

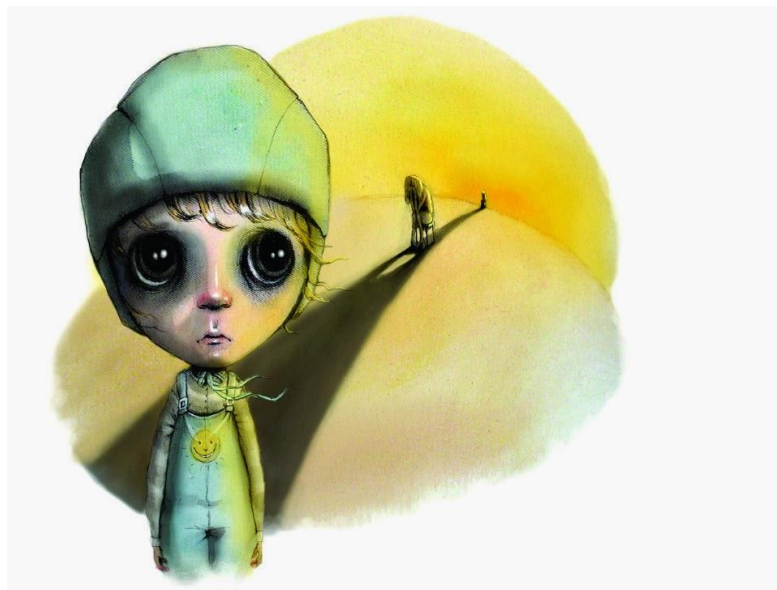
Masteroppgave

Master i psykisk helsearbeid

Mai 2021

Pårørendearbeid i psykisk helsevern

Helsepersonells erfaringer med pårørendearbeid



Bildekilde: Lisa Aisato

Kandidatnavn: Anita Nyborg Hovelsen

Kandidatnummer: 106

Emnekode: MAPSD5900-1 19H

30 studiepoeng

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Sammendrag

Bakgrunn: Historisk sett har psykisk helsevern fokusert på pasientens bedringsarbeid uten involvering av pårørende. I senere år har statlige føringer lagt vekt på pårørendeinvolvering i pasientbehandlingen og at dette har en positiv virkning på pasientens bedring. Likevel viser forskning at pårørende ofte blir utelatt av helsepersonell og at de sjelden involveres i behandlingen, samtidig som den viser at helsepersonell ofte er usikre i møtet med pårørende.

Hensikt og problemstilling: «Hvilke erfaringer har helsepersonell med pårørendearbeid innen psykisk helsevern, og hva hemmer og fremmer pårørendearbeidet? Kunnskapen kan bidra med å synliggjøre helsepersonells erfaringer og hva som hemmer og fremmer pårørendearbeid slik pårørende kan møtes på en god måte innenfor psykisk helsevern og gi grunnlag for kunnskapsbasert praksis.

Metode: Studien har en kvalitativ metode med en induktiv tilnærming hvor menneskers erfaringer og forståelse av et fenomen utforskes og beskrives fra det enkeltstående til det generelle, og har bakgrunn i 5 semistrukturerte intervjuer som er gjennomført på et sykehus i Norge. Studiens analyse er inspirert av Malteruds 4-trinns systematisk tekstkondensering.

Funn: Helsepersonell opplever utydelighet i forhold til de politiske føringene og taushetsplikten som et problem i arbeidet med pårørende. Tid og ressurser beskrives som en mangelvare og manglende struktur rundt pårørendearbeid er en utfordring. Pårørendearbeid er ofte opp til hver enkelt ansatt å bedrive. Funn viser at helsepersonell mener pårørendearbeid gir bedret pasientbehandling, men at mange pårørende er slitne, og ønsker dermed ikke involvering.

Konklusjon: Helsepersonell er i behov av økt kunnskap rundt dette med pårørendearbeid, samt en bedret forankring i tjenestene. Tid og ressurser må være til stede for at pårørendearbeid skal lykkes. Studien gir en indikasjon på at de politiske føringene for pårørende ikke er oppnådd og at dette er forbedringspotensialer innenfor det psykiske helsevesenet.

Nøkkelord: helsepersonells erfaringer, pårørende, psykiatri, involvering, politiske føringer og pårørendearbeid.

Abstract

Background: Historically, mental health care has focused on the patient's improvement work without the involvement of relatives. In recent years, government guidelines have emphasized the involvement of relatives in patient care and that this has a positive effect on the patient's improvement. Nevertheless, research shows that relatives are often left out by health professionals and that they are rarely involved in the treatment, at the same time as it shows that health professionals are often insecure in the meeting with relatives.

Purpose: «What experiences do health personnel have with relatives' work in mental health care, and what hinders and promotes the relatives' work? The knowledge can help to make visible the health professionals' experiences and what hinders and promotes relatives' work so that relatives can meet in a good way within mental health care and provide a basis for knowledge-based practice.

Method: The study has a qualitative method with an inductive approach where people's experiences and understanding of a phenomenon are explored and described from the individual to the general and is based on 5 semi-structured interviews conducted at a hospital in Norway. The study's analysis is inspired by Malterud's 4-step systematic text condensation.

Findings: Healthcare professionals experience ambiguity in relation to the political guidelines and the duty of confidentiality as a problem in the work with relatives. Time and resources are described as a shortage and a lack of structure around relative work is a challenge. Relatives' work is often up to each individual employee to do. Findings show that health professionals believe that relatives' work provides better patient care, but that many relatives are tired and thus do not want involvement.

Conclusion: Health personnel need increased knowledge about this with relatives' work, as well as an improved anchoring in the services. Time and resources must be present for relative work to succeed. The study gives an indication that the political guidelines for relatives have not been achieved and that these are potential for improvement within the mental health service.

Key words: health professionals' experiences, relatives, psychiatry, involvement, political guidelines and relatives' work.

Forord

Masteroppgaven skrives som en del av Master i psykisk helsearbeid og oppgavens problemstilling er valgt ut ifra at jeg som helsepersonell er opptatt av at vi som arbeider innenfor psykisk helsevern møter pårørende på en god måte og involverer de inn i pasientbehandlingen der dette er for pasientens beste. Det å da forske på erfaringene helsepersonellet sitter med om pårørendearbeid ble for meg et aktuelt tema å utforske.

Det å skrive en masteroppgave har vært både spennende og utfordrende. Spennende fordi jeg gjennom masteroppgaven har fått fordype meg i et tema som jeg finner interessant, og som har gitt meg mye ny kunnskap. Utfordrende fordi det har krevd mye av meg, med både opp og nedturer samt masse arbeid i forbindelse med skriveprosessen. Når oppgaven nå går mot slutten, er det med stor glede og stolthet. For selv om veien frem til målet har vært lang og brokete, så tenker jeg belønningen for strevet så absolutt verdt det. I denne forbindelse er det flere mennesker jeg ønsker å takke for å ha vært tålmodige, forståelsesfulle og ikke minst gitt meg god støtte underveis med heiarop og motiverende støttesamtaler.

Jeg vil rette en takk til min veileder Aud Misund, for engasjement, for inspirasjon og gode råd til tross for at hun fikk dumpet en ny student i fanget kort tid før innlevering. Takk til Liv Solveig Tvette som har fått meg i gang og hjulpet meg til å se arbeidet mitt med nye øyne. Takk til Astrid Dean Alvim for hjelp med engelsk oversettelse. Takk til arbeidsgiver for å tilrettelegge slik at oppgaven kunne skrives, det settes stor pris på. En ekstra takk går også til Christin Slydahl, som har holdt motivasjonen min oppe ved å alltid være positiv og alltid klar for å lese oppgaven min og hjulpet til når det har stormet som verst. Takk til informantene, som tok seg tid til å være med på intervju og som gav verdifulle datamateriale.

Arbeidet med denne oppgaven har vært som et hav av følelser, jeg har vært glad, jeg har vært sur, jeg har vært fortvilet, jeg har vært opprømt, jeg har vært stresset, jeg har vært frustrert, og dem som kanskje har merket denne følelsesmessige stormen mest, er min kjære familie. Takk til mine barn for den tålmodigheten dem har utvist, og en spesiell takk til min mann, som mang en gang har måttet sitte og høre på mine argumenter og vært en fin og flott diskusjonspartner.

*Fredrikstad, 14. Mai 2021
Anita Nyborg Hovelsen*

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	7
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2	Personlig relevans	9
1.3	Presentasjon av problemstilling	9
1.4	Begrensning av oppgaven	9
2.0	Teori.....	10
2.1	Psykisk helse, psykisk smerte og psykisk lidelse.....	10
2.2	Erfaringsbasert kunnskap	10
2.3	Politiske føringer og lovverk	11
2.3.1	Pårørendeveileder	12
2.4	Hemmer og fremmer.....	12
2.4.1	Det systemiske nivået.....	13
2.4.2	Det organisatoriske nivået	13
2.4.3	Det relasjonelle nivået.....	14
2.5	Helsepersonellens forutsetninger	14
2.5.1	Kunnskap	14
2.5.2	Kommunikasjon	15
2.5.3	Samarbeid.....	16
2.6	Helsepersonellens perspektiv	17
2.6.1	Taushetsplikt i forhold til pårørende.....	17
2.6.2	Dokumentering.....	18
2.6.3	Psykoedukasjon	19
2.6.4	Samtykkekompetanse	19
2.6.5	Psykoedukativt familiarbeid (PEF).....	20
3.0	Metode og design.....	21
3.1	Metodevalg.....	21
3.2	Design	23
3.3	Utvalg, rekruttering og gjennomføring	24
3.4	Intervjuguide	25
3.5	Transkribering.....	26
3.6	Studiens etiske vurderinger.....	26
3.6.1	Konfidensielt ansvar	27
3.6.2	Informert samtykke	27
3.7	Troverdighet	28
3.7.1	Reliabilitet.....	28

3.7.2 Validitet	28
3.8 Analyse	29
3.8.1 Lese intervjuene for et helhetsinntrykk	29
3.8.2 Identifisere meningsbærende enheter	30
3.8.3 Å abstrahere innholdet til meningsinnhold.....	30
3.8.4 Sammenfatning av betydninger – fra kondensat til resultat	31
3.9 Hermeneutisk fenomenologisk tilnærming.....	31
3.10 Forforståelse.....	32
4.0 Presentasjon av funn	34
4.1 Det systemiske rammeverket (systemiske determinanter)	34
4.2 Utydelige politiske føringer og taushetsplikten kan være et hinder for pårørendearbeid.....	34
4.2.1 Taushetsplikt på godt og vondt	34
4.2.2 Allianse med pasienten påvirker informasjonsflyten	35
4.2.3 Politiske føringer som valg	36
4.3 Det organisatoriske rammeverket (organisatoriske determinanter).....	37
4.4 Mangelfull forankring rundt tjenestene	37
4.4.1 Følelser rundt tid, struktur og pådriverfunksjon	37
4.4.2 Forankring i ledelsen og ressursmangel	38
4.4.3 Dokumentering av pårørendesamtaler	39
4.4 Det relasjonelle rammeverket (relasjonelle determinanter)	39
4.5 Pårørendearbeid gir bedre pasientbehandling	40
4.5.1 Psykoedukasjon et ledd i bedret pasientbehandling?.....	40
4.5.2 Å gi muligheten til pårørende til å snakke med noen	41
4.5.3 Når pårørende ikke kommer på besøk.....	43
5.0 Drøfting av funn.....	44
5.1 Det systemiske rammeverket (systemiske determinanter)	44
5.1.1 Utydelige politiske føringer og taushetsplikt kan være et hinder for pårørendearbeid	45
5.2 Det organisatoriske rammeverket (organisatoriske determinanter).....	49
5.2.1 Mangelfull forankring rundt tjenestene	49
5.3 Det relasjonelle rammeverket.....	53
5.3.1 Pårørendearbeid gir bedre behandling	53
6.0 Avslutning	59
Litteratur.....	61
Vedlegg 1 – Illustrasjon av excel-ark	68
Vedlegg 2 – Illustrasjon av analyse.....	69
Vedlegg 3 – Kommunikasjon med NSD	71

Vedlegg 4 – Intervjuguide.....	73
Vedlegg 5 – Forskningsspørsmål og fremdriftsplan	74

1.0 Innledning

Når man tenker pårørende, går tankene automatisk til familie. Det som kjennetegner dagens familier er at de, mer enn tidligere, kan ha ulike former. Det kan være dine og mine barn, to fedre, to mødre eller den tradisjonelle med mor/far/barn, og for mange kan betegnelsen være på den familien man er født inn i (Lauveng, 2020, s.149). Samtidig kan familie for enkelte være noen som man ikke har vokst opp med, men som man på grunn av relasjonens betydning for den enkelte defineres som familie (Ibid). Pasienten definerer selv hvem som er pasientens nærmeste pårørende, dersom ikke pasienten selv er i stand til å oppgi nærmeste pårørende, er det etter loven, den personen som har hatt løpende kontakt med vedkommende som skal tre inn som nærmeste pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3b). Historisk sett, har det i psykisk helsevesen vært lite tradisjon på å involvere pårørende i behandlingen av familiemedlemmer, noe som kan bidra til økte belastninger for de pårørende. Omorganiseringen av norsk helsevesen ved å flytte den psykiatriske pleien ut av de store institusjonene, og nærmere hjemmet til pasientene har medført store forandringer. Ikke bare for personalgruppen som arbeider innenfor psykiatrien, men også de pårørende som da kan få et ekstra ansvar for den som har en psykisk lidelse uten å motta støtte, oppfølging og informasjon rundt situasjonen de befinner seg i (Weimand, 2013, s. 6). Helsevesenet er stort og komplekst, noe som gjør at pårørende lett kan miste oversikten.

