagt måte gjennom det som kjennetegnes som kognitiv miljøterapi for eksempel ved DPS Levanger (Løvaas & Johansen, 2012) og Orkdal (Simonsen, 2007). Det er få sengeposter i Norge som har implementert kognitiv miljøterapi som en enhetlig og felles avdelingsideologi. De fleste anvender en såkalt eklektisk tilnærming hvor en bruker ulike kognitive teknikker til ulike pasienter til ulike tidspunkter (Fredheim, 2009).

Kognitiv tilnærming

Kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgntilnærming vil si at psykiatrisk sykepleiere bruker prinsippene fra kognitiv terapi og elementer fra de problem spesifikke tilnærmingmodellene, i planlagte samtaler, og at hendelser i her - og nå situasjoner i avdelingen blir utgangspunktet for å utforske tanker, følelser og adferd hos pasienten (Berge & Repål, 2008).

Sykepleieforskning fra USA, Storbritannia og New Zealand viser at psykiatriske sykepleiere anvender kognitiv tilnærming som terapeutisk intervensjonsmetode i døgntilnærming, for eksempel til mennesker med psykiske lidelser schizofreni, angst og depresjon. Det framkommer at det brukes metoder som psykoedukasjon, kognitiv restrukturering og aktivitetsplanlegging. Av måleinstrumenter ble BDI beskrevet som brukt. Det som imidlertid blir påpekt er mangelfull dokumentasjon på effekt av bruk av kognitiv tilnærming i døgntilnærming (Nolan, Haque, & Doran, 2007; Parrish, Peden, & Staten, 2008; Ryan, Cullinan, & Quayle, 2005).

Det er gjort studier i forhold til at psykoterapimetoder, blant annet kognitiv tilnærming i akuttpsykiatriske avdelinger, gir en mulighet for å forbedre effekt av behandlingen. Studier viser at det er potensiale for å integrere dette i sykepleierollen. Men det er fortsatt et åpent spørsmål om hvilke psykoterapeutisk metode som er best egnet for pasientene, og hvem eventuelt som skal bestemme hvilke metode som skal velges og hvordan sykepleiere skal innlemme dette i sykepleier rollen i akuttavdelinger Psykiatriske døgnavdelinger er arenaer med betydelig mulighet for sykepleiere å integrere kognitive tilnærmingmetoder, elementer og teknikker i pasientbehandlingen (Cleary et al., 2012; Iqbal & Bassett, 2008).

Rhodes et al.(2010), Williams (2008) og Townend (2008) har funnet at organisatoriske og kulturelle faktorer er av betydning for implementering av terapeutisk metode. I tillegg er mangel på kunnskap, kompetanse, ferdigheter og veiledning barrierer for implementering og anvendelse av kompetansen (ibid).

Psykiatrisk sykepleie

Lakemann (2012) spør i sin artikkel "What is Good Mental Health Nursing?". Det framkom at psykiatrisk sykepleie er en profesjonell, klientsentrert og evidensbasert aktivitet. Psykiatrisk sykepleie har fokus på vekst, utvikling og "recovery" hos mennesker med sammensatte psykiske utfordringer. God psykiatrisk sykepleie oppsummeres slik;

"A process of care which is provided by good /virtuous nurses with a clear view of their purpose/ focus working with particular individuals/ groups and populations in a therapeutic manner in particular socio political contexts" (Lakeman, 2012, s. 227).

Med bakgrunn i grunnutdanning i sykepleie og videreutdanning i psykisk helsearbeid og kognitiv terapi har psykiatriske sykepleiere i psykiatriske døgnavdelinger kompetanse, ansvar og funksjoner på mange områder. Landsgruppa av psykiatriske sykepleiere (2011), formulerte dette på en beskrivende måte slik; De skal forebygge og fremme helse, ha kunnskap om psykisk og fysisk helse, ha sykdomsforståelse, gi omsorg, og sette i verk individuelle hjelpetiltak. De skal ha relasjonell kunnskap, og kunne kommunisere og samhandle (ibid). Som en del av miljøpersonalet og det tverrfaglige team har psykiatrisk sykepleier en sentral rolle i utformingen av avdelingenes miljøterapi (Hummelvoll, 2012). Psykiatrisk sykepleie har i følge Hummelvoll (2012, s. 47-48) psykoterapeutiske kjennetegn, som blant annet kommer til uttrykk ved at man benytter seg av psykoterapeutisk kunnskap og psykoterapeutisk holdning". Kun spesialister kan ta et selvstendig faglig ansvar for psykoterapeutiske forløp. Psykiatriske sykepleiere kan spesialisere seg i kognitiv tilnæringsmetoder innen sitt eget faglige område. Dette forutsetter videreutdanning og overbygging, konstant oppdatering av kunnskap, lesing av faglitteratur og deltagelse i veiledning (Holm et al., 2006)

Problemformulering

Det finnes mye kunnskap om kognitiv terapi og kognitiv tilnærming. Forskning viser at kognitiv tilnærming er en veldokumentert effektiv terapeutisk behandlingsform som anvendes til pasienter med forskjellige psykiatriske lidelser. Mange psykiatriske sykepleiere internasjonalt og i Norge har tilegnet seg denne kompetansen gjennom godkjente utdanninger. I Norge har mange av de som har tatt utdanningen fått det i regi av Norsk Forening for Kognitiv Terapi .

Norsk Forening for Kognitiv Terapi har utarbeidet ulike utdanninger som for eksempel kognitiv terapi trinn 1 og 2, kognitiv terapi ved psykose, kognitiv terapi ved personlighetsforstyrrelse og i senere tid kognitiv miljøterapi. Utdanningen i kognitiv terapi trinn 1 var ikke laget spesifikt i forhold til om deltagerne jobbet i døgnbehandling, men mer som en poliklinisk behandlingsmodell. Et flertall av deltagerne på mange av utdanningskullene jobbet i psykiatrisk døgnbehandling.

Det er foreløpig begrenset dokumentasjon på hvordan psykiatriske sykepleiere som jobber innen psykiatrisk døgnbehandling, anvender sin kompetanse i kognitiv tilnærming .

Med viten om at kompetansen finnes er det naturlig å undres på hvordan denne sykepleiekompetanse blir brukt og utnyttet i klinisk praksis i psykiatriske døgnavdelinger?

Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien var å beskrive psykiatriske sykepleieres erfaringer med bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnbehandling.

Forskningsspørsmål:

Hvordan anvender psykiatriske sykepleiere kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnavdeling?

Hvilke forhold i arbeidssituasjonen fremmer og hemmer psykiatriske sykepleieres bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnavdeling?

METODE OG DESIGN

Denne studien har et kvalitativt deskriptivt design med en fenomenografisk tilnærming. Fenomenografi har sin opprinnelse fra tidlig 1970 -tallet på avdeling for pedagogikk ved Gøteborg Universitetet. En gruppe forskere som kalte seg INOM-gruppen (innlæring og omverdensoppfatninger) utviklet metoden på bakgrunn av studier som så på den begrepsmessige oppfatningen av læring hos studenter i høyere utdanning (Marton & Booth, 1997). Fenomenografiens hensikt er å identifisere, analysere og beskrive kvalitative ulike måter mennesker oppfatter, forstår og erfarer fenomen i sin omverden (Uljens, 1989). Forskning med fenomenografisk metode er opptatt av å fange ”andre – ordningens perspektiv”, undersøke fenomen i verden hvordan de oppfattes og forstås (Marton & Booth, 1997). Målet er ikke å fange det fenomenografien kaller ”første –ordens perspektiv” som er hvordan fenomen virkelig er (Sjöström & Dahlgren, 2002).

Den måten mennesker oppfatter verden på tas ofte for gitt, og disse oppfatningene er ofte ikke gjenstand for bevisst refleksjon. Oppfatninger står ofte for det som er underforstått, det som ikke trengs å sies, ettersom dette aldri har vært formål for refleksjon. De utgjør den referanseramme hvor vi har samlet våre kunnskaper eller det grunnlagt vi bygger våre resonnement på (Marton & Svensson, 1978)

Vi kan bare forholde oss til verden slik vi erfarer den. Det er et faktum at vi ofte ikke er bevisst på at våre oppfatninger av et fenomen ikke stemmer overens med den oppfatningen en kollega har av samme fenomenet. Vi tror vi ser verden som den er, og tar for gitt at andre ser den akkurat som vi gjør (Marton & Booth, 1997). I fenomenografi er det to viktige aspekter ved en oppfatning, det er ”hva – perspektivet” og ”hvordan – perspektivet”. Det er hvordan vi ser noe som definerer hva vi ser (Uljens, 1989).

I følge Marton (1997) fremkommer hovedresultatet i fenomenografi i beskrivelseskategorier fra informantenes kollektive oppfatninger i gruppen som er undersøkt. De danner et ”utfallsrom”, som vil si den kollektive oppfatning av et fenomen for personene i det strategiske utvalget. Variasjonene i de kvalitativt ulike oppfatningene i datamaterialet skal være representert i hver av beskrivelseskategoriene. Beskrivelseskategoriene skal skille seg kvalitativt fra hverandre, ved å være unike i sin beskrivelse av oppfatningen av et fenomen.

Beskrivelseskategoriene ivaretar på den måten variasjon seg i mellom. De skal også være logisk relaterte. I henhold til Uljens (1989) er kategoriene systematisert i et horisontalt og hierarkisk nivå. Det hierarkiske nivå vil beskrive en hovedkategori som er overordnet de deskriptive kategoriene.

Fenomenografien er i likhet med fenomenet som beskrives i studien, opptatt av kognisjoner, og har mange likhetstrekk med kognitiv psykologi. I fenomenografien antas det at fenomenets eksistens og betydning er avhengig av menneskets kognisjon. Det legges vekt på at erfaringer danner grunnlaget for oppfatninger og at virkeligheten vurderes av oppfattelsen. Når fokus er mot den underforståtte mening som mennesker tilskriver hendelser blir tolkningen av oppfatninger logisk og relasjonen til omverden blir av kognitiv karakter (Alexandersson, 1994; Uljens, 1989). Kognitiv psykologi derimot mener oppfatningene og beskrivelseskategoriene er ufullstendige fordi de ikke forklarer hvorfor individet gjør sin tolkning, men kun beskriver tolkningen (Uljens, 1989)

I denne studien er hensikten å beskrive fenomenet psykiatriske sykepleiers oppfatning av bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgntilnærming. Psykiatriske sykepleiere vil ha forskjellig oppfatning av bruk av kognitiv tilnærming avhengig av faglige, personlige, behandlingskulturelle og systemorienterte faktorer, og i hvilke grad kompetansen utøves. Det er søkt å få fram til kollektive oppfatninger i utvalget i denne studien som beskriver fenomenet.

Utvalg

Fenomenografien krever et bredt utvalg med hensyn til kjønn, alder, utdanning og yrkeserfaring, for å få ulike erfaringer og finne variasjoner av oppfatninger (Dahlgren & Fallsberg, 1991). I følge Kvale (2009) gir et strategisk utvalg mulighet for mangfold og variasjon blant informantene og kan gi data som beskriver variasjon i oppfattelsen av et fenomen. En for homogen gruppe kan føre til at materiale ikke sikrer god variasjon og nyanser i funnene (Alexandersson, 1994).

Inklusjonskriteriene i denne studien var bachelor i sykepleie med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og fullført utdanning i kognitiv terapi, og ansatt i døgnavdeling. Informantene

måtte ha gjennomført trinn 1 i 2007, 2008, 2009 eller senere. Det var ønskelig med menn og kvinner, og ulik lengde på yrkeserfaring. Eksklusjonskriterier var gjennomført utdanning i kognitiv terapi trinn 2 (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, 2012).

Avdelingssjefene for de ulike enhetene ble forespurt og godkjente tilgang til forskningsfeltet. Deretter ble enhetslederne kontaktet og informert både skriftlig og muntlig om studien av masterstudenten. De bedt om å rekruttere fire personer som ble forespurt om å delta i studiet. Ut ifra variasjon og bredde på dette utvalget, ble det deretter spurt etter ytterligere fire personer.

Med utgangspunkt i dette, er det i denne studien gjort et strategisk utvalg av åtte personer (Kvale et al., 2009). Informantene i studien er sju psykiatriske sykepleiere og en psykiatrisk vernepleier som jobber ved døgnavdelinger innen divisjon psykisk helsevern. Informantene jobber innen akutt/ korttidssavdelinger, utredningsavdelinger og diagnose spesialisert behandling. Utvalget består av åtte kvinner. Antall års yrkeserfaring som psykiatrisk sykepleier og psykiatrisk vernepleier er fra 9- 23 år. Antall års erfaring med bruk av kognitiv tilnærming etter utdanning i kognitiv terapi, trinn 1 er fra 6 måneder til 6 år.

Datainnsamling

Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden, sett fra informantenes side. Det er en samtale mellom to parter om et tema som er av felles interesse, hvor målet er å frembringe erfart kunnskap. Men det er ikke en samtale mellom to jevnbyrdige parter, for forskeren kontrollerer og definerer situasjonen (Kvale et al., 2009). For noen informanter kan det oppleves som utleverende å bli intervjuet, derfor er det viktig å legge vekt på å tilrettelegge for en avslappet stemning før og etter intervjuet (Nilssen, 2012)

Intervju er den viktigste datainnsamlingsmetoden innen fenomenografisk forskning og semistrukturert intervju søker å innhente beskrivelser av menneskers livsverden, (Alexandersson, 1994; Marton & Booth, 1997). Intervjusamtalen preges av en viss struktur (Kvale et al., 2009). Det er verken en åpen samtale eller en lukket med spørreskjemaer.

I masteroppgaven ble semistrukturerte intervju gjennomført. En intervjuguide (Kvale et al., 2009) var utarbeidet med kun inngangsspørsmål, så den videre dialogen ble styrt ut fra informantens svar .

Inngangsspørsmål;

Hva legger du inn i kognitiv tilnærming?

Hvordan anvender du kognitiv tilnærming i ditt arbeid?

Hvilke faktorer i din arbeidssituasjon hemmer og fremmer anvendelse av kognitiv tilnærming?

For å kunne si noe om hvordan kognitiv tilnærming oppfattes, måtte informantene ha en oppfatning av hva fenomenet er (Alexandersson, 1994). Hva – perspektivet har til hensikt gi mulighet for refleksjon, men ble ikke tatt med i den videre analysen. Hovedfokus var på perspektivet om hvordan kognitiv tilnærming anvendes, og hvilke faktorer som påvirker.

Et prøveintervju ble gjort av masterstudenten i forkant av datainnsamlingen for å teste intervjuguiden. Det ble ikke gjort noen endringer ut fra erfaringene fra prøveintervjuet.

Undertegnede masterstudent gjennomførte intervjuene, med en varighet mellom 30- 55 minutter. Det ble i intervjusituasjonen lagt vekt på å legge egen forforståelse til side og fremstå med en viss naivitet og nysgjerrighet i forhold til tema og informantenes utsagn. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål som hadde til hensikt å stimulere til videre refleksjon og oppklare misforståelser eller feiltolkninger av utsagn. Dataene ble audio-tapet og transkribert fortløpende.

Dataanalyse

Hensikten med analyse i kvalitativ forskning er å strukturere og finne mening i en stor mengde innsamlet data (Polit & Beck, 2012). I fenomenografisk metode er datainnsamlingen og analyse nært knyttet til hverandre (Marton & Booth, 1997). Analysen tar utgangspunkt i teksten fra intervjuene for å kunne beskrive oppfatninger. Dahlgren og Fallsberg (1991) har beskrevet syv steg i analysefasen som er vanlig ved bruk av fenomenografisk design. Analyseprosessen er angitt trinnvis, men det gjøres oppmerksom på at dette var en prosess som pendlet fram og tilbake (Dahlgren & Fallsberg, 1991).

I transkriberingsprosessen omgjøres lydopptak til analyserbar tekst og det er viktig at forskeren sikrer at teksten gir et presist bilde av hva som faktisk blir sagt (Polit & Beck, 2012). Alle 8 intervjuene i denne studien ble i sin helhet transkribert på bokmål, fra lydopptak til analyserbar tekst. Det ble transkribert i bokmålsform for å verne om informantenes anonymitet, og for å få innholdet tydeligere fram. Pauser ble markert. Intervjuene gav et datamateriale på 46.992 ord.

Det ble benyttet transkriberingshjelpemiddel (pedal) i den omfattende prosessen det var å omgjøre intervjuene til tekst. En kontrollerte kontinuerlig underveis at meningsinnholdet i intervjuet ble bevart i teksten. Meningsinnholdet og utsagn ble nummerert slik at en lett kunne finne tilbake, når en lengre ut i analyseprosessen hadde tatt de ut fra sin opprinnelige sammenheng. Dette var et godt hjelpemiddel for å strukturere det store datamaterialet.

Gjennom hele analyseprosessen var studiens hensikt i sentrum. Dataene ble bearbeidet og analysert i samsvar med analysefasene (se tabell 1) til Dahlgren og Fallsberg (1991), for å beskrive informantenes oppfatning av kognitiv tilnærming.

Tabell 1 7- trinnsmodellen til Dahlgren og Fallsberg (1991).

1.Familiarization – forskeren leste gjennom datamateriale for å bli kjent med alle detaljer. Gjennomlesingen var viktig for å få et helhetsuttrykk.
2. Condensation – valgte meningsenheter ble formulert i en kortfattet og representativ versjon av fenomenet som skulle beskrives. Utsagnene ble nummerert (A1, A2, A2:1) i forhold til hvor i teksten de var tatt fra.
3.Comparison - sammenlignet utsagnene for å finne likheter og ulikheter. På denne måten kom variasjonene fram. Utsagn og oppfatninger med likt innhold ble samlet.
4.Grouping – oppfatninger med særegne trekk ble gruppert for å få en dypere forståelse av hvordan de hørte sammen med hverandre og danner oppfatninger.
5. Articulating – Her ble oppfatningene sammenlignet og gruppert i forhold til likheter og ulikheter. I denne fasen pendler prosessen mellom trinn 4 og 5. Her forsøkes det å beskrive oppfatningene med et foreløpig navn.
6. Labelling – beskrivningskategoriene gis navn utifra meningsinnholdet i oppfatningene.
7. Contrasting - beskrivningskategoriene sammenlignes for å sikre at hver kategori er gjensidig utelukkende og på samme nivå.

Analysen beskriver hvordan psykiatriske sykepleiere på forskjellig måte erfarer bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnbehandling. De ulike erfaringene beskrives i studien gjennom to beskrivningskategorier som representerer den kollektive variasjonen av erfaringer. Utfallsrommet viser forholdet mellom hovedkategorien, beskrivningskategoriene og oppfatningene på hierarkisk nivå. De to beskrivningskategoriene og oppfatningene forholder

seg til hverandre på en likeverdig måte på et horisontalt nivå, hvor den ene ikke er mer betydningsfull enn den andre (Uljens, 1989).

Forskningsetiske overveielser

Forskere har et etisk ansvar for det enkelte menneske i alle delene av forskningsprosessen. Forskerens lojalitet må gi seg til uttrykk gjennom kritiske vurderinger og tilkjenning av etiske og vitenskapelige overveielser. Etiske overveielser i denne studien omhandler i første rekke forhold som hadde med informantene og data å gjøre. Prosjektet ble søkt og godkjent hos NSD (Personvernombudet for forskning, 2012) I forhold til informantene, ble anonymitet, frivillighet og informert samtykke ivaretatt. Informert samtykke omfatter at deltageren har fått tilstrekkelig informasjon om studien de skal delta i, har forstått informasjonen, og har mulighet til å samtykke til deltagelse, eller avstå fra å delta (Polit & Beck, 2012). Forskeren selv er det viktigste instrumentet i intervjusituasjonen, og kvaliteten på kunnskapen som innhentes er avhengig av forskerens kompetanse i intervjusituasjonen. Det gjelder forskerens kunnskap, følsomhet og empati (Kvale et al., 2009).

I publiseringsprosessen er forskerens ansvar om ærlighet og redelighet i forhold til henvisninger, referanser, og kreditering ivaretatt gjennom å følge retningslinjer (Erikson & Gröhn, 2010; Forskningsetiske komiteer, 2012a). Lyddopptak slettes (Personopplysningsloven, 2000; Personvernombudet for forskning, 2012), i tråd med anbefalinger fra NSD. Denne studien omfatter ikke medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, og reguleres gjennom sykepleiesamarbeid i Norden (Norsk sykepleierforbund, 2011; Sykepleiernes Samarbeid i Norden, 2003), og trengte derfor ikke godkjenning fra REK (2012).

”Før forskning på mennesker gjennomføres skal det gjøres en grundig vurdering av risiko og belastning for deltagerne. Disse må stå i forhold til påregnelige fordeler for forskningsdeltagerne selv eller andre mennesker ” (Helseforskningsloven 2008). Forskeren er underlagt taushetsplikten og personvern omfatter at opplysninger om deltagere i forskningsprosjekter blir behandlet forsvarlig. (Forskningsetiske komiteer, 2012b).

Empirisk data til denne studien ble innhentet gjennom individuelle semi – strukturerte intervjuer. I forkant ble det sendt ut et informasjonsskriv med forespørsel om å delta i studien,

hvor det ble informert om bakgrunn og hensikt, og at det var frivillig deltagelse. Pasienter er ikke involvert i studien, og informantene ble bedt om å ikke snakke om enkelte pasienter. Dataene er oppbevart innelåst og beskyttet mot innsyn fra uvedkommende, og behandlet på en måte som sikrer uvedkommende å få kjennskap til hva den enkelte har svart. Resultatene publiseres slik at anonymiteten sikres. Personvernet i forskningsprosjekt omfatter at opplysninger blir behandlet forsvarlig. Denne studien er ikke omfattet av det personopplysningsloven kaller sensitive opplysninger (Personopplysningsloven, 2000), men dataene er oppbevart og behandlet på en måte som sikrer at uvedkommende ikke får kjennskap til hva den enkelte har svart. Resultatene publiseres slik at anonymitet er sikret. Selv om det er inkludert en psykiatrisk vernepleier i studien så benevnes informantene som psykiatriske sykepleiere. Dette både for å sikre anonymitet, beholde fokus på sykepleiere og for å lette tekstformuleringer.

Nytteverdien for deltagerne i studien kan være anerkjennelse ved at noen er interessert i å høre om deres opplevelser og erfaringer. Det kan være nytte for noen å få økt innsikt i egen situasjon, gjennom forskerens fortolkninger av data. En kan hevde at nytteverdien for informantene i studien var anerkjennelse ved at forskerne var interessert i å høre om deres erfaringer og opplevelser. Det kan være nytte for noen å få økt innsikt i egen situasjon gjennom forskerens fortolkning av dataene. En annen nytteverdi kan være at de bidro til forskning innen sykepleie.

Det er forbundet med liten risiko å delta i studien. Intervjusituasjonen kan skape utfordringer i forhold til balanse mellom nærhet og avstand. Her har forskeren et ansvar i følge Kvale et al. (2009) å ikke krenke deltagerens integritet, også når fortolkninger av data blir foretatt. Et usikkerhetsmoment i kvalitativ forskning er at det er uforutsigbart (Kvale mfl. 2009). Det er tatt høyde for dette ved at oppfølgingsspørsmål ble stilt utifra hvordan intervju prosessen skred fram. Derfor er det viktig at dette er informert om på forhånd. Funnene kan oppleves som ufordelaktige i forhold til den praksis som utøves. Det er rimelig å si at forskeren i denne oppgaven har tilstrebet redelighet og ærlighet i ivaretagelsen av sine deltagere.

Denne studien omfatter ikke en sårbar gruppe, men det er allikevel viktig å ivareta informantene og sikre konfidensialitet. Konfidensialitet kan være et "etisk usikkerhetsområde" i følge Kvale et al. (2009) for på den ene siden skal anonymitet ivaretas

for å beskytte informantene, mens på den andre siden kan jeg som forsker da ha mulighet til å tolke data uten å bli motsagt.

Studiens troverdighet

Troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet er etablerte begreper som brukes for å vurdere kvaliteten av en kvalitativ studie generelt og fenomenografisk studie spesielt (Alexandersson, 1994; Polit & Beck, 2012).

I følge Sjøstrøm og Dahlgren (2002) betyr troverdighet i fenomenografiske studier hvor ”sanne” beskrivningskategorien er ut ifra hvor godt de gir en beskrivelse av informantenes oppfatning slik de framkommer i intervjuene, ikke forskerens egen tolkning. Forskeren må ha en bevissthet omkring egen forforståelse som kan påvirke tolkning og funn. Troverdighet i denne studien gis ved at leseren får følge forskeren gjennom alle ledd i prosessen, fra utvalg av intervjupersoner til resultatet. Sitater fra intervjuene gjengis i materialet. Forskeren har hatt en undrende og nysgjerrig holdning i forhold til informantens perspektiv, både i intervjusituasjonen og gjennom videre analyseprosess, fordi dette danner grunnlag for ny forståelse av det fenomenet som studeres.

Det er umulig å se fullstendig objektivt på materialet. Forskerens forforståelse kan bidra til motivasjon og drivkraft i studiet, men også gjøre at forskeren mister verdifull kunnskap. Dette er beskrevet av Sandelowski (1986) som ”going native”. Det vil si at forskeren identifiserer seg så med informantene at det er fare for at egne erfaringer ikke skilles fra informantens. På den ene siden er forskerens nærhet til faget og psykiatrisk sykepleiers situasjon en kompetanse i utarbeidelsen av intervjuguiden, og i forhold til intervjusituasjonen som kan ha støttet informantenes refleksjon, ærlighet og åpenhet. På den andre siden kan nærhet til faget gjøre at det blir tatt for gitt at informanten forstår, at det derfor ikke blir stilt oppfølgings spørsmål slik at det blir gitt anledning til å forklare og utdype. Forskeren har hatt innsikt i at egen erfaring som psykiatrisk sykepleier og nærhet til forskningsfeltet gjennom utdanning i kognitiv terapi, personlighet, og kunnskapssyn er forhold som har påvirket arbeidet. Derfor har forskeren gjennom hele prosessen vært bevisst på å ha en kritisk, men reflekterende holdning til egne tolkninger for å ivareta troverdigheten.

Pålitelighet betyr om datamateriale og studien gir svar på det som skulle undersøkes og om samme beskrivningskategorier hadde kommet fram hvis en annen forsker hadde gått gjennom datamaterialet (Sjöström & Dahlgren, 2002). Dette er i følge Sjöström og Dahlgren (2002) verken berettiget eller ønskelig, fordi de originale funnene av beskrivningskategoriene utgjør en oppdagelse og oppdagelser trenger ikke å være overførbare. Studien gir svar på det som skulle undersøkes og det kommer fram i resultatene gjennom beskrivelseskategoriene, oppfatningene og gjennom sitater i teksten.

Bekreftbarhet underveis i intervjuet innebærer at forskeren regelmessig sjekker sin egen oppfatning (Sjöström & Dahlgren, 2002). Forskeren i denne studien stilte spørsmål underveis som for eksempel ”har jeg forstått deg rett når du sier at?”. Dette kan bidra til at intervjumaterialet representerer en felles forståelse mellom forskeren og informanten på best mulig måte. Forskerens kompetanse representerer i følge Polit og Beck (2012) den håndverksmessige kvaliteten, det vil si hvordan man har utført intervjuet. I denne studien er det redegjort for hvordan intervjuene er utført og transkriberingsprosessen. På den måten har leseren mulighet til å bedømme gyldigheten (Polit & Beck, 2012).

Overførbarhet kan knyttes til generaliserbarhet. Det dreier seg om i hvilken grad funnene kan vurderes som gyldige utover de lokale forhold som framkom i studien, og utover det utvalget av informanter som omfatter studien. Overførbarhet betyr dermed hvorvidt funnene kan knyttes til andre personer og omgivelser (Sandelowski, 1986). Kvalitative studier representerer kun en liten gruppe informanter i utvalget. Selv om forskeren er trygg på at informantene i utvalget gjenspeiler en lignende og tilfeldig utvalgt gruppe informanter, er det likevel ikke forskerens ansvar og trekke slutninger. Forskeren har derimot ansvar for og sørge for at dataene fremstilles så berikende som mulig, slik at leserne kan trekke egne slutninger om graden av overførbarhet ut av studiens funn og litteraturen som presenteres. I denne studien vil overførbarheten kunne knyttes til hvordan kriteriene for rekruttering av informantene presenteres og hvordan tidlige forskning blir presentert.

RESULTAT

Analysen av informantenes oppfatninger av bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgntilnærming resulterte i hovedkategorien ”Anvendelse av terapeutisk kompetanse gjør en forskjell for pasienten ” og to beskrivningskategorier; *Å ha tydelige rammer* og *Å ha kunnskap og redskaper for sykepleieutøvelsen*, som hver og en bygger på to oppfatninger.

Hovedkategorien beskriver at psykiatriske sykepleieres erfaringer med bruk av kognitiv tilnærming gjør en forskjell for pasienten. Det fremmer behandlingen av pasientene i form av en forståelse for pasienten og hans problemer. Beskrivningskategoriene beskriver hvilke faktorer som har betydning for anvendelsen av kompetansen, og hvordan psykiatrisk sykepleier bruker kompetansen.

Tabell 1. Oppfatninger om bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgntilnærming

Hovedkategori	Anvendelse av terapeutisk kompetanse gjør en forskjell for pasienten			
Beskrivningskategorier	Å ha tydelige rammer		Å ha kunnskap og redskap for sykepleieutøvelsen	
Oppfatninger	Behandlingskulturen og systemets rolle	Kontroll over tid og rom	Tenkningen er integrert, men metoden er improvisert	Bevaring av kompetansen

Å ha tydelige rammer

Denne beskrivelseskategorien handler om organisatoriske og strukturelle forhold som er knyttet til psykiatriske sykepleieres bruk av kognitiv tilnærming i klinisk praksis. Det omhandler; Behandlingskulturen og systemets rolle og Kontroll over tid og rom. Det som særpreger informantenes oppfatninger i denne kategorien er faktorer som ledelsesforankring og rådende behandlingskultur i avdelingen, og hvordan dette påvirker bruk av kognitiv

tilnærming. I tillegg er kontroll over tid til samtaler av betydning, og rom tilgjengelig for å kunne anvende tilnærmingen på en tilfredsstillende måte.