Det er lange historiske tradisjoner for den medisinske modellen, hvor pasienten har hatt hovedfokus fremfor det å se pasienten i et større familieperspektiv. I beste fall har pårørende blitt sett på i pasientsammenheng, og ikke bare som en faktor for irritasjon; en plage og et hinder som må overvinnes for å gi god behandling til pasienten. Dette er en faktor som kan vanskeliggjøre det å bli sett og ivaretatt som pårørende (Kaakinen, Coehlo, Steele, & Robinson 2018). I og med at det er pasienten det dreier seg om og pasienten som peker ut pårørende samt har rettigheten til eventuelt å begrense informasjon som skal gis til pårørende, gir dette helsearbeideren lovmessige restriksjoner (helsepersonelloven, 1999). I tillegg vil dette kunne gi noen etiske dilemmaer i forhold til hvordan man skal balansere informasjonsbehovet hos pårørende og samtidig ivareta pasientens ønsker og opprettholde alliansen man ønsker med pasienten (Weimand, Sällström, Hall-Lord & Hedelin, 2013; Landeweer, Molewijk, Hem & Pedersen, 2017). Videre viser forskning at omsorgspersoner ofte føler seg maktesløse da de ikke blir hørt i forbindelse med innleggelsen og behandling, og at personalet benytter spørsmål om fortrolighet og taushetsplikt som en metode for å ekskludere pårørende fra pasientomsorgen (Olasoji, Maude & McCauley, 2017).

Nasjonal og internasjonal forskning på pårørende beskriver pårønderollen som en belastende situasjon som er preget av stress, usikkerhet og følelsesmessig belastning (Marshall & Solomon, 2003; Weimand, 2013). Videre beskrives det i regjeringens pårørendestrategi 2021-2025 at pårørende er en stor gruppe mennesker, og samtidig som disse er en ressurs, påpekes at det å ha en psykisk lidelse påvirker hele familien og dens livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Lauveng (2020, s.148) bekrefter dette ved at hele 73% oppgir i pårørendeundersøkelsen gjennomført i 2017 at det å være pårørende påvirker negativt i form av alarmberedskap, stress- og søvnproblematikk, depresjoner og negativ innvirkning på deres sosiale- og arbeidsliv. Det har gjennom de siste ti-årene vært endringer samfunnet hvor pårørende ønskes være mer inkludert enn tidligere. Pårørende blir fra både helsepersonell og føringer fra staten ansett som viktige personer for bedring av psykisk sykdom, og sees på som en ressurs (Helsedirektoratet, 2019). Samtidig rapporterer pårørende at de har liten kontakt med de ansatte ved innleggelse av familiemedlemmer, og at de ofte blir ekskludert (Weimand, 2013, s. 42). Det er også viktig å ha i tankene at ikke alle pårørende kan sees på som en ressurs, da det finnes mange gode, men også mindre gode relasjoner. Det å være pårørende kan gi et hav av følelser rundt situasjonen, og sinne, skuffelser, skam, angst og sorg er vanlige reaksjoner som pårørende kan føle på. Dette kan påvirke relasjonen på en måte som enten styrker eller hindrer forholdet mellom pårørende og den syke (Weimand, Hall-Lord, Sällström & Hedelin, 2013). Helsedirektoratet (2018) sier at pårørende ofte har behov for konkrete råd når psykisk lidelse påvises hos en av sine nærmeste. Det å få en større forståelse rundt psykiske lidelser, symptomer og behandling viser seg å være positivt når det gjelder å redusere de følelsene som kan oppstå hos pårørende som selvbekreidelse, skam og ha en positiv påvirkning hos de pårørende.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Alle kan komme i en situasjon av å være pårørende, og jeg som kvinne har en større sannsynlighet for å få en tung omsorgsbyrde dersom en av mine nærmeste skulle få en psykisk sykdom, noe som kan føre til isolasjon, en høyere følelse av stigma og mindre mulighet til å leve eget liv etter egne ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Weimand, 2013). Å sette fokus på betydningen av pårørendearbeid og hvordan dette kan påvirke livskvaliteten til både pasient- og pårørende synes å være viktig for at dette skal kunne implementeres som kunnskapsbasert praksis og at dette fra helsepersonells side skal bli tatt alvorlig. Pårørendeveilederen som ble utgitt i 2017 (Helsedirektoratet, 2017) og en ny pårørendestrategi fra Regjeringens side (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) viser at de statlige føringene på området jobber mot at pårørende skal ha en sentral rolle i pasientbehandlingen og det føles derfor naturlig at dette er et tema som er viktig å sette et søkelys på.

1.2 Personlig relevans

Pårørendearbeid innen psykisk helsearbeid er et tema som opptar meg. Pårørende for meg er en naturlig part og forholde meg til, og jeg har blitt inspirert gjennom min utdanning som psykiatrisk sykepleier av forelesere som har jobbet tett på pårørende enten via forskning eller behandlingsøyemed. I mitt arbeid som barneansvarlig ved en psykiatrisk avdeling, og har også gått familieskolen, slik at jeg også har bedrevet psykoedukativt familiearbeid av pårørende og pasienter. I dette arbeidet har jeg bemerket meg både positive og negative sider ved pårørendearbeid, samt at jeg har en opplevelse av at det er lite pårørendearbeid som foregår til tross for at dette nå er anbefalt og i noen tilfeller pålagt av lovverket. Samtidig er det nedfelt i regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 at pårørende skal bli mer synliggjort og samtidig verdsatt i forbindelse med sine næres kontakt med helse- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), og videreført i den nye pårørendestrategien til Regjeringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020), og jeg er derfor spent på om noe av disse anbefalingene samt påleggene har ført til at pårørende blir møtt på en inkluderende og god måte i psykisk helsevern, og hva som eventuelt vanskeliggjør dette.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Hvilke erfaringer har helsepersonell med pårørendearbeid innen psykisk helsevern, og hva hemmer og fremmer pårørendearbeidet?

1.4 Begrensning av oppgaven

Det er et stort spenn å være pårørende, og både barn og voksne kan ha denne statusen. Derimot vil denne oppgaven ligge innenfor voksenpsykiatrien og dermed ikke ta for seg barn som pårørende. Barn som pårørende er et viktig og spennende felt, men som i denne oppgaven ville blitt for stort å inkludere.

2.0 Teori

Forskning viser at det å ha et familiemedlem med alvorlig psykisk lidelse kan ha en stor innvirkning på hele familiens helsetilstand, dagliglivet og livskvaliteten både når det gjelder stigma, det å takle dagliglivets utfordringer i forhold til forandringer i den mentale kapasiteten, men også med det å balansere sine egne behov i forhold til den sykes behov for hjelp og støtte (Norvoll, Hem & Lindemann, 2018). Pårørende kan selv bli syke av store omsorgsoppgaver og egen helse påvirkes av hvordan omsorgsrollen oppleves og utføres. Generell informasjon til pårørende om pasientens sykdom, gi psykoedukasjon og veiledning viser seg være nyttig i forhold til å redusere faren for tilbakefall hos pasienten. Det kan også bedre symptombildet, gi økt mestring og tilfredshet for både pårørende og pasienter og ikke minst gi bedre sosial fungering (Napha, 2012, s. 44). Samtidig viser forskning at pårørendeinvolvering er positivt i forhold til kvaliteten på helsehjelpen som gis (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 19-20). Dette bør derfor være en god motivasjonsfaktor for pårørendearbeid innenfor psykisk helsevern.

2.1 Psykisk helse, psykisk smerte og psykisk lidelse

Det å definere enten somatisk eller psykisk helse kan være vanskelig da dette også omhandler den subjektive opplevelsen til ethvert menneske, samtidig er det en enighet om at psykisk helse omhandler vår opplevelsesverden. Våre følelser, våre tanker og vår atferd er en del av denne opplevelsesverden, og fungerer som et speilbilde på hvordan vi har det inni oss. En god psykisk helse gjør at det er lettere å balansere denne indre opplevelsesverden, og oppleve seg selv som et verdifullt menneske samtidig som man mestrer livets utfordringer. Psykisk smerte er også en del av vår opplevelsesverden og kan variere gjennom et livsløp. Det finnes ikke noen absolutte skiller for når livssmerte går over til psykiatri, men det å trekke noen linjer i forhold til hva som forventes å tåle kan være en rettesnor. Samtidig som behandlings- og omsorgsbehovet bør vurderes i forhold til at man kan definere en livssmerte som psykiatri (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2018 s. 30). Personlig psykisk smerte har også sammenhenger med hvordan kulturen vi lever i opplever psykisk lidelse eller smerte, hvordan samfunnet reagerer på dette, samt håndterer lidelsen i forhold til ulike behandlingssystemer. Dette beskriver Norvoll (2013 s. 13-15) som den sosiokulturelle sammenheng.

2.2 Erfaringsbasert kunnskap

Etterstrebelse av å arbeide kunnskapsbasert og utøve helsehjelp basert på forskningsbasert, kvalitets sikret og oppdatert kunnskap, samt benytte egenerfaringer hos den enkelte helsearbeider i samspill med pasient og pårørende betegnes som kunnskapsbasert praksis (KBP) og forventes av helsepersonell. KBP innebærer å ta avgjørelser på bakgrunn av systematisk innhentet forskning,

sette dette sammen med erfaringsbasert kunnskap og ta hensyn til pasientens ønsker og behov, noe som kan være utfordrende da disse kunnskapskildene har sine styrker og svakheter. Det er derfor viktig at kildekritisk tenkning, vurderingskompetanse og kjennskap til lovverket er til stede hos helsepersonell slik at dette tas med i beslutningstakingen (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s.17).

Figur 1: Bøckmann og Kjellevold, 2015, s. 18

Det som kjennetegner den forskningsbaserte kunnskapen i arbeid med pårørende er først og fremst at helsepersonell makter å se viktigheten med pårørendearbeid og forstår hvordan det kan være hjelpsomt i arbeidet med pasientene, samtidig å være oppmerksom på hvordan det å være pårørende til en person som har en alvorlig psykiatrisk sykdom oppleves og hvilke utfordringer dette kan gi og hva forskningen sier om dette. Å

lete etter vitenskapelige artikler som kan beskrive akkurat det spørsmålet helsepersonellet sitter med kan være vanskelig å finne da mange forskningsdesign bygger på den medisinske modellen, og forskning kan ha sprikende svar og anbefalinger. Bøckmann og Kjellevold (2015, s. 21) anbefaler derfor helsepersonell å se på nasjonale føringer og ta beslutninger på bakgrunn av egen erfaring og pasient/pårørendes ønsker. Samtidig må pårørendearbeid baseres på erfaringer tilegnet gjennom klinisk praksis, klinisk blikk og praksiskunnskap gjennom pasient-, pårørende- og kollegasamhandling, og er påvirket av vår erfaring arbeidspraksis og personlige egenskaper (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s.21). Kunnskapen man får gjennom dette samarbeidet er viktig, da pårørende gjerne sitter med kunnskap, bortsett fra pasienten selv, som blir tilgjengelige for oss via deres informasjon. De har dessuten kunnskap om pasientens forhistorie og hvordan pasienten har respondert på tidligere behandling og hvilket nettverk pasienten har som kan være til hjelp (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s.23).