Behandlingskulturen og systemets rolle

Oppfatningen omhandler behandlingskulturens betydning i forhold til om det var forankring hos enhetsleder, psykiater og psykolog om å anvende kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnbehandling. Det innebar om det var eller ikke var en positiv innstilling hos ledelsen og behandlerne til å anvende kompetansen. De informantene som erfarte at behandleren var interessert og positiv, beskrev at samarbeidet i pasientsamtalene ble tettere og jobbing med kognitiv tilnærming i miljøterapien ble tatt opp som tema i pasientsamtaler. Andre erfarte at ledelsen og behandlerne hadde kunnskap om, eller utdanning i kognitiv terapi, og da var kognitiv tilnærming i fokus i samtaler, på behandlingsmøter og evalueringsmøter. Det skapte rom for samarbeid og anerkjennelse for å bruke kompetansen. Informanter som erfarte at det lå i behandlingskulturen å følge opp og møte nasjonale føringer som anbefalte kognitiv tilnærming, beskrev at kognitiv tilnærming var et selvfølgelig tiltak i pasientenes behandlingsplan. Der det var innlemmet i behandlingstilbudet, ble bruk av kognitiv tilnærming bestemt og ansvarliggjort på behandlermøter hvor psykiater, psykolog og miljøpersonale var tilstede.

”Jeg opplever jo at på sykehuset her da sett i helhet at det er et fokus på kognitiv tilnærming. At man forsøker å møte nasjonale føringer som sier noe om at det er en viktig del av tilnærmingen. I hvert fall mot moderat depresjon, og at det satses på det altså”(A 39).

Det var avdelinger som ikke hadde psykolog tilknyttet og det ble beskrevet som både motiverende og utfordrende, å jobbe i en behandlingskultur hvor psykiatriske sykepleiere hadde fått ansvaret for den psykologiske tilnærmingen. En var tilknyttet en avdeling hvor det var jobbet målrettet over år. Det var avsatt tid til opplæring og fokus var på konsekvent bruk av kognitiv tilnærming overfor pasientene. Daglig ble kognitiv tilnærming repetert i møter, på rapporter og ved å lese på plakater som var hengt opp på personalrommet. Selv om ikke alle pasienter var egnet for målrettet samtaler med kognitiv tilnærming, så anvendte informanten allikevel den integrerte tenkningen overfor alle, for å utforske alternative tanker.

I motsetning til;

”Generelt så tenker jeg at ... Altså det vi har fått er bra for egen del, men hvis man tenker det som i det store og hele for sykehuset så er det ikke så mye som fremmer. Du får verken ros eller gehør eller, det er ingenting som gjør at det blir attraktivt å gjøre det til dags dato. Verken ledere er kjempegiret og etterspør det, eller legen. Det kan hende at de sier sikkert det er greit hvis du spør, men det er på en måte ikke sånn at det blir fremmet. Det gjør det ikke” (F 34).

Det framkom at mange av informantene erfarte en positiv innstilling og velvilje blant miljøpersonalet og det spilte en rolle når det kom til det å ha fokus på, og bruke kognitiv tilnærming i miljøterapien. Der hvor miljøpersonalet var velvillige til å prøve noe nytt, så de på kognitiv tilnærming som et kjærkommet tilskudd til allerede etablerte tilnæringsmetoder. Andre beskrev at det å ha kollegaer i posten som hadde samme kompetansen å kunne prate med, diskutere og komme fram til løsningen var også av stor betydning.

En beskrev at avdelingsledelsen hadde bevilget utdanningen til mange av de psykiatriske sykepleierne, for så kort tid etterpå bestemme at hele personalgruppa skulle utdannes i en annen terapimetode, som heller skulle brukes. Etter en tid ble denne avdelingen lagt ned og personalet fordelt rundt på forskjellige avdelinger. Informanten erfarte da at de kom til en avdeling hvor ingen andre hadde kompetansen.

Spesialisthelsetjenesten beskrives ha et ønske om et mer kunnskapsbasert implementert behandlingsopplegg, det ble erfart at det ikke er blitt prioritert ved noen av enhetene. Der hvor det biopsykososiale perspektivet var rådende, spilte dette en stor rolle i forhold til informantenes mulighet til ikke å få anvendt kompetansen. Det opplevdes som et gap mellom behandlerne og miljøpersonalet. Det virket hemmende at det ikke var en forståelse i hele behandlergruppa for at kognitiv tilnærming i miljøterapien kunne ha en behandlende effekt. Informantene beskrev et ønske om at behandlergruppa burde ha mer den samme forståelsen og perspektiv, og kunne snakke samme ”språk”.

Der det ikke var fast psykolog eller psykiater tilknyttet avdelingen ble det erfart at det gav mangel på struktur i forhold til behandlingsplaner og bruk av tilnæringsmåten. De som gjennomførte samtaler uten at det var satt i system erfarte at det var vanskelig. Andre erfarte

at det var psykiater og psykologer som tok seg av det som omhandlet mer dyptgående temaer. En beskrev;

”Jeg tror folk her kunne tenke seg å jobbe enda mer kognitivt. Det er veldig mange utdannede sykepleiere her som klarer veldig mye selv. Så det var en stund sånn at de nesten tok oppgaver fra psykologen fordi at de var så dyktige..... Så det var nesten litt sånn en stund at det ble bremsset for det”(C28).

Flesteparten jobbet i en avdelingsstruktur hvor det var grupper eller team rundt pasientene. Men det varierte hvor mange i teamene eller gruppene som hadde kompetanse i kognitiv tilnærming i de ulike temaene og i avdelingene. Derfor var det ulikt hvor mange og hvor ofte pasientene fikk tilbud om samtaler med kognitiv tilnærming. Team som var satt sammen med spisskompetanse i forhold til pasientenes problem, innebar at psykiatrisk sykepleier med kompetanse i kognitiv tilnærming ble satt i team rundt pasienter som kunne nyttegjøre seg av kognitiv tilnærming. Andre erfarte at teamene var satt sammen ut ifra turnus, slik at det alltid var en i teamet på jobb. Det var ikke alltid det lot seg gjennomføre, på grunn av kurs, ferie eller sykdom.

Å ha samtaler alene med pasienten eller sammen med en annen i teamet varierte. De som hadde faste dager i uka avsatt til samtaler gjennomførte alltid samtaler alene. Andre hadde samtaler fortrinnsvis sammen med en annen i teamet, men det lot seg ikke bestandig gjennomføres, på grunn av turnusarbeid og lav bemanning. Det var informanter som alltid hadde samtaler sammen med en annen av miljøpersonalet eller behandler og pasienten. Det var bemannet for at dette kunne gjennomføres i alle typer samtaler for å kunne ivareta pasienten og at innholdet i samtaler blir oppfattet rett.

Kontroll over tid og rom

Kategorien omhandler bruk av tid til kognitiv tilnærming. Informantene som jobbet ved avdelinger hvor bruk av kognitiv tilnærming var integrert i avdelingens behandlingstilbud, hadde fastlagte dager i turnusen hver uke hvor de satte opp samtaler hele dagen. De erfarte at samtaler kunne planlegges og gjennomføres i ro og stillhet. Bruk av tid omfattet også å få satt av tid på behandlingsmøter og evalueringsmøter for å legge fram arbeidet og til opplæring av øvrige personalet.

Andre beskrev at de måtte være fleksible, tilpasse tiden og sett opp timer, hvis det ble igjen tid innimellom de andre arbeidsoppgavene informantene hadde i avdelingen. Noen var gitt frihet til å sette opp tid til samtaler når det måtte passe dem eller pasienten.

Å ha en administrativ funksjon i avdelingen førte til mindre tid til pasientrelatert jobbing med kognitiv tilnærming. Kompetansen ble brukt når det var behov for forsterkning i et team.

Det ble erfart at turnusjobbing medførte uregelmessighet, oppstykket og ustrukturert jobbing med kognitiv tilnærming. Nedbemanning og færre av personale på vakt, førte også til mindre tid til planlagte samtaler med pasientene.

I fem - dagers poster hvor alle pasientene var hjemme fra fredag til mandag ble det satt av mye tid til planlegging av permisjoner fordi kortere innleggelser gav mindre tid til planlagt eksponering i avdelingen, noe som medførte mer planlagt eksponering på permisjon. Andre erfarte at det var blitt mer og mer travelt og kortere innleggelser. Det gav mindre tid til samtaler, og samtaler måtte avlyses på kort varsel.

Eller;

”Vi samarbeider veldig med pasienten. Når pasienten har tid og overskudd og ikke har noe annet på programmet så får lov til å bruke tiden”(B43)

Mange erfarte at arbeidsuken måtte planlegges nøye for å få tid til samtalene med kognitiv tilnærming. Det var viktig å få tid til å gjennomføre samtaler ukentlig, for å få laget en plan sammen med pasientene med de oppgavene pasienten skulle gjennomføre, for eksempel eksponering, egenoppgaver i avdeling og permisjon.

”En har jo mange andre oppgaver så klart. Det kreves at en strukturerer seg. Jeg prioriterer pasienten først, før en del andre ting. Nei en får ikke til nok tid, men en kan få brukbart med tid når en bare prøver å planlegge uka si”(H8)

De fleste av informantene jobbet dagvakter, kveldsvakter og helgevakter, men planlagte samtaler ble stort sett gjennomført på dagtid i ukedagene. Informantene beskrev at på dagtid var bemanningen størst slik at det var tid til å gjennomføre samtaler. Det var tid til å være sammen med pasienten etter samtalen og bearbeide reaksjoner fra samtalen.

Tid brukt på kognitiv tilnærming på kveldsvakt erfarte de fleste var mer utforsking av her - og nå situasjoner som oppsto i avdelingen, og da var det ikke sikkert at psykiatrisk sykepleier var godt kjent med alle pasientene de hadde samtale med.

Hvor mye tid som ble brukt på å bygge allianser, få tak i pasientens motivasjon og egnethet før det ble startet opp med samtaler, varierte. For noen gav kort liggetid i avdelingen, kort tid til alliansebygging.

Noen erfarte å ha ekstra samtaletimer de første ukene for å bygge en allianse, og se om pasienten var mottagelig og motivert for egeninnsatsen som kreves. Andre gav pasienten noen dager til å tenke seg om og kjenne på egen motivasjon. Det ble også erfart å starte opp med en gang og heller stoppe opp underveis, og problematisere hvis det blir vanskelig.

At det var et anvendelig rom tilgjengelig, var alle enige om var av betydning. Men hva informantene definerte som et anvendelig rom var ulikt. Det framkom at en del informanter hadde samtale- rom med tavle og skrivebøker alltid tilgjengelig. De erfarte at de fikk sitte uforstyrret sammen med pasienten så lenge de måtte trenge det. Andre brukte lederkontor eller rapport- rom og måtte tilpasse samtaletidene i forhold til andre avtaler som var booket.

Det ble beskrevet av noen at de ikke kunne planlegge på forhånd hvor de skulle ha samtale, men tok det rommet som var ledig. De erfarte at det ordnet seg som oftest fordi de samarbeidet godt i avdelingen. En beskrev å måtte gjennomføre samtaler i rom som ikke var lydett det virket forstyrrende og var til fare for konfidensialitet og fortrolighet. Denne informanten hadde også opplevd, i noen tilfeller hvor det ikke var noe ledig samtalerom, å måtte bruke uteområdet.

Å ha kunnskap og redskaper for sykepleie utøvelsen

Beskrivningskategorien omhandler to oppfatninger; Tenkningen er integrert, men metoden er improvisert og Bevaring av kompetansen. Denne beskrivelseskategorien handler om at utdanningen i kognitiv terapi gav kunnskap og redskaper som fremmet en bedre forståelse for pasientene, bygge allianse, og skape trygghet slik at pasienten selv kan finne svarene og sin vei. Tenkningen, forståelsen og metodene som ble lært og integrert i utdanningen, etablerte et

ønske og engasjement om å bruke, opprettholde, videreutvikle kompetansen og gi den til flere.

Tenkningen er integrert, men metoden er improvisert.

Alle informantene beskrev den grunnleggende kognitive tenkningen som integrert. Det innebar i møtet med pasientene å ha et fokus på sammenhengen mellom pasientens tanker, følelser og adferd. Noen beskrev tenkemåten om pasientens lidelse og problem som en verdi i seg selv, som gav en betydningsfull forståelse. Mens andre beskrev tenkningen som en forståelsesmåte på lik linje med en biologisk, psykodynamisk, eller en traume og mentaliseringsbasert tenkning som kunne brukes alene eller sammen for å hjelpe pasienten å oppnå vekst og mestring.

Det ble erfart av endel at flere pasienter kunne ha nyttegjørt seg av kognitiv tilnærming ut ifra problematikken, men at noen pasienter ikke ville eller torde. Det ble også erfart at en del pasienter var for syke, hadde komplekse lidelser til å lære, anvende og nyttegjøre seg av kognitiv tilnærming.

Alle informantene var tydelig på at alliansebygging og motivasjon hos pasienten var viktig.

I tillegg til at utdanningen hadde formet tenkningen til informantene, beskrev de også å bli gitt redskaper i form av samtaleteknikk, problemspesifikke modeller og måleinstrumenter som kunne anvendes for å hjelpe pasientene.

Modellen for depresjon ble brukt av alle, men brukt ulikt utifra hvor deprimert pasientene var. Til dypt deprimerte pasienter hadde noen erfart at det gikk an å formidle kunnskap om sykdommen, identifisere tanker og følelser selv om pasienten ikke hadde håp om bedring, mens andre brukte kun aktivitetsplanlegging i denne fasen. Ved moderat depresjon erfarte endel at pasientene var motivert og tilgjengelige til å lære om og bruke modellen. De sa også at pasientene etter hvert klarte å bruke modellen selv utenom samtaletimene.

Når det gjaldt angstlidelsene framkom det at modellene for panikkangst og sosial fobi var mest anvendt. Det ble beskrevet av informantene at de brukte modellene som utgangspunkt i samtaler, i psykoedukasjonsgrupper eller i planlegging av eksponering i avdeling. Og som

egenoppgave og i etterkant av situasjoner som har vært angstfylt for pasienten. Kun en beskrev å jobbe med kognitiv tilnærming ved tvangslidelse.

Det framkom at noen informanter brukte angst eller depresjonsmodellene som utgangspunkt i samtaler med pasienter med psykoseproblematikk. De brukte modellene ut ifra hvilket stadiet pasienten var i. Det ble påpekt at selv om modellene ble brukt som utgangspunkt, så ble ikke dette spesifisert overfor pasienten. Noen jobbet mye med eksponering, andre med psykoedukasjon ved å bruke ABC skjema på for eksempel, ikke -fastlåste vrangforestillinger. Noen påpekte at pasienter med mangelfull evne til å tenke seg og forestille seg, var erfart vanskelig å jobbe med kognitive modeller og teknikker.

Andre lidelser en del av informantene jobbet med kognitiv tilnærming i forhold til pasienter, var bipolar lidelse, spiseforstyrrelse, sammensatte lidelser og personlighetsforstyrrelse. Selvskading hadde også noen erfart å bruke kognitiv tilnærming i forhold til. Metodene i kognitiv terapi ble beskrevet av noen som vanskelig å få brukt så systematisk som det ble lært. Noen psykiatriske sykepleiere kunne skremmes fra å tørre å jobbe med det i døgnbehandling, fordi utdanningen var utformet i forhold til å jobbe poliklinisk.

”I starten var jeg nok mye mer frustrert over at jeg ikke fikk gjort det akkurat sånn vi lærte det. Men jeg har litt mer forsonet meg med at dette er det jeg får til” (D15).

Mange improviserte i forhold til og ”å lage noen egne modeller” innenfor de etablerte modellene. En informant beskrev at hadde laget eget skriftlig informasjonsmaterieell, som pasientene fikk utdelt etter en vurdering i forhold til hvor i sykdomsprosessen han var. Andre plukket elementer fra tilnæringsmodellene og satte sammen til et eget opplegg. De fant en metode som passet sin måte å jobbe på som gav rom for improvisasjon og for å få fram ting hos pasienten.

Det framkom at visse psykiatriske sykepleiere med lang erfaring med kognitiv tilnærming anvendte modellene i her – og - nå situasjoner på alle pasientene, mens andre brukte det mest på de pasientene de kjente best. Pasientene var ofte slitne på kveldene etter aktiv jobbing på dagen. Noen informanter beskrev at kveld og helg var definert som pasientens egentid, hvor de kunne bestemme helt selv. Andre la vekt på at pasientene måtte ha tid til fysisk aktivitet på kvelden, tid til egen refleksjon og føre loggbok. Mange jobbet ved avdelinger hvor pasientene dro på permisjon i helgene, og hadde egenoppgaver de skulle gjennomføre.

Alle informantene jobbet ved avdelinger som brukte ukeplaner, men få beskrev systematisk registrering av pasientens mestring og glede i forhold til de aktivitetene som sto på ukeplanen.

Kognitive teknikker som ble benyttet var sokratiske utspørring, eksponering og tilbakefalls - forebygging. Den sokratiske holdningen og utspørring sa alle at kunne brukes hvor som helst og når som helst. Noen erfarte at pasientene lærte etter hvert selv å resonnerer fra en sokratiske tenkning. Det ble beskrevet av mange at det var gode muligheter i og utenfor avdelingene til eksponering og det ble brukt mye som behandlingsmetode. Men det framkom at det ble for liten tid. De beskrev at mye av eksponeringen måtte pasienten gjøre alene på permisjon. Men de påpekte at det ble lagt stor vekt på planlegging i forkant og bevissthet på å skalere og registrere ubehag i situasjonen. Som tilbakefallsforebygging ble metoder som selvregistrering av tanker og følelser, laminerte kort med kraftfulle ord og setninger på, såkalte ”mantralapper” og fordel og ulempe registrering brukt. Det ble av en del erfart at pasienten hadde god nytte av tiltakene så lenge lidelsestrykket var på et håndterbart nivå.

Alle brukte ABC(DE) skjemaet. De fleste brukte det sammen med pasientene i samtale timene, mens et par av informantene sa at de delte ut skjemaene og lærte pasientene til å bruke det selv utenom samtale timene.

Måleinstrumentene BDI og BAI ble brukt av noen i utredningsfase. Andre beskrev at BDI og BAI ble brukt fast til alle pasientene ved innkomst og ved utskrivelse. Tidligere også midtveis i innleggelsen, men på grunn av kortere liggetid ble dette nå gjort i mindre grad. Mange jobbet ved avdelinger som hadde andre typer måleinstrumenter, som var bestemt fra sentralt hold at de skulle bruke. De informantene som tok måleinstrumentene i bruk rett etter utdannelsen, erfarte at bruken avtok etter hvert. Det framkom fra de som jobbet med pasienter som var inne i et utrednings og behandlingsopplegg som krevde mye annen registrering, loggføring og egenrefleksjon, at det ble for mange skjemaer å forholde seg til for pasientene. Informanter ønsket å bruke de mer, men de erfarte at når det ikke var forankret hos behandlerne, at måleinstrumentene skulle brukes eller at behandlerne viste liten interesse for resultatene, så ble egen- motivasjon for å bruke de også mindre.

Informantene ledet undervisning og psykoedukasjonsgruppene. Psykoedukasjonsgrupper var fastlagt i ukesprogrammet hos de fleste, men varierte i tilnæringsmetode og innhold. Noen brukte kognitive modeller som utgangspunkt når de underviste om ulike diagnoser,

symptomer og mestring. Andre var opptatt av at pasientene skulle være aktive og tok utgangspunkt i pasientenes erfaringer av egen lidelse.

Noen av informantene erfarte utarbeidelse av kasusformulering som tidkrevende. Det ble mest brukt for at personalet skulle få en bredere forståelse for pasienten, og kasusformuleringen ble sjelden delt med pasienten.

Bevaring av kompetansen

Alle informantene beskrev at utdanning i kognitiv terapi var en god investering og gav økt kunnskap. Det ble erfart ulikt i hvilke grad kompetansen ble bevart, oppdatert og kom andre til gode.

Endel av informantene var de første som tok utdanningen ved sykehusene og hadde nedlagt mye arbeid med å videreformidle kunnskap til øvrige personalet. Noen hadde lederstilling eller lederfunksjon og erfarte;

”Vi er to og vi startet med en gang vi var ferdige med utdanningen med å formidle det vi hadde lært. Vi tok personalet ut av avdelingen annenhver onsdag og rett og slett veiledet og underviste om hva kognitiv terapi er. Vi brukte halve fagdager for å få alle til å være med å dra lasset og få forståelsen. Det nytter jo ikke at to av oss kan kognitiv terapi så sitter resten og klør seg i hodet”(G9)

Ved en avdeling hadde avdelingsledelsen valgt kognitiv terapi som videreutdanning for miljøpersonalet framfor en annen terapiform som også var tidsaktuell. Valget på kognitiv terapi ble beskrevet som riktig ut ifra at utdanningen hadde tilført personalet tidsriktig kompetanse og teknikker slik at avdelingen kunne tilby kunnskapsbasert behandling i framtiden. Det var avsatt midler slik at hele personalgrupper kunne tilbys utdanning i kognitiv terapi og det ble foretrukket nyansatte med kompetanse i kognitiv terapi. De som ledet arbeidet med å innføre kognitiv tilnærming i avdelingen ble prioritert når det gjaldt å være var oppdatert gjennom å bli sendt på kurs, få veiledning og ekstra utdanning.

De som var alene i sin avdeling om å ha kompetansen brukte ikke kompetansen mye. Det gav økt fare for å miste selvtilliten og motivasjonen for å bruke den. Å være alene om kompetansen gjorde det vanskeligere å få løftet fram og synliggjort på fellesmøter.

”Hvis flere hadde kunnet det og det hadde vært et kognitivt miljø. En sånn forståelse i avdelingen så kunne man ha brukt det mye mer”(E10)

For andre var det å være ressurspersoner som skulle implementere kognitiv tilnærming i avdelingen, slitsomt og vanskelig å lykkes med. Det hadde vært bedre om eksterne personer hadde denne oppgaven. Mens andre;

”Jeg opplever tvert imot at det var veldig kjærkommet at det tilbudet kom om kognitiv terapi og at det fokuset kom også. Ikke som et alternativ, men et fokus i tillegg til den teoretiske forankringen vi hadde samlet oss opp fra før da. Som jo var Gundersons miljøvariabler da”(A44).

Informantene opplevde at selv om det ble arrangert konferanser med kognitiv tilnærming, så var det forbundet usikkerhet omkring det å få dra på kurs på grunn av få kursmidler, eller at andre ble prioritert for å dra på andre type kurs. Andre ble sendt på kurs og internundervisning, men i ettertid ble det ikke stilt krav til at kompetansen skulle viderefremmes ellers implementeres. De som beskrev at undervisning og kurs var blitt satset på, erfarte nå at var lagt på is på grunn av innsparinger.

Som ledd i å opprettholde og videreutvikle kompetansen beskrev informantene behov og mulighet for veiledning, men det framkom variasjon i forhold til type veiledning, hvor ofte de hadde veiledning, og hvem som deltok. Flere hadde deltatt på kollegaveiledning som kom i gang etter pådriv fra fagutviklingssykepleier. Dette bidro til å motivere og holde oppe fokuset på bruk av kompetansen. I kollegaveiledningen hadde personalet fra ulike poster møttes til arbeidslunsj for å utveksle erfaringer. Kollegaveiledningen opphørte etter en tid, og ble for noen av informantene erstattet med veiledning med ekstern veileder. Informantene erfarte at det ble satset på veiledning for å gjøre dem tryggere i å bruke kognitiv tilnærming. En informant erfarte og ikke få tilbud om å delta i veiledning med ekstern veileder fordi informant jobbet ved en avdeling hvor kognitiv tilnærming ikke ble mye anvendt, mens en annen beskrev at generell veiledning uten fokus på kognitiv terapi var tilbudt. Andre hadde ikke deltatt på felles veiledning utenfor posten på grunn av turnusjobbing og fri på dager med veiledning, eller at det ikke var flere som jobbet med samme problematikk i veiledningsgruppa.

Noen informanter erfarte at det var fokus på kognitiv tilnærming i avdelingen og hadde nytte av avdelingsvis kollegaveiledning, men fremhevet at det hadde vært optimalt å delta i veiledningsgruppe med ekstern veileder. Andre uttrykte at hvis flere i avdelingene hadde utdanningen kunne kollegaene veilede hverandre og stå mer sammen.

Resultatsammenfatning

Psykiatrisk sykepleier anvender kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnbehandling gjennom å forstå pasientens problemer og behov ved å ha fokus på sammenhengen mellom pasientens tanker, følelser og adferd. Psykiatrisk sykepleier anser tenkningen og forståelse som et verdifullt redskap i seg selv, men anvender også problemspesifikke modeller og ferdigheter i samhandlingen med pasientene. Metodene er improvisert og tilpasset pasienten motivasjon, egnethet, problem og behov.

Psykiatrisk sykepleiers bruk av kognitiv tilnærming i døgnbehandling er også påvirket av faktorer som overordnende rammer og strukturelle forhold som virker fremmede om det er forankret i en positiv avdelingsledelse og behandlergruppe som har kunnskap om kognitiv tilnærming. Det avhenger at kognitiv tilnærming blir prioritert som tema i behandlingsmøter og undervisning av personalet og om de som har kompetansen får jobbe med de pasientene som kan nyttegjøre seg av kognitiv tilnærming. Kognitiv tilnærming fremmes hvis psykiatrisk sykepleier får satt av tid og har et rom tilgjengelig til samtaler. Det virker også fremmede når flere i avdelingen har kompetansen og at det gis veiledning. Det gir styrke og motivasjon å få bruke og opprettholde kunnskapen.

Men det virker hemmende hvis det ikke er en felles, prioritert og integrert beslutning hos ledelsen, behandlerne og psykiatriske sykepleiere at kompetansen skal brukes. Det virker hemmende at tid til samtaler konkurrerer med andre arbeidsoppgaver og at disse ofte må prioriteres først. Det er hemmende og ikke ha et rom hvor en kan samtale uforstyrret. Det virker hemmende å være den eneste i miljøpersonalet som har kompetansen. Hvis det i tillegg mangler veiledningstilbud gir det økt fare for å miste motivasjon og selvtillitt til å bruke det.

DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å beskrive psykiatriske sykepleieres erfaringer med bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnbehandling. Psykiatrisk sykepleier beskriver at de bruker kognitiv tilnærming i sin arbeidssituasjon på forskjellig måte. Resultatet viser at det er flere faktorer som påvirker om kompetansen blir brukt, og hvordan den brukes. Dette vil bli diskutert i relasjon til resultater i lignende studier.

Studiens resultater er et uttrykk for virkeligheten slik det er oppfattet og erfart av informantene og den viser forhold som er identifisert å være av betydning for bruk av kognitiv tilnærming i klinisk praksis.

Informantens oppfatninger er samlet i to beskrivningskategorier og resultatene vil bli diskutert innefor hver av de to beskrivelseskategoriene. Til slutt vil oppgavens metodiske gjennomføring diskuteres.

Å ha tydelige rammer

Beskrivningskategorien; Å ha tydelige rammer viser at behandlingskultur i avdelingen, lederforankring, tid tilgjengelig og fysiske rammer i form av samtalerom har betydning for anvendelse av kognitiv tilnærming i døgnavdeling. Dette betegnes som organisatorisk infrastruktur som er verdigrunnlaget og rammefaktorer som støtter klinisk sykepleie, omsorg og behandling (Fixsen, Blase, Naom, & Wallace, 2009; Flodgren, Rojas-Reyes, Cole, & Foxcroft, 2012). Skorpen og Øie (2010) stiller spørsmål ved spenningsfeltet mellom sykepleiefaglig kunnskap, humanistiske idealer og det medisinske – psykiatriske kunnskaps - synet og medisinsens status som vanskeliggjør sykepleiernes muligheter til å utvikle fremtidens tilbud til pasienten innlagt i psykiatriske døgnavdelinger.

Behandlingskulturen og systemets rolle

Døgninstitusjonene innen psykisk helsevern kjennetegnes i følge Frankel et al.(2003) og Parrish et al,(2008) av den biopsykososiale behandlingsmodellen som gjør seg gjeldende som

en eklektisk tilnærming, hvor en vandrer mellom referanserammer. Parrish (ibid) har for eksempel funnet at psykiatriske sykepleiere identifiserer den biopsykososiale tilnærmingen som hovedkomponent i depresjonsbehandling, i kombinasjon med kognitiv tilnærming. Skorpen et al.(2010, s. 22) påpeker at ”vestens psykiatriske sykehus fremdeles er dominert av det medisinske regimet, som dermed er en viktig premissleverandør for hvordan miljøet i psykiatriske avdelinger blir organisert og hvilken behandling pasientene skal få”.

Den reelle kompetansen i et behandlingsmiljø er en kombinasjon av posisjon, personlighet, kunnskap og utdanning (Oestrich, 2006). Det er ikke noe tvil om at det er lege eller psykolog som er faglig ansvarlig for å treffe vedtak og beslutte behandlingstiltak i psykiatriske døgninstitusjoner (Psykisk helsevernloven, 1999). Samtidig har psykiatriske sykepleiere de siste tiårene fått et stadig større ansvar for organisering og gjennomføring av døgnavdelingenes miljøterapi (Landsgruppe av psykiatriske sykepleiere, 2011).