2.3 Politiske føringer og lovverk

Det siste 10-året har hatt et tydelig fokus på pårørende i sentrale offentlige dokumenter, hvor det påpekes at pårørende skal ha tilgang til informasjon, råd, veiledning og opplæring og at det skal legges til rette for at pårørende kan være talerør for pasientens ønsker og behov (Meld.St.nr.29, Meld.St.nr.26, Meld.St.nr.47). I stortingsmelding 29 (2012-2013) beskrives en moderne pårørendepolitikk, hvor pårørende kompetanse og innsats skal anerkjennes, og støttes via faglig

opplæring og veiledning. Samtidig skal samspillet mellom pårørende, den uformelle omsorgen, og det offentlige styrkes gjennom å øke kvaliteten på tjenestetilbudet samt legge vekt på tiltak som gjør at yrkesliv og pårørendeomsorg kan opprettholdes (Meld.St.nr.29, s. 21-23). Pårørendeprogrammet 2020 (Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020) skal sørge for at pårørende med særskilt krevende omsorgsoppgaver nå skal synliggjøres og gis økte rettigheter, samt bedre samspillet mellom offentligheten og pårørende (Helsedirektoratet, 2019, s. 2). Og i 2020 kom pårørendestrategi 2021-2025, som både anerkjenner pårørende som en ressurs, men også som en part som trenger både råd, avlastning og støtte (Helse- og omsorgsdepartementet 2020). Rettigheter for pårørende, samt ulike retningslinjer for helsepersonell er nedfelt i ulike helselover (pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven, psykisk helsevernloven) og det er viktig at helsepersonell kjenner til disse ulike lovene og rammene for pårørendeinvolvering.

2.3.1 Pårørendeveileder

I januar 2017 kom pårørendeveilederen, en nasjonal veileder, som tar sikte på å styrke helsepersonellens arbeid med de pårørende. Veilederen peker på at pårørende har store omsorgsoppgaver og at de kan bidra positivt inn med sin kunnskap om pasienten, og som kan hjelpe helsepersonellet i arbeidet med pasienten og de pårørende. Videre viser den til hvilke rettigheter og oppgaver man kan forvente i samarbeidet med helsepersonell i forhold til en pasient med nedsatt evne til å ivareta sine rettigheter (Helsedirektoratet, 2017, s. 3-5). Pårørende kan selv være i behov av hjelp og støtte på bakgrunn av at de har levd i en stresset situasjon vedørende sykdom til en nær, og da har egne behov vedrørende situasjonen (Helsedirektoratet, 2017, s. 10). Det at regelverket i veilederen er generelle gjør at helsepersonell selv kan vurdere den enkelte pårørendes behov og gi tilrettelagt individuell oppfølging av familiene der dette anses være nødvendig.

2.4 Hemmer og fremmer

På bakgrunn av metode og funn som ble gjort i analysen av oppgaven, har jeg valgt å benytte meg av San Martin- Rodriguez, Beaulieu, D'Amoure & Ferrada-Videla (2005) sine determinanter i forhold til å se sammenhengen mellom hemmerne og fremmere i forbindelse med pårørendearbeid. Disse determinantene deles henholdsvis inn i følgende kategorier, som også er benyttet i analysedelen: systemisk nivå, organisatorisk nivå og relasjonelt nivå. Sammen vil disse nivåene danne en forståelsesramme for funnene gitt av studien og hvordan disse kan påvirke pårørendearbeid og samarbeid om dette.

2.4.1 Det systemiske nivået

De systemiske determinanter omhandler forhold utenfor organisasjonen og er definert ut fra de nasjonale- og politiske føringer som den enkelte organisasjon står ovenfor. Dette kan være ulike maktforhold på bakgrunn av kultur- og profesjonsforskjeller og de samfunnsmessige holdningene som foreligger i samfunnet (Schistad, 2012 s. 43; San Martin- Rodriguez et al., 2005). Slik utdanningssystemene forvaltes i dag, tilegner den enkelte profesjon ikke bare kunnskap, men også verdier, holdninger og sosiale identifikasjoner som medtas inn i organisasjonene. De har gjennom sin utdanning lært lite om andres utdannings fagfelt, og mennesker har en tilbøyelighet til å søke personer med lik utdanningsbakgrunn på arbeidsplassen (Jakobsen & Thorsvik, 2013). For å få til et samarbeid rundt pårørendearbeid, må man anerkjenne andres profesjoners faglige styrker og forskjeller for å skape et godt samarbeidsforhold ved å se på likhetene ved profesjonene. Samarbeidet avhenger også av at de ulike profesjonene har evne til å arbeide i gråsonerområder hvor det kan være uklart hvem som har ansvaret, men er bevisste på forskjellene i forhold til den sosiale statusen og viser en vilje til utvikling og tilpassing av hverandres arbeidsoppgaver. Kommer derimot organisasjonens normer og verdier i konflikt med de faglige normer og standarder hos profesjonene, tendenser de å være mer lojale mot sin egen profesjonskultur enn den formelle kulturen innad i organisasjonen, og kan være en kilde til maktforskjeller og en hemmer for samarbeidet (Martin-Rodriguez et al., 2005; Jakobsen & Thorsvik, 2013 s.155). Med profesjoner menes en akademisk utdannet yrkesgruppe som forutsetter en formalisert utdanning som gir grunnlag for praktisk arbeid, og hvor yrkestitlene kan være mer eller mindre beskyttet (Støkken, 2002, s.24-25). Leger, jurister, prester, vernepleiere og sykepleiere er derfor eksempler på dette

2.4.2 Det organisatoriske nivået

Forhold innad i organisasjonen som organisasjonsstruktur, administrativ støtte og organisering av arbeidsdagen er det som ligger under de organisatoriske determinanter (Schistad, 2012 s.45; Jacobsen & Thorsvik, 2013 s.72). Den formelle organisasjonsstrukturen beskrives gjerne som arbeidsdelingen innad i organisasjonen, dermed også fordeling av autoritet og myndighet til å ta beslutninger på vegne av organisasjonen og hvilke forventninger og normer som ligger til grunn ovenfor tildeling av oppgaver, plikter og ansvar mellom personer i organisasjonen (Jakobsen & Thorsvik, 2013 s.72). Den profesjonelle virksomheten organiseres etter de rammer som er gitt fra politiske og økonomiske føringer gjennom lovverket, og hvordan organiseringen av disse ressursene utnyttes i tjenestene, gjennom organisasjonsstruktur og ledelsen er ifølge San Martin Rodriguez et al. (2005) helt avgjørende for at samarbeid både innad i bedriften og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten skal fungere. Det presiseres videre at en horisontal eller flat struktur vil være

fremmede for samarbeid og at det i en slik struktur legges til rette for god kommunikasjonsflyt og felles beslutningstaking. Dette støttes også av Jacobsen & Thorsvik (2013 s. 84-86) som påpeker at et samarbeid mellom personer med ulik kompetanse i noen organisasjoner er nødvendig, slik at behovet for gjensidig tilpassing øker, og dermed må også organisasjonsstrukturen legges til rette slik at man har en strukturell infrastruktur for samarbeid. Det å legge til rette for samarbeid mellom fag, profesjoner og behandlingsnivåer forutsetter at man har ledere som har evne til å formidle visjonen om samarbeid, som motiverer og legger forholdene til rette for å skape et arbeidsmiljø hvor samarbeid er en selvfølge og hvor man verdsetter deltagelse, rettferdighet og uavhengighet (San Martin-Rodriguez et. al. 2005, s.139). En av hoved forutsetningene er at lederne avsetter tid og ressurser for deltagerne når det gjelder de økonomiske forutsetningene og lokaliteter for samarbeid. Det å inneha felles møterom kan også være fordelaktig med tanke på å redusere profesjonell territorialitet og profesjonskonflikter og dermed vil samarbeid fremme kommunikasjon gjennom standardiserte prosedyrer og behandlingslinjer som alle profesjoner må forholde seg til (ibid).

2.4.3 Det relasjonelle nivået

Det mellommenneskelige forhold er det San Martin- Rodriguez et. al. (2005) beskriver som de relasjonelle determinantene, og består da av de ansatte i organisasjonene. En vilje og et ønske om samarbeid, tillit til hverandre på tvers av profesjoner, evne og vilje til kommunikasjon, respekt og kunnskaper om hverandres profesjoner er en forutsetning for at samhandlingen innad i organisasjonen skal fungere. Dette påvirkes av den indre kulturen på arbeidstedet, lederstil og fagkunnskap, men også av den enkeltes arbeidstakers utdanning, holdninger og erfaringer (San Martin- Rodriguez et al., 2005). Dersom helsepersonellet anses å ha gode kommunikative evner, vil dette være en fremmede faktor for samarbeid, samtidig som dette skaper et godt arbeidsmiljø og oppbygging av en kultur som gir grunnlag for å utvikle en organisatorisk identitet (Jacobsen & Thorsvik, 2013 s. 279).

2.5 Helsepersonellets forutsetninger

2.5.1 Kunnskap

Kunnskap utvikles gjennom hele livet, og det spesielle kjennetegnet på den profesjonelle kunnskapen er at mennesker som arbeider innenfor et gitt yrke, er sertifiserte til å inneha en bestemt type kunnskap, etter fullføring av en utdanning av en gitt lengde. Dette innebærer blant annet at sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, psykologer og andre som arbeider innenfor psykisk helsevern

er høgskole- eller universitetsutdannet og at kunnskapen som formidles gjennom denne utdannelsen er teoretisk og vitenskapelig begrunnet (Grimen, 2019, s. 71).

Taus kunnskap er et begrep som først ble benyttet på 1960-tallet (Heggheim & Solhaug, 2004). Den tause kunnskapen i mange tilfeller vanskelig å artikulere, da den er en del av vår kunnskap som ikke nødvendigvis er så klar for oss. Samtidig er det viktig å få satt ord på disse kunnskapene, slik at andre mennesker kan nyttiggjøre seg den tause kunnskapen. Den tause kunnskapen er gjerne et resultat av erfaring og dermed er observasjon av «eksperten» nødvendig slik at man kan tilegne seg de kunnskapene som «eksperten» innehar (Ibid). Heggheim & Solhaug beskriver at den tause kunnskapen ikke er mulig å skille fra den artikulerte kunnskapen, da den tause kunnskapen er en nødvendig komponent for all kunnskap. Vektleggingen av taus kunnskap ble fra midten av 1970-årene løftet frem av Kari Martinsen, som en hermeneutisk og refleksiv erfaringspraksis, hvor den fenomenologiske dreiningen i sykepleievitenskapen ble løftet frem både når det gjelder helbredelse og standardiserte prosedyrer innenfor sykepleie og faglig praksis (Lundberg & Sataøen, 2016). Ofte oppstår ny kunnskap når man kombinerer de ulike kunnskapsbaser som man innehar som individer. Kunnskapssynergi oppstår når man lærer av hverandre og hverandres erfaringer ved at kunnskapsbasen utvides i samarbeid med andre, og kan brukes som en ressurs ved at kunnskapen til den enkelte tydeliggjøres, anvendes og deles i fellesskapet. Dette kan bidra til at man får et helhetlig syn på pasienten, og at teamet kan situasjonstilpasses til den enkelte pasient (Kvarnström, 2012, s. 90).

2.5.2 *Kommunikasjon*

Ordet kommunikasjon stammer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, ha forbindelse med og delaktiggjøre den andre (Eide & Eide, 2018, s. 17). Det er noe dypt og naturlig ved det å kommunisere, og en medfødt egenskap som blir utviklet gjennom livet, og som blir benyttet i alle sammenhenger hvor vi har interaksjon med andre mennesker. Eksempler på disse kommunikasjonsformene er: ansikt til ansikt kommunikasjon, internettkommunikasjon ved chatting og mail, samt telefonsamtaler mfl. I tillegg til det verbale språket vårt kommuniserer vi også med ulike tegn og signaler som betegner vårt non-verbale språk. Når vi kommuniserer er vi i relasjon med et annet menneske, og ordet relasjon stammer fra det latinske ordet *relatio* som betegner at en gjenstand står i forbindelse med en annen (ibid).

Man deler gjerne kommunikasjon inn i hva som er den private kommunikasjonen mellom venner og bekjente, og den som man utfører i form av sitt arbeid eller profesjon. God profesjonell

kommunikasjon innebærer at man kommuniserer på et personorientert grunnlag og at det er faglig fundert. Det å kommunisere på et personorientert grunnlag betyr at man ser personen som et subjekt istedenfor et objekt, og at man ser personens innehavende ressurser, muligheter, verdier og prioriteringer. I tillegg må man se personen som et menneske med individuelle behov som ønsker å være medbestemmende i forhold til eget liv og helse (Eide & Eide, 2018, s. 16-17). Jacobsen Thorsvik (2013) beskriver at kommunikasjon er avgjørende for å skape et godt arbeidsmiljø, samtidig som det utvikles en organisatorisk identitet ved oppbygging av grunnlaget og kulturen i forhold til hvilke kommunikasjonsnormer som finnes innad i bedriften. Kommunikasjon påvirker hverdagen til helsearbeidere ved at det formidles informasjon dem imellom og legger dermed grunnlaget for planlegging, målformulering og strategiutvikling samtidig som den styrer og koordinerer atferd, er relasjonsbyggende og er nettverksbyggende utad.

Den profesjonelle kommunikasjonen med sine faguttrykk og terminologi kan skape barrierer for godt samarbeid, da de ulike profesjonene har ulik språkpragmatisk kompetanse ifølge Måseide (2019, s. 368). Dette vil si at man har ulik kunnskap om hvordan språket kan benyttes for å kommunisere samtidig som man har kompetanse til å utnytte denne kunnskapen etter hvem personer vi kommuniserer med. Gjennom språklige samhandlinger er vi gjerne en del av en kollektiv tenking og praksis utfra den profesjonen man tilhører, og som gir en sosial deltagelse utfra de situasjoner, aktiviteter og identiteter som vi innehar. Dette er noe vi som helsearbeidere trenger å være oppmerksomme på i samarbeidet med andre profesjoner.

2.5.3 Samarbeid

En stor del av vår hverdag består av at vi samarbeider med andre, og dette er noe som vi fra barnsben av blir eksponert for og får erfaringskompetanse i når det gjelder både vennekrets, familie, utdanningssystemet og i arbeidslivet. Som ansatt i helsevesenet er tverrfaglig samarbeid en forutsetning for å gi den beste pleien til den enkelte pasient, og er gjerne en del av arbeidshverdagen i form av skiftrapporter, teamarbeid eller familiearbeid med pårørende. Målet med tverrfaglig samarbeid er at ulike tjenester og tjenesteytere skal utfylle hverandre på en slik måte at man sikrer en helhetlig tilnærming til pasienten. Tverrprofesjonell, tverrfaglig, tverretatlig, fellesfaglig og flerfaglig er begreper på ulike samarbeidsmetoder som blir benyttet i litteraturen. Flerfaglig samarbeid er en betegnelse på samarbeid hvor faggrupper arbeider side om side, parallelt eller i et hierarkisk forhold med sterkt atskilte fagområder, som for eksempel psykologer, leger og sykepleier i en avdeling (Willumsen, 2012, s. 21), og er den betegnelsen som jeg mener passer godt til min oppgave. En definisjon som beskrives av Willumsen (2012) er Paynes (2000) definisjon av «open

teamwork» og beskriver hvordan den profesjonelle og med-profesjonelle deltar i det flerfaglige teamet, samtidig som personer som pasient, pårørende eller pasientens nettverk kan delta i teamarbeidet:

“The professional and multiprofessional teams and the network of people we link with in the community and team working and networking together as an integrated form of practice”.

(Willumsen 2012 s. 23).

En forutsetning for å få godt samarbeid er at man igjennom en konstruktiv dialog kan vise til gode kommunikasjon- og relasjonskompetanser og se pårørende som tydelige, individuelle mennesker (Weimand, 2013, s. 12). Grunnleggende for mellommenneskelig kommunikasjon og samarbeid er tillit og mistillit, det å vise andre tillit innebærer at man må ta en risiko og gi fra seg makt og slippe kontrollen (Eide & Eide, 2018, s. 26). Tillit kan sees som en lite overveid og spontan prosess og hvor man gjensidig våger seg inn i noe ukjent sammen med den personen som man viser tillit til. Det er gjerne en maktubalanse i samarbeid mellom profesjonelle og pasienter/pårørende, som kan føre til at noen deltagere blir sårbare og har vansker med å utvise tillit. En erkjennelse av denne maktubalansen er viktig for å forebygge mistillit mellom partene (Vangen & Huxham, 2012, s. 76). Ødegård (2012, s. 59) siterer Raivola (1997) som hevder at kommunikasjon er limet i alt samarbeid, samtidig som kommunikasjon er knyttet til sentrale kjennetegn, tilbakemeldingskvalitet og den uformelle støtten man opplever i gruppen. Det er derfor viktig at det lages gode rutiner og kommunikasjonsregler som kan skape dette gode samarbeidet rundt pasienten og sikre at informasjon ikke blir tilbakeholdt og at de profesjonelle er klar over sin informasjonsutveksling seg imellom for å motvirke maktubalansen (Ibid, s.60).

2.6 Helsepersonellens perspektiv

2.6.1 Taushetsplikt i forhold til pårørende

Pårørende kan defineres på to ulike måter ifølge Pedersen & Weimand (2017, s.170), en i juridisk- og en i personlig forstand. Dette begrunnes i at man i hverdagspråket benytter pårørende til en som står en nær, mens i det juridiske blir dette omtalt som den personen som pasienten har valgt ut, og ikke nødvendigvis et familiemedlem. I utgangspunktet er alle som yter tjenester innenfor helse- om omsorgsektoren underlagt taushetsplikt om forhold de blir kjent med i sitt arbeid (helsepersonelloven, 1999, §21), så sant ikke samtykke er gitt fra pasienten (helsepersonelloven, 1999, §22). Dette omhandler også hva man kan og ikke kan opplyse til pårørende. Loven skiller også

mellom hvem som er pårørende og nærmeste pårørende, og dette har også en innvirkning på hvilken grad disse skal ha informasjon (Molven, 2017, s. 35). I pasient- og brukerrettighetsloven §1-3.b (1999) står det beskrevet følgende om valget av nærmeste pårørende: «...den pasienten eller brukeren oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten eller brukeren er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten eller brukeren». Imidlertid er det en rekke unntak fra taushetsplikten og desto sykere pasienten er, desto mer rettigheter har pårørende til å medvirke på pasientens vegne (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Andre unntak av taushetsplikten er stadfestet i helsepersonellovens § 23 (1999) hvor det presiseres blant annet at kan man gi opplysninger som er kjent hos de pårørende fra før, eller informasjon av generell art, uten at dette bryter taushetsplikten. Unntaksvis kan også helsepersonell uavhengig av pasientens samtykke gi opplysninger til pårørende dersom det er «tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig» (helsepersonelloven, 1999, §23-4). Dette må helsepersonellet ta stilling til i hver enkelt sak, men hovedregelen er at hensynet som taler for at taushetsplikten brytes, må være mer tungtveiende enn hensynet for å bevare tausheten, og omhandler gjerne situasjoner hvor det er fare for liv og helse, som for eksempel ved selvmordsrisiko, fare for overdose eller voldsutøvelse (Helsedirektoratet, 2018). Et viktig skille å bemerke er at nærmeste pårørende ikke er underlagt samme taushetsprinsipper som helsepersonell, og vil dermed heller ikke være underlagt sanksjoner dersom de videreformidler opplysninger om pasienten videre til privatpersoner eller offentlige instanser. Som helsepersonell må vi dermed stole på at de pårørende opprettholder en viss diskresjon og klokskap i forhold til at pasientens integritet blir opprettholdt (Molven, 2017 s. 35).

2.6.2 Dokumentering

Dokumentasjon er blant annet å elektronisk registrere observasjoner, funn, overveielser, prosedyrer og tiltak som gjøres og som man tenker har en betydning for pasientens sykdoms-, utredning og behandlingsforløp (Molven, 2019, s. 198). Formålet med denne kartleggingen av pasienten er at dette skal kunne brukes som et kommunikasjonsmiddel og bindeledd mellom personer som er involvert i pasienten og de som yter helsehjelp (Ibid, 2019, s.198-199). Disse nedtegnelsene om pasienten er også et hjelpemiddel i den interne kontrollen og ledelsen av tjenesten og undervisning. Hensikten med dokumentasjonen er også å bidra til at man i ettertid kan etterprøve tjenesten og se hva som er skjedd, samtidig som det skal gi mulighet for pasienten å få informasjon om hva som er dokumentert om egen helsetilstand (Molven, 2019, s.199). Vi som helsepersonell er underlagt helsepersonellovens § 39 (1999) når det gjelder plikt til å føre journal, det vil si å nedtegne eller

registrere de opplysninger som er nødvendige og relevante. Begrepet Journal er definert i helsepersonellovens §40 (1999) hvor det står følgende:

«journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell».

Videre sier lovverket at det klart skal komme frem *hvem* som er forfatter av det som er blitt dokumentert i pasientens journal. Det som kan være viktig å bemerke seg er at pasientjournalen ikke blir definert ut fra type dokument, men at dokumentet inneholder pasientopplysninger, slik at dokumentets navn eller form er av mindre betydning, og det skal dermed også innebefatte alle dokumenter, også håndskrevne dokumenter dersom disse er av «allmenn» interesse (Molven, 2019, s. 200).

2.6.3 Psykoedukasjon

I behandlingsøyemed, ser man viktigheten av veiledet selvhjelp til pasienten. Dette krever imidlertid at man har kunnskaper om den psykiske helsen til pasienten og tid til å følge opp de hjelpetiltak man igangsetter. Veiledet selvhjelp inneholder gjerne psykoedukasjon; altså en undervisning om den psykiske lidelsen og hvilke symptomer som er forbundet med denne, rådgivning og eventuelt anbefalt selvhjelps litteratur/informasjonsmateriale (Repål, 2018, s.503). Psykoedukasjon går ut på å bedrive systematisk opplæring av pasient og pårørende til bedret kunnskap om psykiske lidelser, stress-sårbarhetsmodellen, kommunikasjon og behandlingsalternativer slik at familiene skal kunne takle ulike vanskeligheter forbundet med den psykiske lidelsen, og både kjenne igjen og mestre symptomer på denne. Dette kan gi pasient og pårørende en opplevelse av kompetanse og reduserer derfor følelser som hjelpeløshet og bidrar til et bedre klima innad i familien (Dahl, 2018, s. 454; Nilsen, Kjønne & Smeby, 2009).

2.6.4 Samtykkekompetanse

Det å verne om pasienten integritet er gjerne hovedhensynet bak taushetsplikten, og i tilfeller hvor pasienten frivillig samtykker utlevering av informasjon som vedrører h*n anses integritetsvernet ivaretatt (Molven, 2019, s. 216). Et krav for at samtykket skal være gyldig er at det er et informert samtykke, noe som innebærer at pasienten skal ha informasjon om hvilke opplysninger som utgis, til hvem og hvilke antatte konsekvenser dette kan ha for pasienten (Ibid, s. 217). Samtykket må ikke

være skriftlig, selv om dette er en klar fordel, og skal kunne trekkes tilbake. Det å sikre at samtykket er gitt av fri vilje og at dette er reelt er det i pasient og brukerrettighetslovens § 4-3 gitt regler om hvem som kan gi sitt samtykke, og hovedregelen er at alle over 18 år har mulighet til å avgi samtykke, så sant ikke andre forhold tilsier det (Molven, 2019, s. 191). I situasjoner hvor det er tvil om pasienten er samtykkekompetent, skal den som yter helsehjelpen vurdere dette utfra den psykiske tilstanden, alder og modenhet, og faglig begrunne en skriftlig redegjørelse for hvorfor man anser pasienten som ikke samtykkekompetent til pasient og pårørende (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3, fjerde ledd). Det man bør merke seg er at dette med samtykkekompetanse er meget sterkt, og at det skal mye til før dette ikke er til stede (Molven, 2019, s. 192).