Funn i studien viste at psykiatriske sykepleiere opplevde det både positivt og negativt å ha delegert noe ansvar for den psykologiske tilnærmingen i behandlingsmiljøet. Selv om denne studien representerer få informanter kan det forstås slik at delegert ansvar gir en positiv opplevelse hvis det er basert på et samarbeid mellom behandlerne og psykiatriske sykepleiere. Ut ifra egen erfaring krever det å håndtere terapeutiske prosesser og anvende terapeutiske prinsipper i psykiatriske behandlingsmiljøer, både oppfølging og veiledning av behandlingsansvarlige. Dette støttes av Holm et al.(2006) som presiserer at kognitiv terapi er en psykoterapeutisk metode som krever bred kunnskap om grunnleggende psykologiske prinsipper. Dermed kan en spørre seg om noe delegert ansvar til psykiatriske sykepleiere uten aktivt samarbeid fra behandler, om den psykologiske tilnærmingen er et uttrykk for utydelige rammer og en uavklart behandlingsfilosofi?

Beskrivelse av samarbeid og felles forståelse mellom enhetsleder, psykiaterne, psykologene og psykiatriske sykepleiere om behandlingens fokus i avdelingene viser seg som tidligere nevnt å være forskjellig. Med det mener jeg at noen samarbeidet godt, hadde en felles oppfatning og innstilling om at kognitiv tilnærming skulle anvendes, mens andre hadde diffust samarbeid og uavklarte rammer omkring bruk av kognitiv tilnærming. Dette kan på en side forklares med at informantene jobbet på forskjellige avdelinger med ulik behandlingsskiltur, innleggelsesriterier og behandlingens mål. I korttids og akuttavdelinger er hovedfokus pasientenes behov for sikkerhet, trygghet, støtte, behov for søvn og hvile og behov for

meningsfull behandling og sykepleie. Behandlingen er kort og symptombasert, og på grunn av kravet til effektivitet er sykepleien mye basert på den medisinske modell (Hummelvoll & Severinsson, 2001). Mens i utrednings og diagnosespesifikke avdelinger er slik jeg ser det er behandlingstiltakene og miljøterapien strukturert og nært knyttet til lidelsen. Bower al. (2005) viser i denne sammenhengen til at en terapeutisk pasient – sykepleie samhandling ikke er tenkt som kjerneelementet i korttids og akuttpsykiatri. På en annen side viser funn i denne studien og funn av Clearys et al.(2012) at psykiatriske sykepleiere kan ha terapeutisk samhandling med pasienter både i korttids, akuttpsykiatri, langtids, utrednings og diagnosespesifikke avdelinger uten nødvendigvis å bruke strukturerte terapeutiske modeller. I studien her forteller psykiatriske sykepleiere om bruk av ABC skjema for å hjelpe pasienter med å forstå egne reaksjonsmønstre ved konfliktfull adferd. Samtidig viser Iqbal og Bassett (2008) til at innleggelse i psykiatriske døgnavdelinger gjør pasientene passive, i mangel på aktiviteter som igjen virker inn på ”recovery”- prosessen. Funn viste at ved å bruke kognitiv tilnærming med aktivitetsplanlegging som metode gav det positiv effekt på depressive symptomer, og det viste seg også å være en kostnadseffektiv metode (ibid).

Det kan forstås slik at oppfatninger om at kognitiv tilnærming ikke kan brukes i døgnavdelinger, er basert på en forståelse om at pasientene er for dårlige til samtaler og innlagt i for kort tid for at det kan ha noen effekt. Kognitiv tilnærmingsteknikker som psykoedukasjon og aktivitetsplanlegging med registrering av mestring og glede kan for eksempel brukes. Dette støttes av både Løvaas og Johansen(2012) og Simonsen (2007) som mener at pasienter har nytte av å jobbe med kognitiv tilnærming. Utfordringen ligger i å tilpasse til individuelle behov og ut ifra diagnose. En forskjell er imidlertid at Simonsen (2007) også påpeker at behandlere og miljøpersonalet må samarbeide og tilpasse de enkelte tiltakene slik at de ikke kommer i konflikt med hverandre rent tidsmessig. Det vil eksempelvis si at psykologene må planlegge individuelle samtaler i henhold til andre miljøterapeutiske tiltak.

Et annet forståelsesperspektiv omkring rammer og samarbeid mellom behandlergruppa og psykiatriske sykepleiere om bruk av kognitiv tilnærming i døgnbehandling kan være som resultat i denne studien viser at det ikke er en felles forankret beslutning hos enhetsledelsen, behandlerne og miljøterapeutene at tilnærmingen skal brukes. Både Fixen et al.(2009) og Grol og Wensing (2004) påpeker at implementering ikke må være en tilfeldig praksisendring.

Fixen et al.(2009) utdyper derimot at en felles beslutning om iverksetting av et bestemt intervensjonsprogram er en av flere identifiserte enkeltfaktorer som påvirker implementeringskvalitet.

I resultatene i denne studien var det kun to avdelinger som hadde overordnet felles enighet fra enhetsledelsen, behandlerne og miljøpersonalet om at kognitiv tilnærming skulle brukes som tilnærming av alle i miljøterapien. Med andre ord metoden var akseptert, det var tro på prinsippene, ledelsen, behandlerne og miljøpersonalet ville gjennomføre at kompetansen skulle brukes av så mange som mulig og var overbevisst at de kunne fordi de hadde ferdigheter og et kontinuerlig fokus på opprettholdelse og videreutvikling av kompetansen. Oestrich (Oestrich, 2006) mener at noen av normene som er avgjørende for et godt resultat med bruk av evidensbaserte metoder i døgntilnærming er, innstilling og holdninger hos personalet

Funn i studien viser at bruk av kognitiv tilnærming er avhengig av grad av lederforankring. En mastergradsstudie av Juklestad (2011) er tidligere gjennomført med hensikt å få kunnskap om i hvilke grad helsepersonell praktiserer kognitiv adferdsterapi etter å ha fullført Kognitiv terapi trinn 1, og hva som påvirket utøvelsen. Funn hos Juklestad (2011) viste at forhold som tilrettelegging av arbeidssituasjonen, ledertilknytning og veiledning har betydning for i hvilke grad helsepersonell bruker kognitiv terapi. Løvaas og Johansen (2012) og Holm et al.(2006) mener at forankring hos ledelsen er en forutsetning for vellykket implementering av kognitiv tilnærming. De knytter dette opp mot at kognitiv tilnærming må forankres i en fagplan utarbeidet i samarbeid med ledelsen (ibid). Det kan forstås ut ifra at behandlingsevne og kapasitet er nært knyttet til økonomiske og organisatoriske forhold.

Det er imidlertid ingen av disse studiene som sier noe om det Juklestad (2011) etterspør mer forskning omkring; om leders kunnskap og kompetanse i kognitiv terapi har betydning. Det framkom imidlertid av funn i denne studien at enhetsleder med utdanning i kognitiv var noe av nøkkelen til en suksessfull implementering i hele avdelingen. Enhetsleder var den første i avdelingen som tok utdanningen og tok deretter ansvar for å lære opp personalet. Fixen et al.(2009) påpeker at vedvarende høy implementeringskvalitet er umulig å oppnå dersom enhetsleder ikke aktivt støtter og engasjerer seg i implementeringsarbeidet. Det virker fremmede for forankring av intervensjoner med ”ildsjeler” på alle nivåer i organisasjonen(ibid).

De fleste hadde enhetsleder uten formell kompetanse og kunnskap, men mange erfarte at leder hadde engasjement og gav støtte for bruk av kognitiv tilnærming. Det kan på en måte forstås slik at enhetslederne ser betydningen av at terapeutisk kompetanse blant miljøpersonale blir brukt og opprettholdt for å imøtekomme krav og retningslinjer til behandling. På en annen side kan enhetslederne ha vært mer involvert i bestemmelsesprosessen om at sykepleiernes kompetanse skal økes gjennom utdanning, og i det ligger det en forpliktelse og en lojalitet til en bestemmelse. Poole og Grant (2005) presenterer et interessant perspektiv om at ledelse som støtter opplæring og utdanning, uten å støtte anvendelse og opprettholdelse av kompetanse og ferdigheter framstår som engasjert i evidensbasert praksis, men med minimale utgifter og uten reell forpliktelse til organisasjonsendring. Dette er identifiserte forhold som i følge Fixen et al.(2009) gir ufullstendige eller dårlig implementerte intervensjonene som fører til at pasientene får et dårligere tilbud enn de bør kunne forvente .

Kontroll over tid og rom

Studien viser at tiden som psykiatriske sykepleiere bruker til samhandling med pasientene med fokus på kognitiv tilnærming avhenger av flere faktorer. Psykiatriske sykepleiere har fått kritikk for ikke å tilbringe nok tid med pasienten, og dette fører til for eksempel for lite tid til relasjon og alliansebygging, og dermed mindre mulighet for å ha terapeutiske samtaler (Bee et al., 2006; Cleary et al., 2012).

Både Fixen (2009), Williams (2008)og Poole og Grant (2005) trekker fram mangel på tid og konkurrerende gjøremål eller mangel på klare prioriteringer mellom oppgaver som barrierer for implementering av evidensbaserte intervensjoner. En forskjell er imidlertid at Poole og Grant (2005) viser i likhet med funn i studien her at psykiatriske sykepleiere lar seg sosialisere inn i en behandlingskultur hvor de oppfatter og aksepterer at de i tillegg til oppgaver som er definert i arbeidsinstruksen for psykiatriske sykepleier skal finne tid til å drive terapeutisk virksomhet.

Psykiatriske sykepleiere må i sin arbeidssituasjon i døgnavdeling prioriter tiden sin mellom mange ansvarsoppgaver og funksjonsrområder (Landsgruppe av psykiatriske sykepleiere, 2011). Både Whittington og McLaughlin (2000) og Cleary et al. (2012) har undersøkt hva psykiatriske sykepleier bruker tiden sin på i døgnavdeling og har funnet at sykepleierne blant

annet er splittet mellom tid til administrative oppgaver, rapportering, veiledning av studenter, kliniske sykepleieoppgaver, lege visitt og direkte pasientrelaterede oppgaver. En forskjell mellom de to studiene er imidlertid at Cleary et al.(ibid) har fokusert på innholdet i pasient – sykepleier interaksjonen og funnet at sykepleiere benytter enhver anledning til meningsfull samhandling med pasientene, men andre oppgaver ofte måtte prioriteres foran planlagte samtaler. Mens Whittington og McLaughlin (ibid) i sin observasjonsstudie fant at psykiatriske sykepleiere brukte 42.2% av sin arbeidstid til en - til- en samhandling med pasienten og 6.75% av den tiden ble definert som potensielt psykoterapeutisk. Kognitiv tilnærming kom innunder begrepet psykoterapeutisk samtale (ibid). Bortsett fra å dekke grunnleggende behov og sørge for trygghet og sikkerhet viste funnene at psykiatriske sykepleiere brukte 18.45% av arbeidstiden sin til å snakke eller rapportere til personalet, 14.43% på kontor administrative oppgaver, 5.44% på studentveiledning, 4.61% på legesamarbeid med møter, visitt og samtaler, 2.73% på kliniske sykepleieoppgaver, 2.16% på å få rapport og 2.16% andre oppgaver som senger reining, vaske klær og vaske i avdelingen. Selv om studien til Whittington og McLaughlin (ibid) er gjort i Nord Irland og har begrensninger, kan den allikevel ha overføringsverdi til norske forhold.

Disse resultatene står i motsetning til oppfatninger i denne studien hvor noen informanter beskrev at de både ble gitt tid og tok seg tid til samtaler med kognitiv tilnærming, planlegging og gjennomføring av for eksempel kognitive metoder som eksponering.. Funn i denne studien tyder på at det er utfordrende for psykiatrisk sykepleiere uansett hvilke typer avdelinger de jobber ved å få tid til terapeutiske samtaler med pasientene. Dette støttes av funn i Bee et al. (2006) som viser at det ikke er uvanlig at psykiatriske sykepleiere bruker liten tid til terapeutiske samtaler.

Dersom en ser funnene til Bee (ibid) og Whittington og McLaughlin (ibid) i sammenheng med Delayne (1997) som sier at sykepleie i psykiatriske døgnavdelinger er blitt kostnadseffekt med fokus på stabilisering med minst mulig personalet. Kanskje er det en grunn til at psykiatriske sykepleiere bør i større grad ta i bruk tid og kostnadseffektive terapeutiske metoder som for eksempel kognitiv terapi? Hurley et al.(2006) kaller kognitiv terapi for ”fast therapy” hvor både effektivitet og hurtig behandlingseffekt er i fokus og mener at psykiatriske sykepleiere heller bør jobbe etter et terapeutisk rammeverk som inkluderer tid til mer omsorg og varme.

På den ene siden viser funn i denne studien at psykiatrisk sykepleier får tid og tar seg tid til å lede eller delta i psykoedukasjonsgrupper som også er en del av en kognitiv tilnærming. Dermed er det med på å øke den faktiske tiden de bruker kompetansen på. I motsetning til Poole og Grant`s(2005) erfaring som opplevde vansker med å få fritak fra andre arbeidsoppgaver for å forberede, gjennomføre og evaluerer psykoedukasjonsgruppe for psykosepasienter. De erfarte også mangel på frigitt tid til å gå i veiledning og mangle på tid til å lære opp annet personale i tilnærmingen. I likhet med resultatene i studien er egen erfaring at de er lettere å rettferdiggjøre oppgaver som er fastlagt i avdelingens behandlings og ukeplan. Dersom psykiatrisk sykepleier bruker mindre tid til direkte pasientrelaterte oppgaver og samtaler med terapeutisk hensikt hvem gjør da dette med pasientene, eller er disse oppgavene erstattet med noe annet som gir samme effekt?

I forhold til om turnusjobbing har noen betydning for bruk av kognitiv tilnærming er det undersøkt få studier som studerer spesifikk dette. Det nevnes at datainnsamlingen i studien til Bee et al.(2006) er gjort både dag, kveld og natt for å få et representativt materiale, men det utdypes ikke videre i analysen. Derimot viser Simonsen (2007) til at behovsrelatert arbeidstid (BRA) brukes i døgnet hvor kognitiv miljøterapi er implementert. Med behovsrelatert arbeidstid planlegges arbeidstiden i fellesskap ut ifra hvilke oppgaver de ulike ansatte har. En overordnet ukeplan over alle aktiviteter legger føringer for tid til individuelle samtaler(ibid). En avdeling som bruker behovsrelatert arbeidstid antas å være opptatt av rett kompetanse til rett til, i motsetning til avdelinger med vanlig turnus som kanskje er mer styrt av riktig antall personer per vakt og et visst minimum med personell visse kvalifikasjoner. Funn i denne studien forteller at turnusjobbing oppleves utfordrende på grunn av veksling mellom dag, kveld og helgejobbing, og perioder med mange fridager er informantenes reelle oppfatninger, men støttes ikke av funn i andre studier.