2.6.5 Psykoedukativt familiearbeid (PEF)

Psykoedukativt familiearbeid er en behandlingsform som bygger på kunnskapsbasert praksis og som erfaringsmessig ses på som en effektiv og evidensbasert metode i behandlingen av ulike psykiske lidelser (Nilsen, Kjønneøy & Smeby 2009; Evensen, 2017; Helsedirektoratet, 2013). I PEF inviteres familien inn til omfattende kunnskapsformidling og undervisning til både pasient og pårørende, samtidig som man ser på problemløsninger, krisehåndtering og familiestøtte. Metoden benyttes både for enkeltfamilier, men kan også benyttes som en gruppebehandling i form av flerfamiliegrupper (Nilsen, Kjønneøy & Smeby, 2009). Stress-sårbarhetsmodellen er en modell som anvendes i psykoedukativt familiearbeid for å forklare sammenhengen mellom det biologiske, miljømessige og atferdsmessige faktorer som kan ha innvirkning på sykdomsdebuten. Symptomene på psykiske lidelser blir da satt i sammenheng med den psykobiologiske sårbarheten i kombinasjon med stressutløste situasjoner i de sosiale omgivelsene til pasienten (Ibid, 2009). Deltagerne deltar gjerne over en tidsramme på cirka 9 måneder for at man skal se effekt av behandlingen, og under denne tiden får de generell kunnskap om den psykiske lidelsen som har rammet familien, stress-sårbarhetsmodellen, behandlingsmetoder/behandlingsalternativer og spesifikk kunnskap som er tilpasset den enkelte deltaker. Man ser gjerne at den psykiske lidelsen også gjør noe med de relasjonelle forholdene innad i familien, og det kan være opplevelser av å være kritiske mot hverandre. Det å samarbeide med familien rundt dette, sette fokus på de følelsesmessige reaksjoner som frykt, frustrasjon, skyld og håpløshet er et viktig tiltak innenfor psykoedukativt familiearbeid.

3.0 Metode og design

3.1 Metodevalg

Å benytte seg av en metode, fra gresk *methodos*, vil si at man følger bestemte veier mot et mål (Johannessen, Tuft & Christoffersen 2010), og hvordan man må gå frem for å fremskaffe data og om disse dataene som innhentes stemmer overens med våre antagelser om virkeligheten (ibid). Det å systematisk innhente data på hvordan verden ser ut, analysere og fortolke data som er innhentet er det Johannessen et. al (2010) definerer som samfunnsvitenskapelig metode. Når valget kom til å velge metode, var jeg usikker, og var inne på tanken om å benytte meg av en metodetriangulering, som betyr å benytte flere metoder inn mot min forskning (Johannessen, et.al, 2010). Jeg hadde tanker om å både benytte spørreundersøkelse med svaralternativer, en kvantitativ undersøkelse, og en kvalitativ undersøkelse i form av intervju i etterkant av spørreundersøkelsen. Dette kunne gi en annen forståelse av mitt tema, og jeg ville hatt muligheten til å få generaliserbare og overførbare funn (ibid). Etter gjennomgang av fordeler og ulemper, hva jeg faktisk ønsket svar på og hva denne metodetrianguleringen ville koste både av tid og ressurser valgte jeg bort dette, og kom frem til at kvalitativ metode var undersøkelsesmetoden jeg ønsket å benytte meg av i denne studien. Dette fordi jeg ønsket en sammenheng og en helhetlig forståelse av de erfaringer helsepersonell innenfor psykisk helsevern sitter med. I følge Malterud (2018, s. 30) beskrives kvalitative metoder som *«forskingsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres»*, og passer mitt ønske om å finne sammenheng, forståelse og virkeligheten gjennom erfaringer som helsepersonellet har om pårørendearbeid.

Jacobsen (2013), mener virkeligheten er så kompleks, at den vanskelig kan beskrives og at man dermed bør dele denne inn i sannhet, kunnskap og virkelighet for å få beskrevet virkeligheten optimalt. Dette er også begreper som er sentrale innenfor hermeneutikken, hvor det fokuseres og poengteres at det er det individuelle man søker svar på og at man har en fortolkende tilnærming til mennesket og det samfunnet mennesket lever i ifht til sin forforståelse. I motsetning til den hermeneutiske tilnærmingen, finner man innen kvantitative metoder det positivistiske forskningsidealet hvor alle typer fenomener – også samfunnsfenomener, ønskes forskes naturvitenskaplig på en slik måte at fenomener skal studeres utenfra, uten deltagelse eller engasjement fra forskerens side (Johannessen et.al. 2010 s. 361-362). Kvalitativ metode derimot, er godt egnet til undersøkelser av samhandling, utvikling og helhet, som betegnes som dynamiske prosesser. Kvalitative metoder undersøker dermed menneskelige egenskaper som opplevelser, forventninger, holdninger, motiver og erfaringer gjennom en åpen og fleksibel innsamlingsmetode (Ibid, s. 363; Malterud, 2018, s.31). En fordel med den kvalitative metoden er at man kan komme inn

under huden på intervjuobjektene og fange opp meninger og opplevelser, få frem det særegne som ikke lar seg tallfeste eller måle. Derfor falt valget på kvalitativt intervju, da dette preges av fleksibilitet hvor man både kan observere hva som skjer i intervjusituasjonen samtidig som man ikke har faste svaralternativer, og gir mulighet for svar som går mer i dybden. Målet for den kvalitative undersøkelsen er derfor mer en forståelse enn forklaring, og man leter dermed etter ulik kunnskap som viser oss sammenhenger og hvordan et fenomen forholder seg til et annet (Malterud, 2018, s. 32). I kvalitative studier baserer forskeren seg på en intervjuguide som benyttes som et hjelpemiddel, uten slavisk å følge denne, under intervjuet. Dette gjør at interessante temaer kan dukke opp under intervjuet som kan følges opp med oppfølgingsspørsmål og utdypning (Johannessen, et. al, s. 364). En kvantitativ metode hadde derfor ikke vært egnet til å finne dybden i min problemstilling, da den kvantitative metodikken baserer seg på telling og måling av data som i etterkant kan behandles av statistiske programmer, og hvor forforståelsen i temaet kan påvirke spørreskjemaets svaralternativer, og gi liten mulighet for svarvariasjoner (Jacobsen, 2015, s. 53).

For at min problemstilling skal besvares på best måte har jeg valgt en kvalitativ metode med en induktiv tilnærming. Induktiv kommer fra latin, og betyr *å føre inn i* (Johannessen, et.al. 2010, s. 51) Den induktive tilnærmingen beskrives innenfor det fortolkende paradigmet, hvor menneskers erfaringer og forståelsen av et fenomen utforskes og beskrives fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2018, s. 27). I denne metoden vil forskeren få en nærhet til undersøkelsesfeltet, og hvor metoden baseres på tekster som er produsert på bakgrunn av intervjuer, observasjoner og eventuelt skriftlig materiale gjort tilgjengelig fra respondentene. Når man undersøker et antall mennesker, som jeg har gjort i min forskning, for å søke det generelle om en viss gruppe, i mitt tilfelle helsepersonell, kalles dette induksjon. Den induktive analysetilnærmingen beskrives som en prosess hvor man søker å sette sin forforståelse til side for å undersøke verden (Kvale & Brinkmann, 2015, s.224).

«den systematiske undersøkelsen av likheter innen og mellom tilfeller for å utvikle begreper, ideer eller teorier»

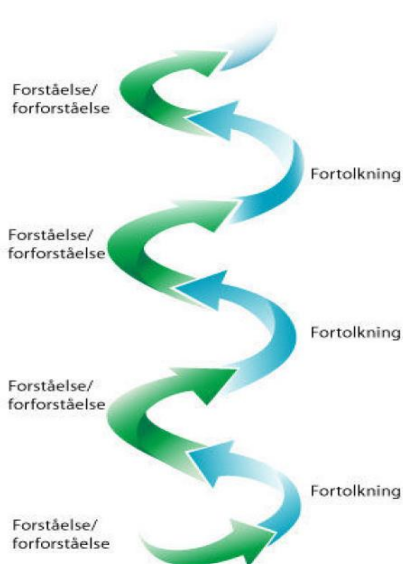
Pascale, 2011. Gjengitt i Kvale & Brinkmann (2015). S.224

Gjennom å benytte meg av kvalitativ metode er helsepersonells verdier, holdninger, ulike erfaringer og tanker kommet frem via intervjuene, noe som kan bidra til å forstå hvorfor mennesker tar de valg og handler som de gjør. Samtidig må jeg som forsker være klar over nærheten av informanten og hvordan dette kan påvirke de svar som kommer frem. Dette beskriver Malterud (2013, s. 175) som intervju effekt og som man som forsker da må ta med i betraktningene ved transkribering av

intervjuene. Valgt metode egner seg dermed godt til å undersøke helsepersonells perspektiv på hvilke faktorer som påvirker pårørendearbeid som er studiens tema. Samtidig er jeg klar over at ved å ha benyttet meg av en metodetriangulering, ville studien vært styrket og generaliserbarhet kunne vært et tema dersom utvalget kunne anses som representativt.

3.2 Design

Jeg har i denne studien benyttet meg av et hermeneutisk fenomenologisk design. Hermeneutikk stammer fra det greske ordet hermeneuein som betyr å uttrykke, nærmere bestemt å utsi og tale, samtidig som det også har blitt gitt betydningen å forklare og fortolke ved oversettelser (Lægreid & Skorgen, 2006). Dette gjør at hermeneutikken har fått en tredelt betydning som omfatter vår livsverden. Den første omhandler hvordan vi tolker og oppfatter vår livsverden automatisk når det gjelder det sosiale livet vi lever, hvilke handlinger vi utfører, men også kunst, drømmer og ulike meninger som vi innehar. Den andre betydningen ligger i hvordan vi oppfatter våre normer, regler og lovverk, historiske eller teologiske dokumenter, den tredje er den filosofiske hermeneutikken som går på å betegne teori som en forforståelse (Ibid). I følge Gadamer er vi mennesker alltid forstående, og at det er fordommene vi har som utløser en interesse og et ønske om å lære om ulike fenomener (Lægreid & Skorgen, 2006 s. 225). Når man har en forforståelse for et fenomen, er det ikke bare å tre ut av denne forforståelsen og se på fenomenet objektivt eller uavhengig. For å kunne gjøre dette, må man først være klar over sine forforståelser og fordommer, slik at man kan benytte sine erfaringer man får med møtet med fenomenet for å få en større forståelse av fenomenet (Lægreid & Skorgen,



Figur 1 "Den hermeneutiske spiral" Hentet fra Ebdrup, N. (2012).

2006 s. 223). På denne måten vil forforståelsen være en uendelig prosess som utvikles når beskueren får ny kunnskap. Gadamer mente at vi mennesker har et grunnleggende behov av å forstå vår her og nå situasjon og vil dermed trekkes mot historiske tekster da dette vil være meningsfylt og viktige i vår forståelse av oss selv (Ibid). Derfor er det som Malterud (2018, s. 19) påpeker viktig at jeg som forsker har tanker om at forskningsprosessen skal tilføye noe annet enn det jeg allerede har kunnskap om, og at jeg dermed har et åpent sinn til informasjon som tilkommer, og at disse også gir rom for tvil, ettertanker og eventuelle uventede konklusjoner.

Fenomenologi kommer fra gresk og har to bestanddeler; *fainòmenon* og *lògos*, som kan oversettes til: det som viser seg i seg selv (Heidegger 2007, s. 56-57), og beskjeftiger seg med spørsmål om

hvordan man skal gripe an et forskningsspørsmål for å løfte frem det som skal drøftes. Heidegger (2007 s. 62) hevder at det som bør løftes frem er det som i utgangspunktet ikke viser seg og kan fremstå som skjult. Fenomenologien er dermed et mål for å søke meninger og gi innsyn i meningene bak fenomenene som studere. Min oppgave er sett i lys av en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming som vil si at jeg har sett en situasjon utfra mine tidligere erfaringer og forkunnskaper, og når jeg nå møter fenomenet kan jeg få muligheten til å beskrive dette ved å sette min tidligere kunnskap i parentes, noe som Malterud, 2018, s. 28 kaller for «bracketing». Innen fenomenologien er målet å finne ulike mulige tolkninger av et fenomen, og ved at jeg spør ulike helsepersonell om deres erfaringer om pårørendearbeid vil jeg kunne få ny kunnskap på området som kan bli muligens igjen kan gi nye spørsmål eller måter å forstå fenomenet pårørendearbeid. Videre har fenomenologien som formål å finne ut hvordan ting kan være fremfor hva ting er (Malterud, 2018, s.116).

3.3 Utvalg, rekruttering og gjennomføring

Helsepersonell innenfor psykisk helsevern består gjerne av en rekke ulike profesjoner som hjelpepleiere, miljøarbeidere, sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, leger og psykologer. Jeg har derfor benyttet meg av at strategisk utvalg som jeg mener ut fra målsettingen av undersøkelsen best kan belyse min problemstilling, samtidig som jeg har vurdert dette opp mot hvem som best kan danne et grunnlag for gode funn og som kan gi ny kunnskap opp mot den valgte problemstillingen. Dette er viktig i forhold til den interne validiteten ifølge Malterud (2018, s. 58). For å etablere dette strategiske utvalget som best kunne belyse min problemstilling, valgte jeg å benytte meg av inklusjonskriterier. Kriteriene for inklusjon var at intervjuobjektet skulle ha bachelorgrad innenfor helse- og omsorgsektoren, ha jobbet innenfor psykisk helsevern i minimum 3 år, ha erfaring innen pårørendearbeid og videre kunne begge kjønn inkluderes. Dette fordi jeg anser feltkunnskap og den teoretiske bakgrunnen som viktige forutsetninger i forhold til å få de svarene jeg søkte, samtidig som variasjonsbredden på informanter da kunne gi mulighet for å beskrive ulike nyanser av pårørendearbeidet. Mange innen psykisk helsevern arbeider som tilkallende miljøpersonell, og har da ikke løpende kontakt med pårørende, disse når dermed ikke opp til mine inklusjonskriterier. Det vil si at alle som ikke nådde opp, eller hadde høyere kvalifikasjoner i forhold til disse kriteriene ble ekskludert. Disse kriteriene ble satt for at jeg på best mulig måte skulle få et representativt utvalg og dermed få svar på min problemstilling og temaet jeg har valgt.

Før rekruttering av informanter til studiet ønsket jeg å gjennomføre et prøveintervju. Dette fordi jeg mangler erfaring med situasjoner som intervju, og at jeg ønsket en tilbakemelding på spørsmålene som var i intervjuguiden, og om disse var tilstrekkelig for å få svar på min problemstilling. Dette

intervjuet ble gjennomført i hjemmet til informanten. På bakgrunn av dette intervjuet, ble et av spørsmålene modifisert. Rekruttering til studien foregikk ved at et informasjonsskriv ble sendt til koordinator for psykisk helse ved et sykehus på Østlandet. I informasjonsskrivet ble det forklart og beskrevet om studiens formål og hvilken metode som jeg skulle benytte meg av som var intervju. Dette informasjonsskrivet ble distribuert til alle avdelingene innenfor psykisk helse på sykehuset, og ble lagt på vaktrommet slik at interessenter kunne ta kontakt med meg direkte. For at informanter som ønsket å komme i kontakt med meg for å være med i studien, ble mitt telefonnummer oppgitt. 4 intervjuobjekter tok kontakt med meg direkte og den siste via koordinatoren. Etter informanter hadde tatt kontakt og intervjudager ble avtalt, ble meldingene etter avtale med informantene slettet fra min telefon. Det var da opp til informanten å ta kontakt ved behov. Undersøkelsen ble gjennomført i perioden desember 2019 til januar 2020, hvor 4 av intervjuene ble utført før jul, mens den siste ble foretatt i midten av januar. Det ble individuelt tilpasset hvor det passet for den enkelte informant å møtes, og den første ble intervjuet i informantens eget hjem. Et annet intervju ble foretatt på en rolig kafe, et på informantens arbeidsplass på et egnet møterom, mens to av intervjuene foregikk på et bestilt møterom av meg på informantenes arbeidsplass.

3.4 Intervjuguide

Jeg ønsket å gjennomføre en semistrukturert intervjuform og dermed benytte en intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet. Denne intervjuformen er kjent for at spørsmål, temaer og rekkefølgen ikke nødvendigvis må følges slavisk, men at forskeren kan bevege seg frem og tilbake, og er den mest utbredte måten å utføre kvalitative intervjuer på (Johannessen et. al. 2010, s. 137-139). Jeg konsentrerte meg dermed om ved utarbeidelsen av intervjuguiden at alle temaer og de forskningsspørsmålene jeg hadde skulle være representert i spørsmålene. I tillegg hadde jeg da muligheten til å komme med oppfølgingsspørsmål underveis for å få klarhet i svar som kunne oppleves litt utydelige og som jeg ønsket at informanten skulle klargjøre for meg, noe som er i tråd med anbefalinger beskrevet i Johannessen et. al. (2010, s. 139). I forhold til utarbeidelsen av intervjuguiden, var en vurdering i forhold til hva helsepersonellet som ble intervjuet skulle betegnes som i oppgaven. Dalland (2018) har differensiert dette i forhold til hva man undersøker i forhold til hva man benytter som begrep:

«Den som blir intervjuet, blir gjerne kalt informant, respondent eller intervjuobjekt. Ordet respondent kan forklares som en person som svarer på spørsmål, , mens informant ser en person med kunnskap som gir forskeren informasjon. Betegnelsen intervjuobjekt sier ikke noe annet enn at personen er et objekt for våre spørsmål».

Dalland, 2018. s. 65

På bakgrunn av denne differensieringen, følte jeg at det som best passet meg og min forskning var å benytte seg av begrepet informant, da det var informantenes kunnskap om temaet pårønderarbeid som sto sentralt. Kvale og Brinkmann (2015) benytter seg av begrepet intervjuperson, dette fordi dette ordet favner alle de overnevnte valgene. De fremhever også intervjupersonen som et subjekt, som gjennom å skape mening og forståelse er delaktig i forskningsintervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 194, 21). Intervjuperson er et ord som for meg oppleves noe fremmed og rart, og jeg mener det er viktig å ha et ord som er nøytralt for å ikke skape avstand mellom meg som forsker og personen som blir intervjuet. Ordet *informant* er dermed av de fire valgene man står ovenfor, det ordet som jeg mener er hensiktsmessig å benytte seg av.

3.5 Transkribering

All data som innhentes må dokumenteres og uthentes som regel fra tekst, lydfiler eller bilder og videreutvikles til tekstdokumenter (Johannessen et. al. 2010, s. 33). I min forskning har jeg verken benyttet meg av lydfiler eller bildefiler, men forholdt meg til å notere så ordrett som mulig på datamaskinen underveis i intervjuene. Dette var mer utfordrende enn jeg først tenkte, men ved hjelp av at informantene leste intervjuet på etterhånd, kommenterte og skrev inn det de ønsket tilføyd, eventuelt slettet dersom noe ikke var i tråd med det de mente, gjorde at jeg til slutt fikk et godt datamateriale å jobbe med. Deretter renskrev jeg intervjuene, og tok vekk alle de uttrykkene, pausene og skrivefeil som måtte ha fulgt med. Disse renskrevne intervjuene ble lagret i egne filer og sammen med original intervjuene lagt på en kryptert minnepenn for oppbevaring.

3.6 Studiens etiske vurderinger

Det er både fordeler og ulemper å velge å forske på eget arbeidsfelt, og at jeg selv har erfaring med pårønderarbeid, kan sees på som fordelaktig. Samtidig har jeg måttet være klar over og vurdert fenomenet feltblindhet som viser til å ikke evne å se andre fortolkninger og negative konklusjoner i forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015). Min forforståelse på området må dermed tas med i betraktning og settes i sammenheng med undersøkelsens kontekst og tolkning. I oppgaven vil det ikke bli opplyst hvilket sykehus undersøkelsen er foretatt på, da dette anses å være en del av det å anonymisere informantene på. Etske utfordringer møter man gjennom hele forskningsprosessen, både når det gjelder mine egne opplevelser, men også til de menneskene man møter i prosessen. Som forskningsinstrument må vi dermed være klar over maktrelasjonen som oppstår mellom partene og ha i tankene deltagerens opplevelse når vi gjennom intervjuet samkonstruerer data (Del Busso, 2018). På forhånd av studien var jeg redd for at materialet mitt ville være for snevert i forhold til fenomenet jeg ønsket å utforske. Jeg undret meg over måten jeg har innhentet informanter på, og

om dette kunne utgjøre en fare for gyldigheten av studien da disse kan antas å ha egeninteresse for pårørendearbeid, og dermed ikke være representativt for alle helsearbeidere. Malterud (2018, s. 58) beskriver strategisk utvalg som et sammensatt utvalg av informanter som kan belyse problemstillingen på en best mulig måte, og at den interne validiteten baseres på hvilket materiale som kan belyse og gi ny kunnskap rundt fenomenet. I mitt tilfelle arbeider alle innenfor psykisk helsevern, og vil dermed også være den gruppen som best kan belyse min problemstilling. Det at alle med bachelor innen helse- og sosialfaglig bakgrunn kan delta gir det mangfoldet som kan gi en god informasjonsstyrke, men også variasjonsbredde i og med at de består av ulike utdanningsretninger/profesjoner (Malterud 2018, s. 59). Studien er søkt godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) som konkluderte med at jeg ikke trengte godkjenning til min forskning da ingen personopplysninger ville bli oppbevart av meg, og at ingen utenom meg som forsker vet hvem informantene er. NSD vurderer i hver enkelt søknad om hensynet til personvernet er ivaretatt og at lov om behandling av disse er fulgt, noe de mener informantene er i min forskning, da disse anses som anonyme. Anonyme opplysninger anses ikke som personopplysninger da de er av en slik art at de ikke kan spores tilbake til enkeltindividene som har gitt disse opplysningene (Fossheim, 2014). Jeg har i min forskning benyttet meg av en slags av-indentifisering som gjør at opplysningene forblir anonyme fordi de ved kontakt med meg som forsker har fått et nummer som representerer hvert enkelt individ. Personopplysninger har dermed ikke blitt notert eller oppbevart, foruten at jeg i mitt eget hode vet hvem disse personene er.

3.6.1 Konfidensielt ansvar

I forbindelse med opstart av intervjuene ble informantene informert at datamateriell utarbeidet fra intervjuene ble konfidensielt behandlet, og at det kun var jeg som hadde tilgang til datamaterialet. Før intervjuene hadde jeg nummerert informantene fra 1-5, og dette ble også benyttet gjennomgående i forskningen, slik at personopplysninger kun er kjent for meg og informanten og skal dermed være umulig å spore. Underveis i studien har både kollegaer og venner forespurt om intervjuene og prosessen, men dette er blitt høflig, men bestemt avvist å svare på, da informantenes anonymitet skal bevares. Informantene er både skriftlig ved invitasjonen til deltagelse, og før intervjuet startet informert om studiens hensikt og formål, samt fått mulighet til å trekke seg fra undersøkelsen. Respondentene har avgitt muntlig samtykke for deltagelse i studien.

3.6.2 Informert samtykke

En av de grunnleggende prinsippene i kvalitativ forskning er at informantene skal delta etter egen fri vilje, ha kompetanse til å vurdere fordeler og ulemper og at de er klar over hvilke konsekvenser en

medvirkning i studiet vil gi. Dette kalles informert samtykke, og innebærer at informantene har tilstrekkelig informasjon om undersøkelsens hensikt og metode samt være tuftet på frivillighet (Jacobsen, 2015 s. 47). Datatilsynet (2020-03-04) beskriver at samtykke ikke har noe formkrav, og at dette kan gis både skriftlig, muntlig, gjennom bevegelser eller andre måter, men at dette må kunne dokumenteres. I min forskning har informantene kommet til meg av fri vilje, noe som betyr at jeg ikke har lagt noe press på noen for deltagelse i studien, videre har de blitt reinformert vedrørende mine motiver som forsker, hvordan data innsamles og håndteres og fått mulighet til å trekke seg fra prosjektet. Dokumentasjon på informert samtykke har jeg ved at de selv har kommet til meg og har hatt et ønske om å delta, og at jeg dermed har nedskrevet dette i denne masteren. Dersom personen hadde kommet og ønsket å trekke sitt bidrag, ville intervjuet i sin helhet bli tatt ut av studien. Det er ingen av informantene som har tatt kontakt med undertegnede i skrivende stund, men to av informantene har bedt om å få en kopi av ferdig masteroppgave. Dette vil selvfølgelig bli etterfulgt.