Selv om det å ha og finne et rom for samtale ikke framkom som problematiske for majoriteten av informantene i studien, så ble det imidlertid oppfattet som veldig utfordrende for de som måtte lete hver gang de skulle ha samtale eller ta i bruk uteområdet eller et ikke -lydisolert rom. Mangel på fasiliteter kan være hemmende for bruk av kognitiv tilnærming i døgnbehandling. Det fysiske miljøet kan ha betydning for ro og trygghet i samtalene som er viktig når tankeprosesser skal utforskes.

Å ha kunnskap og redskaper for utøvelsen av sykepleien

Kognitiv tilnærming krever kunnskap om metode, diagnosespesifikke modeller og praktisk trening av ferdigheter for å bli en autonom utøver (Fredheim, 2009). Kunnskap om og redskap for anvendelse av kognitiv tilnærming har informantene fått gjennom samme utdanning i regi av Norsk forening for kognitiv terapi (2012).

Tenkningen er integrert, men metoden er improvisert

Funn i studien viser at Beck's (1989) prinsipper basert på den underliggende teoretiske forståelsen av at våre følelser og adferd i stor utstrekning bestemmes av den måten vi strukturerer verden, er godt integrert i tenkningen hos informantene. Informantene bruker den kognitive grunntenkning i møte med alle pasientene for å få en økt forståelse av pasienten og for å hjelpe pasienten å forstå seg selv og sine problemer.

Hewitt (2005) snakker i likhet med Berge og Repål (2008) om verdien av allianse og det terapeutiske forholdet, og for å få til en suksessrik kognitiv tilnærming, må pasientene føle seg forstått. Den kognitive grunnleggende tenkningen blir verdifull i seg selv fordi det innebærer oppmerksomhet på hva pasienten tenker og på kunnskapsformidling gjennom selvrefleksjon av pasientenes egne opplevelser, som igjen er med på å bygge allianse, skape tillitt og innsikt.

Simonsen (2007), Fredheim (2009), Løvaas og Johansen (2012) trekker frem erfaringer fra norsk psykiatrisk døgnbehandling med den kognitive grunntenkning som et verdifullt utgangspunkt for å forstå pasienten. Holm et al.(2006) kaller det integrert kognitiv teoretisk forståelse som er en grunnleggende plattform som all kognitiv tilnærming skal ta utgangspunkt i. I denne studien viser resultatene at denne plattformen har informantene, og de bruker det som ekstra "verktøy" i all pasientsamhandling. Fredheim (2009) verdsetter bevisstgjøringen som grunntenkningen bidrar med, og trekker fram at små og ubetydelige intervensjoner i miljøet kan ha terapeutisk verdi og mening. Det kan forstås som det d' Èlia (2004) omtaler som kognitiv samtalem metode, som er en mer begrenset metode for å øke selvrefleksjon. Samtidig påpeker Fredheim (ibid) at for å bli autonom utøver av kognitiv tilnærming, må ferdigheter også erverves og brukes. Det beskriver dÈlia (ibid) som kognitiv psykoterapi, som er systematisk bruk av kognitive intervensjoner til spesifikke lidelser. Med

andre ord så innebærer kompetansegrunnlaget i kognitiv terapi mer enn bare en grunnholdning, men også grunnleggende ferdigheter, spesifikke teknikker og problemspesifikke intervensjoner (Beck, 1989; Berge & Repål, 2008; Roth & Pilling, 2008).

Det har vært mye diskusjon om hva som har størst betydning i terapi; relasjonsfaktorer eller teknikker og ferdigheter (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006). Det er imidlertid grunn til å tro at teknikker, ferdigheter og relasjonen er avhengig av hverandre (Berge & Repål, 2008).

Hurley et al.(2006) har i likhet med Kjølrsrud (2013) sett med et kritisk blikk på profesjonsetiske utfordringer. En forskjell er imidlertid at Hurley et al.(ibid) spesifikt stiller spørsmål til at psykiatriske sykepleiere er blitt formanet å innlemme kognitiv terapi inn som deres terapeutiske ”verktøy”. De mener dette kan føre til et smalt utvalg av intervensjoner og begrensede ferdigheter, og at psykiatrisk sykepleier som jobber i en travel klinisk hverdag heller må inneha et repertoar av terapeutiske ferdigheter som gir omsorg og viser at de bryr seg om. Mens Kjølrsrud (2013) har avdekket en økende standardisering av psykiatrisk sykepleie, og stiller spørsmål hvis kunnskapsbasert praksis blir enerådende, hvor blir skjønnet av. Selv om Hurley et al. (ibid) sine kritiske blikk ikke er basert på forskningsfunn, så er det viktige perspektiver på hva anses som terapeutisk og verdifullt i psykiatrisk sykepleie.

Funn i denne studien viste at de kognitive terapimetodene og modellene ble opplevd mer tilpasset en poliklinisk arbeidshverdag hvor psykiatrisk sykepleiers arbeidsoppgaver i stor grad er planlagte samtaler med pasienter som ikke er så syke at de må være innlagt. Mens psykiatrisk sykepleiers arbeidshverdag i døgnbehandling er mindre forutsigbar og strukturert. I tillegg er mange av pasientene i en mye dårligere periode i sin lidelse eller sykdom. Med andre ord passer ikke metodene og modellene direkte inn i en arbeidshverdag i døgnbehandling.

Er det greit å improvisere i modellene og metodene så lenge en holder seg innenfor den teoretiske rammen? Holm et al.(2006) mener det er antiterapeutisk for det utvanner metodene og de mister sin faglighet. Mens Roth og Pilling (2008) mener at det er mulig å plukke ut og tilpasse metoden til praksis, men kjerneelementer som evne til å oppnå terapeutisk allianse, sokratiske utspørring og sette agenda for timer alltid må være tilstede. Informantene beskrev at de ikke fikk brukt metodene og modellene slik de hadde lært, men de brukte metodene og

modellene på en improvisert måte. Det vil si at det brukes ulike kognitive teknikker til ulike pasienter til ulike tidspunkter. Bruk av kognitive modeller og metoder i døgnbehandling er basert på en annen kontekst, har et annet tidsperspektiv og har dagliglivet som arena. Det er følge Andersen (1997) allikevel mulig å anvende kognitive teknikker av miljøterapeuter i døgnbehandling som er innenfor de samme teoretiske referanserammen som individualterapeutenes. Roth og Pilling (2008) mener det er et gap mellom ”best practice” og ”routine practice”, Utøvere av kognitiv tilnærming hevder at improvisasjon og variasjon i metoden er nødvendig fordi pasientene i klinisk praksis ikke er en ensartet gruppe som passer inn i forskningsbaserte modeller. Komorbiditet og komplekse lidelser gjør det vanskelig å bruke modellbaserte tilnærminger (ibid). Funn i denne studien stemmer overens med det Roth og Pilling (ibid) beskriver, men informantenes oppfatning er at dette ikke er ensbetydende med dårlig praksis.

Kognitiv tilnærming er effektiv behandling for mange lidelser hvis det blir gitt strukturert, målrettet og etter evidensbasert metode (Berg & Høie, 2010; Chan & Leung, 2002; Crowe et al., 2010; Gould, Coulson, & Howard, 2012b). Det kan forstås slik at informantene i denne studien fikk noen svar på effekten av tilnærmingen gjennom bruk av teknikker som sokratiske utspørring, eksponering, ABC skjema, fordel/ulempe, psykoedukasjon, tilbakefallsforebygging og måleinstrumenter som BDI og BAI. For eksempel viser funn av Parrish et al. (2008) at BDI synliggjør symptomforbedring ved depresjon. På den måten kan måleinstrumenter og skalering ses på som et redskap for å måle endring i for eksempel angstnivå og tro på negative tanker. Med andre ord en måte å se om metodene gir effekt på kort sikt.

På den ene siden kan en hevde at det er positivt at kompetansen blir brukt, selv om anvendelsen av metodene, modellene og teknikkene ikke er helt slik som ble lært i utdanningen. På den andre siden kan en stille spørsmål om det oppnås resultater. Både Roth og Pilling (2008) og Parrish et al. (2008) har funnet at utøvere av kognitiv tilnærming ikke har vært så opptatt av å dokumentere effekten av de metodene og teknikkene de bruker. Roth og Pilling (ibid) hevder det er meningsløst å kreve og få bruke terapimetoder hvis en ikke samtidig undersøker effekten og hvilke elementer som eventuelt bidrar til bedring hos pasienten. Parrish et al. (ibid) uttrykker for eksempel bekymring omkring den begrensede

dokumentasjon på effekten av tilnæringsmodeller psykiatriske sykepleiere bruker i forhold til deprimerte pasienter, blant annet kognitiv tilnærming.

Bevaring av kompetansen

Å håndtere terapeutiske prosesser og anvende terapeutiske prinsipper krever i tillegg til utdanning, også veiledning og oppdatert kunnskap gjennom å lese faglitteratur og kursing (Holm et al., 2006). Funn i studien viser at det var vanskelig å utøve kompetansen tilfredsstillende, utfordrende å opprettholde ferdigheter og teknikker og holde seg faglig oppdatert.

Å være den eneste blant miljøpersonalet som hadde kompetansen i sin avdeling gjorde det vanskeligere å få brukt den. Hvilket igjen gav økt fare for å miste selvtillitt og motivasjon. Så i lys av Eilertsen og Sommer (2013) er det en sammenheng mellom veiledning, økt kunnskap om og erfaring med kognitiv miljøterapi, opplevelse av mestring, tillitt til egen kompetanse og godt samarbeid med andre. Personalgrupper som er sammensatt av flere med samme kompetanse er i følge informantene i denne å foretrekke.

Selv om ikke alle informantene var alene i sin avdeling om kompetanse i kognitiv tilnærming ble mulighet for samarbeid med andre ikke ansett som avgjørende faktor for økt kunnskap, erfaring, mestring og tillitt i bruk av kognitiv tilnærming. Fredheim (2009) påpeker at det er nødvendig med jevnlig kunnskapsoppdatering og veiledning av fagperson innenfor kognitiv terapitradisjon for å sikre at kompetansen opprettholdes.

Holm et al. (2006), Nolan et al.(2007), Townend (2008) og Roth og Pilling (2008) trekker fram veiledning og faglig oppdatering som nødvendig for utøvelse og opprettholdelse av kompetanse. Holm et al.(ibid) mener imidlertid at det er mange hindringer på veien til å omsette kunnskap i praksis og mangel på ressurser som veiledning er den mest omtalte, mens det hyppigste hinder er fagpersonenes egne tanker. Roth og Pilling (ibid) mener at mangel på veiledning er kritisk i forhold til å opprettholde effekten og kan redusere kvaliteten på behandlingen. Det å ikke ha tilbud om veiledning i arbeidssituasjonen gir usikkerhet omkring rett bruk av metoder og teknikker og etter hvert stagnasjon i utvikling. Ingen av studiene(Nolan et al., 2007; Roth & Pilling, 2008; Townend, 2008) tar imidlertid opp betydningen av kollegaveiledning som framkom i denne studien. Selv om informantene

erfarte veiledning med ekstern veileder som det beste tilbudet, så kan det forstås som at kollegaveiledning med personalet fra ulike avdelinger også gav verdifull utveksling av erfaring og et godt faglig fellesskap.

Noen av informantene beskrev at de gikk i veiledning med ekstern fagveileder og var fornøyd med det. Andre oppfattet at de ikke fikk tilbud om veiledning fordi de jobbet ved avdelinger hvor bruk av kognitiv tilnærming ikke var en del av behandlingskulturen. Dette kan forstås som et uttrykk for at en del av helseforetaket har ment at det er bra at psykiatriske sykepleiere får kompetanse i kognitiv tilnærming, mens videre bruk, vedlikeholde og utvikling av kompetansen gjennom veiledning ikke er en del av kompetanseløftet.

Metodevurderinger

”The primary goal of nursing research is to improve the quality of care given to patients and clients”(Parahoo, 2006, s. 18).

For å sikre at sykepleien som utøves er effektiv og virkningsfull både fra et pasient og sykepleieperspektiv er det nødvendig at det blir stilt spørsmål ved og hvis nødvendig forbedret (Parahoo, 2006). Valget av forskningsområde i denne oppgaven er relevant sykepleieforskning med tanke på at det søkes kunnskap om psykiatriske sykepleieres oppfatninger om bruk av intervensjonsmetode, som er basert på forskning.

Troverdighet, gyldighet, overførbarhet og pålitelighet i kvalitative forskningsstudier har gjensidig påvirkning på hverandre og de berører alle deler av forskningsprosessen. De ulike delene i forskningsprosessen i denne studien vil derfor bli drøftet og sett i forhold til disse kvalitetskriteriene (Alexandersson, 1994; Polit & Beck, 2012; Sjöström & Dahlgren, 2002)

Troverdighet

Et viktig moment man må vurdere for å si noe om en studies troverdighet, er om forskeren har benyttet en vitenskapelig metode som er egnet for å svare på forskningsspørsmålet. Kvalitativ metode med fenomenografisk design beskriver hvordan mennesker erfarer og oppfatter fenomen gjennom å beskrive variasjoner i oppfatninger (Marton & Booth, 1997). Derfor vurderes det som et godt egnet design for å fremme kunnskap i tråd med studiens hensikt. Allikevel er det viktig som forsker å være klar over kritiske momenter som at oppfatningene og beskrivelseskategoriene ikke har nok dybde og er tilstrekkelig nære og påvirket av forskerens subjektive rolle (Entwistle, 1997; Uljens, 1989). Kvale (2009) mener at forskningens vitenskapelighet og verdi først og fremst er knyttet til kvaliteten på forskerens ærlighet og evne til å fullføre forskningsprosessen på en pålitelig måte.

Et kjernesporsmål når det gjelder troverdighet i fenomenografiske studier er hvor ”sanne” beskrivningskategorien er ut ifra hvor godt de gir en beskrivelse av informantenes oppfatning slik de framkommer i intervjuene, og ikke er forskerens egen tolkning (Sjöström & Dahlgren, 2002). Dette er blitt ivaretatt i denne studien gjennom diskusjon med andre, tilbakemelding fra andre og gjennom en nøyaktig beskrivelse av studiens fremgangsmåte (Sjöström &

Dahlgren, 2002). Studien er gjennomført av en forsker i tillegg til veileder og det har vært viktig å være bevisst og åpen gjennom alle prosesser. Forskeren har ivarettat troverdighet gjennom en bevisst og åpen holdning i sin tolkning og i beskrivelsen av forskningsprosessen i metodekapittelet. Det som også har bidratt til å styrke studiens troverdighet har vært min bevissthet rundt egen forforståelse, en kritisk holdning til alle delene i forskningsprosessen, diskusjoner med veileder og tilbakemeldinger fra medstudenter på forskningsplan, analyse og masterseminar.