3.7 Troverdighet

Enkelte i forskningsmiljøet mener at undersøkelser av kvalitativ karakter må vurderes på en annen måte enn kvantitativ og opererer derfor med følgende begreper på vurdering av undersøkelsen: pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet. Johannessen et. al. (2010) beskriver at ulike uttrykk blir benyttet i forhold til kvalitativ forskning, og at det ikke snakkes om et enten-eller men heller om en både-og vurdering ifht kvalitative studier. Til å vurdere undersøkelser og dens kvalitet benyttes dermed reliabilitet og ulike validitetsformer som kriterier (Johannessen et. al. 2010, s. 229). Det som henviser til hvor pålitelig resultatene er henviser til reliabilitet, mens validitet viser til om intervjustudien undersøker det den sier den skal undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 137).

3.7.1 Reliabilitet

Det som kjennetegner reliabilitet er om hvordan undersøkelsens data er blitt innhentet, bearbeidingsmetode og hvilke data som presenteres som funn. I min studie hvor jeg selv har notert under intervjuene og informantene har lest igjennom og tilføyd, endret og eventuelt slettet informasjon i intervjuet, mener jeg at reliabiliteten på innhentet data er god. Reliabiliteten i studien er søkt ivaretatt ved grundig redegjørelse for planlegging og gjennomføring av intervju ved hjelp av en intervjuguide og kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Malterud (2018).

3.7.2 Validitet

Når man snakker om validitet, snakker man om studiens gyldighet i forhold til om den undersøker det som var intensjonen og om forskeren har benyttet den riktige forskningsmetoden for å komme

frem til svarene på sin problemstilling (Malterud 2018, s. 192-193, Johannessen, Tufte & Christoffersen 2010, s. 230). Jeg benyttet meg av intervjuguiden for å lede mine informanter inn på de temaene jeg ønsket for å få utdypende informasjon ved å stille åpne og utforskende spørsmål, og har gjennom hele prosessen hatt et bevisst forhold til egenpåvirkning til materialet og stadig sjekket om mine forkunnskaper har påvirket materialet som Kvale & Brinkmann (2015) anbefaler.

3.8 Analyse

Neste steg i forskningsprosessen var nå å analysere og tolke alle innkomne data. Å analysere kvalitative data består i å bearbeide de tekstdokumentene som er innhentet via intervjuene, og analysere meningsinnhold (Johannessen et. al, 2010, s. 33, 173). Jeg har derfor valgt å benytte meg av Malterud sin metode som kalles systematisk tekstkondensering, som er en metode hvor en kondenserer tekst, slik at det vanskeliggjøres for informantene å gjenkjenne sine egne utsagn. Metoden gjør at utsagn vanskelig kan føres tilbake til de enkelte informantene da den etterstreber å trekke ut essensen av intervjuene og rekonstruere sitater på gruppenivå ved at man konstruerer kunstige sitater hvis hensikt er å summere flere deltageres utsagn om et tema. I følge Malterud (2018, s 98), består en analyseprosess av fire steg som først tar for seg helhetsinntrykk, deretter at man identifiserer meningsdannede enheter, for så å abstrahere disse meningsdannede enhetene og til slutt sammenfatte betydningen av funnene. Formålet med analysen er å få et innblikk i de erfaringer og den livsverden som informantene har og lære av dette i form av ny kunnskap innenfor temaet pårørendearbeid innen psykisk helsevern. Jeg skal nå gjennomgå hver enkelt fase slik dette ble gjennomgått i min forskning.

3.8.1 Lese intervjuene for et helhetsinntrykk

I denne fasen har jeg som det blir beskrevet, lest igjennom intervjuene i hensikt å komme frem til et helhetsinntrykk og etter hvert forsøke å finne interessante temaer og utsagn. Malterud (2018, s. 99) beskriver denne fasen av å gå fra villnis til foreløpige temaer, og at man skal her skal feste seg ved helheten fremfor iøynefallende detaljer, hvor forforståelsen og den teoretiske bakgrunnskunnskap jeg besitter settes i parentes, samtidig som problemstillingen min skal være en rettesnor for hva materialet formidler. Det er derfor viktig at man gjør lesingen så nøytral som mulig, slik at man ikke legger føringer eller forsøker å systematisere innholdet på dette stadiet. Når man så har lest alle intervjuene gjennomgående og gjerne flere ganger, kan prosessen med å se på foreløpige temaer og hvilke erfaringer som kommer frem fra informantene i forhold til pårørendearbeid starte (Malterud, 2018, s. 99). Ved første gjennomlesning var det noen temaer som intuitivt vekket min oppmerksomhet; tid, allianse med pasienter og taushetsplikt.

3.8.2 Identifisere meningsbærende enheter

I den andre fasen letes det etter meningsbærende enheter, som kan belyse min problemstilling på en god måte, og som gir kunnskap og informasjon om hovedtemaet pårørendearbeid. Her organiseres da materialet som skal studeres videre og resterende legges vekk. Her er det en fordel å være flere som leser gjennom da man kan få tilgang til nyanser og detaljer man ikke ser alene. I denne delen av analysen var jeg heldig og hadde en venninne som så på dette sammen med meg slik at vi kunne sammenligne og se på hva vi enes og ikke enes om som meningsbærende enheter, samtidig som jeg tok den endelige avgjørelsen av hva som skulle være med videre etter en grundig og systematisk gjennomgang. Når man systematiserer de meningsbærende enhetene i teksten kalles dette koding og sikter på å identifisere og sortere de meningsbærende enhetene i teksten som er tilgjengelig for oss (Malterud, 2018, s. 101). Dette ble gjort ved at jeg fargekodet de ulike temaene med markeringstusjer, og gav de meningsbærende enhetene ulike farger. Disse meningsbærende enhetene ble deretter satt inn i et Excel-ark for å få en bedre oversikt. Koding er et hjelpemiddel på lik linje som meningsfortetting å gi et enklere materiale å arbeide med når selve analysen skal starte. Dette var en møysommelig prosess, men som jeg fant spennende. Både det å se hva som kom fram i datamaterialet (induksjon), men også hva jeg lærte av prosessen ved å se temaer som gikk igjen i de ulike intervjuene. Jeg forsøkte her å ikke tolke for mye i utsagnene jeg fikk frem, men heller å forsøke å finne de ulike kategorier utsagnene passet inn i. Kategorier som ressurser, tid, kommunikasjon, respekt, taushetsplikt, holdninger, tillit, lovverk og politiske føringer var sentrale temaer som gjentok seg gjennom identifiseringen av meningsbærende enheter, og som da naturlig nok blir valgt til å belyse min problemstilling. Kvale & Brinkmann (2015 s. 355) beskriver kategorisering som koding av meningsbærende utsagn blir satt inn i kategorier, og som igjen gir mulighet for kvantifisering (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 226). Det å samle meningsbærende sitater på denne måten, og få kategorisert disse etter hvert som de vokste frem, gav meg en mulighet til å flette sammen informantenes svar til funn av betydning. Det er i analysedelen viktig å være nøye med at alle svar som omhandler temaene skal med, og at man tar for seg ett og ett tema før man går videre. Dersom man kommer over svar som man mener passer i flere temaer, kan man velge å plassere svaret i ulike temaer, men da markere for at svaret er blitt benyttet flere ganger, samtidig kan dette være et tegn på at våre koder muligens er upresise (Dalland, 2018, s. 92; Malterud, 2018, s. 104). (Se vedlegg 1)

3.8.3 Å abstrahere innholdet til meningsinnhold

I den tredje fasen av analysen, skal man sortere og abstrahere informasjonen som vi har hentet ut av tidligere analysetrinn ved at vi uthenter meningsinnhold i de sammenfattede meningsbærende enheter. Med andre ord skal man trekke ut essensen av innholdet og danne subgrupper av temaene

(Malterud, 2018, s.105). I denne prosessen tolkes samtidig teksten i et faglig perspektiv, og her er kravet om å legge sin forforståelse til side ikke til stede. Det som derimot legges til side, er det materialet som ikke er blitt kodet. På dette stadiet er det viktig å skape rom for ulike tolkninger og tilnærminger fremfor å skape konsensus om subgruppene, og etter dette stadiet er det subgruppene som er analyseenheten og som skal danne grunnlaget for de kunstige sitatene (kondensatene) ifølge Malterud (2018, s. 106). Disse kondensatene anbefales å skrives i jeg-form, da dette skal minne oss om at vi gjennom kondensatene representerer hver enkelt deltager eller informant, og vi skal derfor etterstrebe å være så tekstnære som mulig og benytte oss av de uttrykkene som informantene har benyttet seg av under intervjuene. På denne måten vil kondensatet fungere som en sum av informantenes stemmer om fenomenet som diskuteres (Malterud, 2018, s. 107). I etterkant av dannelsen av kunstige sitater, velges et «gullsitat» som best mulig illustrerer summen av innhold fra subgruppens meningsbærende enheter (Ibid, 2018, s. 108).

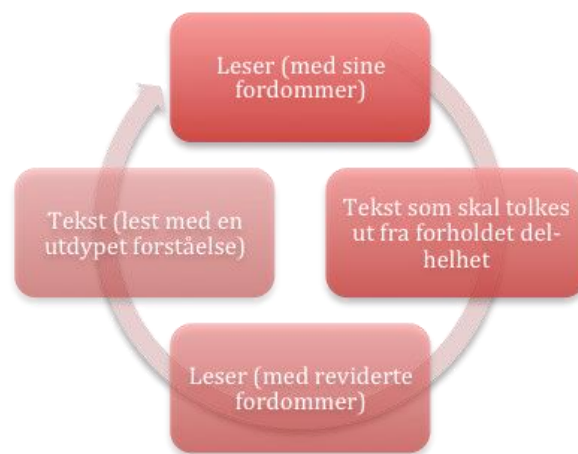
3.8.4 Sammenfatning av betydninger – fra kondensat til resultat

I dette trinnet av analysen skal man rekontekstualisere de elementene som nå oppfattes som biter, og sammenfatte de funn og beskrivelser som er blitt funnet slik at dette kan deles med andre gjennom gjenfortellinger. Her vil det også muligens være nødvendig å justere kodegruppene man fant i første trinn, og eventuelt også danne grunnlag for nye beskrivelser av disse. Nye begreper kan også komme frem. I motsetning til forrige trinn som da skulle skrives i jeg-form, skal dette trinnet gjenfortelles i tredje-persons form, slik at teksten gir utvalgte og relevante aspekter av funnene i forskningen. Med andre ord består trinn fire av å sammenfatte det vi har funnet og skrive ut funnene våre i tekst. Samtidig er det viktig at jeg som forsker nå har et fokus på validitet i forhold til min egen studie, og ser på resultatene utfra den sammenhengen de er hentet ut fra, og at man nå tar et steg tilbake og igjen leser de opprinnelige tekstene slik at man sikrer at det man gjenforteller er det som er blitt fortalt (Malterud, 2018, s. 108-109). Dette er da i tråd med den induktive tilnærmingen hvor *«empiriske data fra enkeltpersoner og enkelthendelser bidrar til å belyse forskningsspørsmålet og gjennom fortolkning abstraherer vi funnene slik at de kan utsi noe mere allment»* (Malterud, 2018, s. 113). (Se vedlegg 2)

3.9 Hermeneutisk fenomenologisk tilnærming

I analysen forsøker man å komme frem til meningen av, eventuelt forklare et uklart fenomen. En hermeneutisk fenomenologisk tilnærming vil være nyttig for å konkret finne ut hvordan fenomenet pårørendearbeid oppleves og erfares fra helsepersonell innen psykisk helsevern. Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og går ut på at man forsøker å finne menneskes handlinger, livsytringer og språk,

samtidig som man fortolker meningsbærende enheter eller sitater i anledning å *forstå* og kalles gjerne i litteraturen for den «hermeneutiske spiral eller sirkel» (Dalland, 2018, s. 45-46). Den hermeneutiske spiral beskriver helheten av det som skjer når vi fortolker en tekst eller en situasjon og vi danner oss et inntrykk og gir innhold til det som blir skrevet eller sagt. Delene fortolkes ut fra en helhet, der helheten tolkes ut fra delene (Gilje og Grimen, 1993, s.153). Videre er det i et hermeneutisk vitenskapssyn sentralt at den som fortolker dataene er sin rolle bevisst i fortolkningsprosessen. Alle former for forforståelse henger sammen med den situasjonen som det skal tolkes ut fra.