I følge Polit og Beck(2012) og Parahoo (2006) er det ingen eksakt fasit for størrelse på utvalget i kvalitativ forskning. Størrelsen bør være basert på den informasjonen som trengs. Størrelsen på utvalget i denne studien ble åtte stykker. Det vil si et lite utvalg, men det gav allikevel tilstrekkelig datamateriale som bidro med å få fram oppfatninger som ivaretok variasjon rundt fenomenet og gav svar på hensikten. Dette er med på å styrke troverdighet

Utvalget i denne studien var i utgangspunktet tenkt skulle være psykiatriske sykepleier med videreutdanning i kognitiv terapi, trinn 1. De ville vært homogene når det gjaldt utdanning, men strategisk med hensyn til kjønn, alder, utdannings år og hvilke type avdeling de jobbet i. I følge Grimen og Ingstad (2008) kan det være hensiktsmessig å søke maksimal variasjon i utvalget for å få fram mange typer informasjon og så mange synspunkter som mulig. Dette ble ivarettat ved at rekrutteringen ble gjort i to steg. Det endelige utvalget i denne studien ble sju kvinnelige psykiatriske sykepleiere og en kvinnelig psykiatrisk vernepleier med videreutdanning i kognitiv terapi trinn 1. Utvalget ble strategisk i forhold til variasjon i avdelinger informantene jobbet ved og lengde på arbeidserfaring med kognitiv tilnærming. Dette øker troverdigheten i studien. Det ble ikke oppnådd kjønnsfordeling i utvalget, men dette anses ikke å ha noen betydning for studiens troverdighet og overførbarhet.

At samtykke innhentes på forhånd betraktes som vesentlig (Forskningsetisk bibliotek, 2012). Det ble i forkant av datainnsamlingen innhentet tilgang til forskningsfeltet fra avdelingssjefene. Hjelp til rekruttering kom fra enhetsledere via fagutviklingssykepleier på bakgrunn av at disse satt på informasjon om hvem som hadde utdanning i kognitiv terapi, og hvem som fortsatt jobbet i døgnbehandling. Forskeren som er psykiatrisk sykepleier er kjent med hierarkier og maktstrukturer i sykehusavdelinger som kan innvirke på deltagerens frivillighet i samtykke.

Ifølge Kvale et al. (2009) kan samtykke fra en overordnet innebære at det legges større eller mindre press på underordnede om å delta. Slik jeg oppfattet det før, under og etter intervjusituasjonen så var det ingen av informantene som gav uttrykk verbalt eller nonverbalt at de følte press om å være med i forskningen.

I fenomenografien skal intervjuet utvikle seg mest mulig på informantenes premisser med en intervjuguide som kun gir noen rammer gjennom inngangsspørsmål (Sjöström & Dahlgren, 2002). Dette ivaretar troverdighet og gyldigheten i intervjusituasjonen (Entwistle, 1997). Intervju som datainnsamlingsmetode krever gode ferdigheter fra den som skal gjennomføre intervjuene (Kvale et al., 2009). I denne studien var det en person som gjennomførte alle intervjuene og analysen. Å gjennomføre intervjuene var en spennende del av forskningsprosessen. Som intervjuer er forskeren i denne studien en novise, men på bakgrunn av formell utdanning, kompetanse og erfaring som veileder, kognitiv terapi og psykiatrisk sykepleier er forskeren fortrolig med å samtale med mennesker og skape en god og trygg atmosfære. Allikevel var intervjusituasjonene en læreprosess hvor de første intervjuene bærer preg av å være mye styrt av intervjuguiden. Det oppfattes imidlertid ikke å ha påvirket svarene fra informantene. Det ble gjennom alle intervjuene tilstrebet å ha en åpen, lyttende holdning som fulgt opp med oppfølgingsspørsmål, gav rom for pauser og stoppet opp hvis noe var uklart. Forskeren var opptatt av å vise en genuin interesse og nysgjerrighet for informantenes oppfatninger, erfaringer og opplevelser om fenomenet, ikke om svarene var riktige eller gale.

Forskeren har hatt innsikt i at egen erfaring som psykiatrisk sykepleier og nærhet til forskningsfeltet gjennom utdanning i kognitiv terapi, personlighet, og kunnskapssyn er forhold som har påvirket arbeidet. Samtidig erfarte forskeren trygghet og tillit fra informantene gjennom å forstå det de snakket ut ifra egen erfaring fra praksis. Forskeren har gjennom hele prosessen vært bevisst på å ha en kritisk, men reflekterende holdning til egne tolkninger for å ivareta troverdigheten. Dette kan allikevel ha medført at oppfatninger er tatt for gitt og ikke blitt utdypet. Forskeren kan "going native" (Sandelowski, 1986) ved å identifisert seg med informantene slik at en profesjonell distanse ikke ble opprettholdt og forhindret at det kritiske perspektivet gikk tapt. Forskeren kontrollerte sin forforståelse gjennom bevisstgjøring og aktivt forsøkte å legge den til side i intervjusituasjonene og videre i studien.

Gyldighet

Gyldighet i forskningsintervju innebærer at det redegjøres for hvordan forskeren underveis i intervjuene sjekket sin egen oppfatning (Sjöström & Dahlgren, 2002) Forskeren i denne studien stilte spørsmål underveis for å sjekke at det informantene sa ble oppfattet på rett. Dette bidro til at datamaterialet representerer en felles forståelse mellom forskeren og informantene på best mulig måte. Forskerens kompetanse representerer den håndverksmessige kvaliteten som er hvordan intervjuene ble utført. I denne studien er det redegjort for hvordan intervjuene er utført og transkriberingsprosessen. Dermed har leseren mulighet til å bedømme gyldigheten selv (Polit & Beck, 2012)

”En transkripsjon er en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst”(Kvale et al., 2009, s. 192). I denne studien har forskeren transkribert alle intervjuene selv. Dette sikret at alle intervjuene ble transkribert på samme måte og la grunnlaget for at oppfatningene kom fram på riktig måte. Intervjuene ble valgt å transkriberes på bokmål selv om informantene snakket ulike dialekter. Man unngår i større grad at informantene gjenkjennes, noe som var viktig i denne studien hvor det var et lite utvalg. Det sikret også at det ble mer lesevennlig, men det åpnet opp for feiltolkning ved å oversette dialekter og aksenter. Forskeren søkte minst mulig feiltolkninger ved å være nøye i transkriberingsprosessen og lytte gjennom flere ganger.

Etter at alle intervjuene var transkribert satt forskeren igjen med et datamateriale på 46.992 ord som gav 363 oppfatninger. Hvis datamaterialet er for stort kan det redusere muligheten for oversikt og nøyaktig bearbeidelse av dataene (Sandelowski, 1986). Forsker bearbeidet datamateriale og det krevde nøyaktighet og grundighet i analysen for å få oversikt. Forskeren gikk systematiske til verks og samlet alle oppfatningene på en nøyaktig og lik måte ved å nummerere. På denne måten fikk forskeren oversikt og kunne være nøyaktig i bearbeiding og analyseprosessen.

For å sikre troverdighet og gyldighet i denne studien når det gjelder sammenheng mellom informantenes oppfatninger, beskrivelseskategorier og resultatene er det gjengitt sitater og det vises til teori og andre studier med sammenfallende tema og funn. Selv om det er sammentreff mellom teori og resultatene her er ikke det ensbetydende at de er sanne.

Den teoretiske bakgrunnen i studien har vært under kontinuerlig utvikling. Det vil si at forskerne har tilegnet seg teoretisk grunnlag både før og etter analysen og presentasjon av resultater. Dette har vært et behov som har tvunget seg fram ettersom prosessen har gått framover. Forskeren oppdaget for eksempel at det var behov for å lese seg opp på ny forskning før drøftingen tok til.

Overførbarhet

Overførbarhet kan knyttes til generalisering og handler om i hvilken grad funnene kan vurderes som gyldige utover utvalget og de lokale forhold som framkom i studien. "Fittingness" (Sandelowski, 1986) oppnås når funnene kan passe inn i sammenhenger utenfor forskningssituasjonen og når leserne ser funnene meningsfulle og overførbare til egne situasjoner. Resultatene i denne studien er basert på beskrivelser fra informanter som jobber i klinisk praksis og oppfatningene er fra deres arbeidssituasjon. Leseren kan selv avgjøre om resultatene er overførbare til andre forhold. Både Parhoo (2006) og Sjøstrøm og Dahlgren (2002) påpeker at generalisering ikke hovedhensikten i kvalitativ forskning, men å få kunnskap som kan gi økt bevisstgjøring, forståelse, innsikt og refleksjon.

Fenomenografien har fått kritikk for ikke å ha fokusert på ulikheter når det gjelder kjønn (Entwistle, 1997). Denne studien har forsket innen sykepleie, som er et kvinnedominert yrke. Det var derfor interessant å få med menn. I rekrutteringsprosessen samtykket først fire kvinnelige informanter slik at siste del av rekrutteringen ble intensivert i forhold til å få mannlige informanter. To mannlige psykiatriske sykepleiere med utdanning i kognitiv terapi ble forespurt om å delta i studien, men den ene takket nei og den andre måtte ekskluderes fordi han hadde utdanning i kognitiv terapi trinn 2. Det at det ikke er menn i utvalget i studien bør tas hensyn til når en sammenligner med andre studier. Selv om en av informantene var psykiatrisk vernepleier og hadde tatt utdannelsen i 2012, så er materialet fra dette intervjuet tatt med i studien. Forskeren hadde fokus på dette i bearbeidingen av datamaterialet og analysen. Dette kan på en side anses som en begrensning i studien, men på en annen side ses på som en variasjon som gav større bredde.

En kan stille spørsmål om de som takker ja til å være med i en studie er de mest positive og engasjerte, eller om det gir dem en mulighet til å ytre meninger om noe de ikke er så fornøyd

med. Samtidig kan det være slik at psykiatriske sykepleiere med utdanning i kognitiv terapi er opptatt og engasjerte av fagområdet og samtykker til å delta i forskning fordi de vil videreformidle hvordan de bruker det. Dette kaller Sandelowski (1986) ”elite bias” og er en utfordring i kvalitative studier fordi informantene ofte er de mest artikulerte, tilgjengelige og ressurssterke i målgruppa. Samtidig er sykepleieforskning avhengig av å ha informanter som kan gi gode beskrivelser av fenomener og som gjerne deler sine erfaringer. Som forsker skal en være oppmerksom på dette. I likhet med forskeren var informantene på bakgrunn av kompetanse og erfaring fortrolig med å samtale. Det gav et rikt datamateriale med deres oppfatninger om fenomenet, som er med på å styrke troverdigheten i studien

Pålitelighet

Pålitelighet betyr om datamaterialet og studien gir svar på det som skulle undersøkes og om samme beskrivelseskategorier hadde kommet fram hvis en annen forsker hadde gått gjennom datamaterialet (Sjöström & Dahlgren, 2002). På en side er de originale beskrivningskategoriene en form for oppdagelse og de trenger ikke i følge Sjöström og Dahlgren (2002) være gjentakende. Mens Uljens (1989) mener beskrivningskategoriene må testes for nøyaktighet ved at to forskere analyserer datamateriale hver for seg ved å plassere sitater inn i beskrivningskategorier for å se etter sammenfall. Prosessen fram mot de to beskrivelseskategoriene dannet seg på bakgrunn av et nært samarbeid mellom forsker og veileder. Slik jeg ser det var det nødvendig fordi forskeren ikke hadde noen med-forsker å diskutere og reflektere med. Det var en omfattende prosess hvor forskeren først endte opp med fire beskrivningskategorier, men gjennom bearbeiding og sammenligning av meningsenheter, ble det tilslutt to beslutningskategorier som gir en god framstilling av informantens oppfatninger slik de kom til uttrykk i intervjuene. Det var også nødvendig for forskeren å gå tilbake til de transkriberte intervjuene flere ganger for å sikre at beskrivningskategoriene var dannet på grunnlag av informantenes oppfatninger og ikke gjennom forskerens tolkning. Studien gir svar på hvordan psykiatriske sykepleiere bruker kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgntilnærming i resultatene, gjennom beskrivningskategorien, oppfatningene og gjennom sitater i teksten.

KONKLUSJON

Studiens forskningsspørsmål har fokusert på hvordan kognitiv tilnærning blir anvendt i psykiatrisk døgnbehandling og hva som fremmer og hemmer anvendelsen. Resultatene av studien har identifisert forhold som har vist seg å være viktige for at tilnærmingen skal brukes i klinisk praksis, ved at det er kommet fram hvordan psykiatriske sykepleiere anvender kognitiv tilnærming og forhold i arbeidssituasjonen som fremmer og hemmer bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnavdeling.

Studien konkluderer med at kognitiv tilnærming blir brukt i større og mindre grad i psykiatrisk døgnbehandling. De kognitive metodene og modellene brukes improvisert, med en integrert kognitiv tenkning som fundament. Behandlingskultur, ledelsesforankring, tid og fysiske rammer, samt behov for kompetanseløft er faktorer som har betydning for hvordan kompetansen brukes og i hvor stor grad den brukes.

Når en organisasjon bestemmer seg for at helsepersonell skal ta utdanning i kognitiv terapi er det et signal om at kognitiv tilnærming er en metode som skal brukes i arbeidssituasjonen. Psykiatriske sykepleiere erfarer at bruk av kognitiv tilnærming kan gjøre en forskjell for pasientene i døgnbehandling, men hvis kognitiv tilnærming skal ha en sentral plass som en autonom og komplementær miljøterapeutisk tilnærming i psykiatriske døgnavdelinger, må det være en felles beslutning på avdelingsledelse og behandlernivå. Psykiatriske sykepleiere må få frigjort tid og rom til samtaler. Det må bli gitt økonomiske midler og mulighet for at flere i hver avdeling får utdanning i kognitiv terapi. Deretter må det følges opp med kurs og veiledning for at kompetansen opprettholdes og kvalitet ivaretas. Disse implementeringskvalitetene må være på plass ellers har tilnærmingskompetanse som er basert på forskning, liten samfunnsmessig verdi hvis den ikke kommer pasientene til gode fordi praksis ikke er i overensstemmelse med den forskningen de bygger på

Videre forskning

Studien avdekker behov for videre forskning på effekten av psykiatriske sykepleieres bruk av kognitiv tilnærming i døgnbehandling. Det er aktuelt og utforske om det er hensiktsmessig at

psykiatrisk sykepleiere bruker improviserte metoder selv om de er fundamentert i en integrert kognitiv tenkning. Hvis kognitiv tilnærming skal brukes i miljøterapien i framtiden så er det viktig å studere nytteverdi for innlagte psykiatriske pasienter.

Studiens betydning for klinisk praksis

Studiens betydning for klinisk praksis er å ha identifisert konkrete faktorer som påvirker psykiatriske sykepleieres mulighet for å anvende terapeutisk kompetanse i sin arbeidssituasjon i psykiatrisk døgnavdelinger. Dette kan være med på å sette en agenda for hva som må være på plass hvis organisasjonen mener at kompetansen skal brukes, opprettholdes og videreutvikles.

REFERANSER

- Alexandersson, M. (1994). *Metod och medvetande*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Andersen, A. J. W. (1997). *Uten fasit: perspektiver på miljøterapi*. [Oslo]: Cappelen akademisk forlag.
- Beck, A. T. (1973). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1989). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. London: Penguin Books.
- Beck, J. S. (2009). *Kognitiv terapi*. København: Akademisk forlag.
- Bee, P. E., Richards, D. A., Loftus, S. J., Baker, J. A., Bailey, L., Lovell, K., . . . Cox, D. (2006). Mapping nursing activity in acute inpatient mental healthcare settings. *Journal of Mental Health, 15*(2), 217-226. doi: 10.1080/09638230600608941
- Berg, R. C., & Høie, B. (2010). Effectiveness of psychotherapy for adults with depression: a systematic review of the best available evidence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 5*(0), 2194-2200. doi: dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.435
- Berge, T., & Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berge, T., & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Bowers, L. (2005). Reasons for admission and their implications for the nature of acute inpatient psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*(2), 231-236.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 271.
- Chan, S. W.-C., & Leung, J. K.-Y. (2002). Cognitive behavioural therapy for clients with schizophrenia: implications for mental health nursing practice. *Journal of Clinical Nursing, 11*(2), 214-224. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00593.x
- Cleary, M., Hunt, G. E., Horsfall, J., & Deacon, M. (2012). Nurse-Patient Interaction in Acute Adult Inpatient Mental Health Units: a Review and Synthesis of Qualitative Studies. *Issues in Mental Health Nursing, 33*(2), 66-79. doi: 10.3109/01612840.2011.622428
- Crowe, M., Whitehead, L., Wilson, L., Carlyle, D., O'Brien, A., Inder, M., & Joyce, P. (2010). Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder -- a systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *International Journal of Nursing Studies, 47*(7), 896-908. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.12.012
- D'Elia, G. (2004). *Det kognitiva samtalet i vården*. Stockholm: Natur och kultur.

- Dahlgren, L. O., & Fallsberg, M. (1991). Phenomenography as a Qualitative Approach in Social Pharmacy Research. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 8(4), 150 - 156.
- Delaney, K. R. (1997). Milieu Therapy: A Therapeutic Loophole. *Perspectives in Psychiatric Care*, 33(2), 19-28.
- Eilertsen, G., & Sommer, M. (2013). Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap. *Sykepleien forskning*, 8(2), 132-137.
- Entwistle, N. (1997). Introduction: Phenomenography in higher education. *Higher Education Research & Development*, 16(2), 127-134.
- Erikson, M. G., & Gröhn, H. (2010). *Riktig kildebruk: kunsten å referere og sitere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Falkum, T. R.-K. E. (2000). Grunnlaget for psykiatrisk behandling-fra tro til vitenskap. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 120, 1148-1152.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531-540. doi: 10.1177/1049731509335549
- Flodgren, G., Rojas-Reyes, M. X., Cole, N., & Foxcroft, D. R. (2012). Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.
- Forskningsetisk bibliotek. (2012). Sist lest 2012-05-31, fra <http://www.etikkom.no/FBIB/>
- Forskningsetiske komiteer. (2012a). Retningslinjer. Sist lest 2012-06-03, fra <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/>
- Forskningsetiske komiteer. (2012b). Taushetsplikt. Sist lest 2012-06-02, fra www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/God-forskningspraksis/Taushetsplikt/
- Frankel, R. M., Quill, T. E., & McDaniel, S. H. (red.). (2003). *The biopsychosocial approach: Past, present, future*. Rochester: University of Rochester Press.
- Fredheim, K. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(2), 161-167.
- Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012a). Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Older People: A Meta-Analysis and Meta-Regression of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), 1817-1830. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04166.x
- Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012b). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Older People: A Meta-Analysis and Meta-Regression of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 218-229. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03824.x
- Grimen, H., & Ingstad, B. (2008). Kvalitative forskningsopplegg. I: P. Laake, B. R. Olsen & H. B. Benestad (red.), *Forskning i medisin og biofag* (s. 321-350). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Hay, P. P., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Art. No.: CD000562(4). doi: DOI: 10.1002/14651858.CD000562.pub3
- Helsedirektoratet. (2012). Utredning,behandling og oppfølging av psykoselidelser. Utkast til ekstern høring. Sist lest 24.10.2012, fra helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/masjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-psykoselidelser/nasjonalfaglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-psykoselidelser-horingsutkast.pdf
- Holm, L., Oestrich, I., Austin, S., Beck, S., LaCour, L., & Lykke, J. (red.). (2006). *Kognitiv miljøterapi; At skabe et behandlingsmiljø i ligeverdigt samarbejde*. Virum: Dansk psykologisk forlag.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2001). Coping with everyday reality: Mental health professionals' reflections on the care provided in an acute psychiatric ward. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(3), 156-166. doi: 10.1046/j.1440-0979.2001.00206.x
- Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V., & Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001848.pub4/abstract doi:10.1002/14651858.CD001848.pub4
- Hurley, J., Barrett, P., & Reet, P. (2006). 'Let a hundred flowers blossom, let a hundred schools of thought contend': a case for therapeutic pluralism in mental health nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(2), 173-179. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00938.x
- Iqbal, S., & Bassett, M. (2008). Evaluation of perceived usefulness of activity scheduling in an inpatient depression group. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(5), 393-398. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01245.x
- Juklestad, S. I. (2011). *Helsepersonell si praktisering av kognitiv åtferdsterapi*. (Masteroppgave i sykepleievitenskap og helsefag), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Kauth, M., Sullivan, G., Blevins, D., Cully, J., Landes, R., Said, Q., & Teasdale, T. (2010). Employing external facilitation to implement cognitive behavioral therapy in VA clinics: a pilot study. *Implementation Science*, 5(1), 1-12. doi: 10.1186/1748-5908-5-75
- Kjølsrud, E. S. (2013). Profesjonsetiske utfordringer i et helseforetak: en kvalitativ studie av sykepleiere ved to psykiatriske akuttposter i et helseforetak.

- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lakeman, R. (2012). What is Good Mental Health Nursing? A Survey of Irish Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(3), 225-231. doi: dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2011.10.005
- Landsgruppe av psykiatriske sykepleiere. (2011). *Et engasjement for psykisk helse [brosjyre]*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Lecomte, T., & Lecomte, C. (2002). Toward Uncovering Robust Principles of Change Inherent to Cognitive-Behavioral Therapy for Psychosis. *American journal of orthopsychiatry*, 72(1), 50-57.
- Lykke, J. (2006). Hvad er kognitiv miljøterapi? I: L. Holm, I. Oestrich, S. Austin, S. Beck, L. LaCour & J. Lykke (red.), *Kognitiv miljøterapi; At skabe et behandlingsmiljø i ligeverdigt samarbejde* (s. 17-21). Virum: Dansk psykologisk forlag.
- Løvaas, E. Ø., & Johansen, A. (2012). Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi. *Sykepleien*, 100(2), 52-55.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Marton, F., & Booth, S. (1997). *Learning and awareness*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Marton, F., & Svensson, L. (1978). *Att studera omvärldsuppfattning: Två bidrag till metodologin*. Göteborg: Göteborgs Universitet.
- Milne, D. L., Baker, C., Blackburn, I.-M., James, I., & Reichelt, K. (1999). Effectiveness of cognitive therapy training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30(2), 81-92. doi: dx.doi.org/10.1016/S0005-7916(99)00011-7
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforl.
- Nolan, P., Haque, S., & Doran, M. (2007). A comparative cross-sectional questionnaire survey of the work of UK and US mental health nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 377-385.
- Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (2012). Kompetansegrunnlaget for utøvelse av kognitiv terapi. Sist lest 09.12.2012, fra www.kognitiv.no/filarkiv/File/kompetanseomraader/innledning.pdf
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiskereitningslinjer for sykepleiere. Sist lest 2013-12-13, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-reitningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler>
- Oestrich, I. (2006). At organisere et kognitivt miljø. I: L. Holm, I. Oestrich, S. Austin, S. Beck, L. LaCour & J. Lykke (red.), *Kognitiv miljøterapi; At skabe et behandlingsmiljø i ligeverdigt samarbejde* (s. 22-29). Virum: Dansk psykologisk forlag.
- Parahoo, K. (2006). *Nursing research: Principles, process and issues*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- Parrish, E., Peden, A., & Staten, R. (2008). Strategies used by advanced practice psychiatric nurses in treating adults with depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(4), 232-240.
- Personopplysningsloven. (2000). Lov om behandling av personopplysninger Sist lest 2012-05-31, fra www.lovdata.no/all/hl-20000414-031.html
- Personvernombudet for forskning. (2012). Sist lest 2012-05-31, fra www.nsd.uib.no/personvern/index.html
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Poole, J., & Grant, A. (2005). Stepping out of the box: broadening the dialogue around the organizational implementation of cognitive behavioural psychotherapy. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12(4), 456-463. doi: 10.1111/j.1365-2850.2005.00866.x
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Sist lest 28.02.2012, fra www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-062.html&emne=PSYKISK*%20HELSEVERN*&
- REK. (2012). De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Sist lest 29.05.2012, fra <http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?lan=2>
- Rhodes, L., Genders, R., Owen, R., O'Hanlon, K., & Brown, J. S. L. (2010). Investigating barriers to implementation of the NICE Guidelines for Depression: a staff survey with Community Mental Health Teams. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17(2), 147-151. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01488.x
- Roth, A. D., & Pilling, S. (2007). The competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for people with depression and with anxiety disorders. Sist lest 2013-12-13, fra www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/CBT_Competerences/CBT_Competerence_List.pdf
- Roth, A. D., & Pilling, S. (2008). Using an evidence-based methodology to identify the competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for depression and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 129.
- Ryan, D., Cullinan, V., & Quayle, E. (2005). A survey of trainees' opinions and current clinical practice after behaviour therapy training. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12(2), 199-208. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00820.x
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in nursing science*, 8(3), 27-37.
- Simonsen, I. E. (2007). Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(11), 1340-1349.

- Sjöström, B., & Dahlgren, L. O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 339-345. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x
- Skorpen, A., & Øye, C. (2010). Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer: En litteraturoversikt. *I2(3)*, 15-27.
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden. (2003). Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. Sist lest 18.01.2013 fra www.sykepleien.no/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710-720. doi: dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003
- Townend, M. (2008). Clinical supervision in cognitive behavioural psychotherapy: development of a model for mental health nursing through grounded theory. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(4), 328-339. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01235.x
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J., & Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 189(1), 36-40.
- Tveit, H., Haaland, T., Knudsen, H., & Bøe, T. (2000). *Miljøterapeutiske prosesser i psykiatrisk avdeling: forståelse, forankring, forandring*: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Uljens, M. (1989). *Fenomenografi: Forskning om oppfatninger: en metodologisk orientering inför KIF-projektet*. Lund: Studentlitteratur.
- Whittington, D., & McLaughlin, C. (2000). Finding time for patients: an exploration of nurses' time allocation in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 7(3), 259-268.
- Williams, C. H. J. (2008). Cognitive behaviour therapy within assertive outreach teams: barriers to implementation: a qualitative peer audit. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(10), 850-856. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01332.x
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523-537. doi: 10.1093/schbul/sbm114

VEDLEGG 1

Til avdelingssjef ved Helse Sør/Øst, divisjon psykisk helsevern.

Forespørsel om rekruttering av deltakere til forskningsprosjektet

”Psykiatriske sykepleiere og kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgntilnærming”

Jeg går i masterutdanning i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik, og retter i den forbindelse en forespørsel til avdelingsledelsen ved døgnenheter i Helse Sør /Øst, divisjon psykisk helsevern.

Hensikten med min masteroppgave er å beskrive psykiatriske sykepleieres erfaringer med bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgntilnærming. Helse Sør /Øst, divisjon psykisk helsevern har i perioden 2007-2009 lagt til rette slik at et betydelig antall av de ansatte (n= 63) har tatt utdanning i kognitiv terapi, trinn 1. Det vil være interessant å se hvordan psykiatriske sykepleiere i døgntilnærming anvender kognitiv tilnærming i arbeidet sitt i sykehus i Helse Sør/Øst, Divisjon Psykisk Helsevern. Resultatene av studien vil kunne identifisere forhold som har vist seg å være viktig for at tilnærmingen skal gi positive resultater når den tas i bruk i klinisk praksis. Dette ved at det kommer fram hvordan psykiatriske sykepleiere anvender kognitiv tilnærming og forhold i arbeidssituasjonen som fremmer og hemmer bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnavdeling.

Forespørselen gjelder hjelp til rekruttering av psykiatriske sykepleiere som jobber i døgnavdeling. Inklusjonskriterier er at deltagerne er psykiatriske sykepleiere, og har fullført utdanning i kognitiv terapi, trinn 1. Eksklusjonskriterier vil være hvis de også har fullført kognitiv terapi, trinn 2. Det er ønskelig med variasjon i kjønn, alder og lengde på arbeidserfaring.

Intervjuet av deltagerne vil ha en varighet på 45-60 minutter. Jeg stiller spørsmål om du som avdelingssjef godkjenner at intervjuene gjennomføres på deltagerens arbeidsplass og i deres arbeidstid.

Ytterligere informasjon om studien, se ”Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt”.

Med vennlig hilsen

Lisbeth Kjelsrud Aass, Masterstudent ved høgskolen i Gjøvik tlf: 61135324/97795632

Birgitta Hedelin, Professor og veileder ved høgskolen i Gjøvik tlf: 61135100

VEDLEGG 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Psykiatrisk sykepleier og kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgntilnærming”

Bakgrunn og hensikt

Det er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Hensikten med studien er å beskrive psykiatrisk sykepleiers erfaringer og oppfatninger om kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgntilnærming.

Studiet gjennomføres som en del av en masteroppgave i klinisk sykepleie ved høgskolen i Gjøvik.

Hva innebærer studien?

Du blir bedt om å delta i et intervju med varighet på 45-60 minutter. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd. Spørsmål du vil bli stilt handler om hvordan du bruker kognitiv tilnærming i ditt arbeid og hva som hemmer eller fremmer bruk av kognitiv tilnærming i din arbeidssituasjon?

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger du gir i intervjuet utleveres til Høgskolen i Gjøvik og lagres der. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode erstatter ditt navn og beskytter din identitet. Koden knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun undertegnende som forsker som har tilgang til kodelisten og personopplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Alt datamateriale anonymiseres ved prosjektslutt, lydopptak og kodeliste slettes. Dette skjer senest 2017. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger med mindre opplysningene har inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner

Frivilligdeltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for ditt arbeidsforhold. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte undertegnede eller min veileder:

Birgitta Hedelin, Professor Høgskolen i Gjøvik birgitta.hedelin@hig.no

Vennlig hilsen

Lisbeth Kjelsrud Aass, mastergradstudent 61135320

Høgskolen i Gjøvik lisbeth.aass2@hig.no

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien; ”Psykiatriske sykepleier og kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgntilrettelagt behandling”

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

VEDLEGG 3

Intervjuguide

Hensikten med studien er å beskrive psykiatriske sykepleieres erfaringer med bruk av kognitiv tilnærming i psykiatrisk døgnbehandling.

Inngangsspørsmål;

Hva legger du inn i kognitiv tilnærming?

Hvordan anvender du kognitiv tilnærming i ditt arbeid?

Hvilke faktorer i din arbeidssituasjon hemmer og fremmer anvendelse av kognitiv tilnærming?

Oppfølgingsspørsmål og den videre dialogen vil ha utgangspunkt i intervjupersonens svar.