Figur 2: Hentet fra og laget etter inspirasjon av Krogh, T. (2015, s.53).

3.10 Forforståelse

Alle mennesker – også forskere, møter verden med en forforståelse utfra sine egne ubevisste oppfatninger og forståelse av virkeligheten for å tolke hendelser vi utsettes for, og er helt nødvendig for å forstå sammenhengen i virkeligheten. Det virkelighetsbildet forskeren har med seg og hvordan observasjoner både vektlegges og tolkes vil påvirkes av denne forhåndsoppfatningen og kalles for forskerens forforståelse (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2010, s. 38). Forforståelse er ifølge Malterud (2018, s. 44) relatert til den bagasjen man har inn i sin forskning i forhold til hvordan vi forstår det innsamlede datamaterialet og har gjerne en sammenheng med forskerens interesseområde. Min forforståelse preges av at jeg i lengre tid har vært ansatt ved en utredningspost innenfor psykiatrien, og at jeg dermed har sett ulike behov hos de pårørende. I tiden som ansatt har jeg bevitnet motsetningsforholdene mellom helsepersonells opplevelse av tidsbrist, høye krav og «masete» pårørende og pårørendes behov for å bli sett, hørt og forstått i en vanskelig tid og situasjon. Samtidig må jeg under min forskning ha i tankene at min forforståelse er subjektiv, og at den nødvendigvis ikke deles med mine «kollegaer» i feltet. Min forforståelse kan, dersom man ikke er oppmerksom, farge egen forskning og gjøre at man leter etter tematikk i tekstene som

forsterker mine egne oppfatninger og som igjen kan overfortolkes i forhold til meningsinnholdet. Malterud (2018, s. 45) beskriver dette som å gå inn i et materiale med skylapper og at forforståelsen dermed overskygger det empiriske materialet, men at dette kan forebygges ved at forskeren har et bevisst forhold til sin egen forforståelse. Som et ledd i min forskning, tok jeg Malterud (2018, s. 46) sitt råd om å liste opp mine forkunnskaper og antagelser om funn i en «selvangivelse» slik at jeg på forhånd kan forgripe resultatene for å unngå at mine antagelser av funn er gjeldende for de reelle funnene. Det som kjennetegner fenomenologi-inspirerte analyser, er ifølge Malterud (2018, s.115) at forskeren setter, i møtet med datamaterialet, sin forforståelse og forutsetninger til side, og gjenforteller deltageres opplevelser og livsverden på en måte som er fraværende av de forutbestemte teorier eller forforståelsen til forskeren. På bakgrunn av dette er det da positivt at jeg gjennom min forskning har vært klar over min egen forforståelse, reflektert over dette og har vært kritisk i valgene jeg har gjort i forhold til både planlegging, intervjusituasjonen og analysedelen slik at dette kan unngås. Den bakgrunnen jeg har fra feltet kan også være positiv i forhold til at jeg er godt kjent med pårørendearbeid og hvordan dette fungerer på sengepost, og har dermed mulighet til å stille ulike spørsmål som kan bidra til en god belysning av problemstillingen.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet kommer jeg til å presentere data fra intervjuene. Jeg har på bakgrunn av funnene mine kategorisert de etter det systemiske, det organisatoriske og relasjonelle rammeverk som igjen har sine temaer og subgrupper. Disse presenteres i tabellen nedenfor.

Det systemiske rammeverket (Systemiske determinanter)	
Tema	Subgrupper
Utydelige politiske føringer og taushetsplikt kan være et hinder for pårørendearbeid	Taushetsplikt på godt og vondt Allianse med pasienten påvirker informasjonsflyten Politiske føringer som et valg
Det organisatoriske rammeverket (Organisatoriske determinanter)	
Tema	Subgrupper
Mangelfull forankring rundt tjenestene	Følelser rundt tid, struktur og pådriverfunksjon Forankring i ledelsen og ressursmangel Dokumentering av pårørendesamtaler
Det relasjonelle rammeverket (Relasjonelle determinanter)	
Tema	Subgrupper
Pårørendearbeid gir bedre behandling	Psykoedukasjon et ledd i bedret pasientbehandling Å gi pårørende muligheten til å snakke ut Når pårørende ikke kommer på besøk

4.1 Det systemiske rammeverket (systemiske determinanter)

Innen det systemiske rammeverket kom det frem at taushetsplikten opplevdes som et problem for mange av helsepersonellet, samt at et par informanter påpekte utydelighet innen de politiske føringene som en utfordring, og at helsepersonell må bli bedre på å etterfølge disse, samtidig som at dette må bli godt forankret i behandling og avdelingene. Videre ble det nevnt kulturen innad i avdelingen i forhold til pårørendearbeid og allianse med pasienten. Dette er de funn som jeg synes var meget interessante og som jeg kommer til å presisere nærmere med både sitater og tekst.

4.2 Utydelige politiske føringer og taushetsplikten kan være et hinder for pårørendearbeid.

4.2.1 Taushetsplikt på godt og vondt

Samtlige informanter gav uttrykk for at taushetsplikten kan være vanskelig å forholde seg til som helsepersonell, både når det gjelder forholdet eller alliansen til pasienten, men også hva man kan

fortelle til pårørende. De er gjerne klar over at generell informasjon kan gis, men hva informasjonen skal og kan inneholde opplever flere å være vanskelig å vurdere. Det uttrykkes også at pårørende ofte blir tilskuere og ikke deltagere i behandlingen til sine nærmeste fordi informasjon utelates grunnet taushetsplikten. Regelverket rundt taushetsplikten er gjerne kjent, men samtidig beskrives en usikkerhet rundt regelverket og en redsel for å trække over grenser. De følgende sitatene er trukket ut fra fire ulike informanter.

«Taushetsplikten kan være utfordrende og det er viktig at jeg som helsepersonell da har god kunnskap om hva vi kan og ikke kan si uten at jeg skal bryte taushetsplikten».

«Jeg opplever at taushetsplikten kan være vanskelig da jeg ofte møter pårørende med et stort informasjonsbehov».

«at vi har kunnskap om pårørendes rettigheter, at taushetsplikten ikke blir en plikt om å være taus».

«Alliansen til pasienten kan være vanskelig, og da må man møte pårørende på et generelt grunnlag og ikke fortelle dem taushetsbelagte ting om pasienten...»

Flere av informantene beskriver at det føles tungt når pårørende ønsker informasjon, men hvor pasienten ikke ønsker at det gis ut opplysninger om dem. Dette kan dermed hindre pårørendesamarbeidet og helsepersonellet opplever da både frustrerte og fortvilte foreldre. En av informantene beskriver at dette er vanskelig spesielt i saker hvor det er spørsmål om samtykkekompetansen til pasienten er ivaretatt, og om pasienten klarer å ta en slik avgjørelse eller om h*n er for syk til å ta en slik avgjørelse og sier: *«jeg kjenner det er vondt å se at taushetsplikten da blir et hinder for godt samarbeid og se fortvilte mammaer og pappaer».* En annen av informantene beskrev en situasjon som opplevdes svært belastende:

«De gikk på natten og lette etter datteren sin og på veiene for å se om hun var overkjørt, og på kirkegården for å se om hun ligger død. Sykehuset svarte når de ringte at; «vi har taushetsplikt». Det er så forferdelig at man får helt vondt»

4.2.2 Alliansen med pasienten påvirker informasjonsflyten

Flere av informantene uttrykker at dette med pårørendestøtte kan avhenge av den grunnleggende relasjonen mellom pasienten og de pårørende, og at pasienten settes som førsteprioritering i de tilfeller hvor det er vansker i relasjonen. Dette fordi alliansen med pasienten blir oppfattet som selve grunnmuren i relasjonen mellom helsepersonellet og pasienten, og at en omprioritering av støtte kunne true forholdet. Informantene forteller de opplever mistenksomme pasienter i forhold til

hvilken informasjon som gis til pårørende og at relasjonen mellom helsepersonellet og pasienten kan lide dersom pasienten mistenker det gis for mye informasjon. En av informantene sier det slik:

«Så har du det med allianse. Det er pasienten som må gå først, det er pasienten vi skal ha et forhold til og hjelpe, og dersom jeg går utover pasientens ønsker kan jo dette ødelegge tilliten han har til meg»

Til tross for vansker rundt dette med allianse, opplevde flere av informantene at de hadde mulighet til å støtte både pårørende og pasienten, ved å kunne gi den emosjonelle støtten ved å lytte til pårørende samtidig som tilpasset informasjon kunne gis. En av informantene presiserer da viktigheten av å informere pasienten om hva som blir sagt slik at tilliten ikke skades og dermed vanskeliggjør alliansen. Informantene opplevde at taushetsplikten var en hovedbekymring, og som kunne gjøre pårørendesamtaler utfordrende. Videre sier informantene at det å opptre varsomt, forklare for pasienten at pårørenderollen kan være vanskelig, samtidig som man informerer til pasienten at generell informasjon kan være av god verdi for de pårørende kan være en god strategi.

«Det er viktig at man forteller det til pasienten slik at man ikke ødelegger relasjonen. De skjønner jo at jeg har snakket med dem, og det er jo viktig at man forteller at man har snakket med dem og hvorfor ... og at de kan ha det vanskelig også ...»

4.2.3 Politiske føringer som valg

Informantene uttrykker at politiske føringer ofte ikke blir fulgt, og at viktigheten rundt benyttelsen dette ikke er tydeliggjort fra ledelsens side. De uttrykker kjennskap til pårørendeveilederen og ser at det er mye i denne veilederen som de som helsepersonell kan dra nytte av og det ytres et ønske om at alle i helsevesenet følger og benytter seg av de statlige anbefalinger, retningslinjer og anbefalinger man har tilgjengelig. 2 av 5 informanter påpeker at pårørendearbeidet er fremhevet som viktig på papiret, men rammeverket og ressursene for å ivareta dette arbeidet er ikke gitt de rammene som trengs for å kunne følge opp intensjonene. Samtidig uttrykkes at det ofte er opp til den enkelte om det blir startet opp pårørendearbeid eller ikke og at det oppleves svært personavhengig om arbeidet med pårørende blir prioritert eller ikke. Den ene informanten sier:

«Jeg mener at de politiske føringene er alt for utydelige, og disse burde kanskje vært lovpålagt å følge da jeg opplever at vi som helsepersonell har mulighet til å velge de bort»

Og sier videre:

«Det er en utfordring at det er så dårlig forankret i behandlingen som en nødvendig del av behandlingen, at man ikke følger retningslinjer, at man ser på pårørende som et hår i suppa, at pårørende blir avfeid.....»

4.3 Det organisatoriske rammeverket (organisatoriske determinanter)

Innen det organisatoriske rammeverket kom det frem at helsepersonellet opplevde tid og ressurser som en mangelvare, samtidig som strukturen rundt dette med pårørendearbeid var liten.

Informantene påpeker at dette med pårørendearbeid er lite forankret i ledelsen, og at følelsen av å være pådriver for pårørendearbeid er stor. Videre ble det nevnt at dokumentering av pårørendes uttalelser var et dilemma som var vanskelig å forholde seg til, og dette er da funn jeg kommer til å presentere videre i teksten.

4.4 Mangelfull forankring rundt tjenestene

4.4.1 Følelser rundt tid, struktur og pådriverfunksjon

Informantene ga uttrykk for at de savner at det blir satt av tid til pårørendearbeid og at det er vanskelig i en travle hverdag å finne tiden til pårørendearbeid. Turnusarbeid og logistikken rundt dette med pårørendes arbeidsforhold, og manglende struktur for pårørendearbeidet er aktuelle hindringer, og en informant sier: *«Det blir kun satt av tid dersom det er satt av til PEF - psykoedukativt familiearbeid»* Videre sies det at det kan oppleves litt ensomt at det er opp til hver enkelt å ivareta pårørendearbeidet og at det ofte må tas utenom arbeidstiden. I tillegg påpekes det at pårørende gjerne blir bortprioritert i travle perioder og at pasienten da blir satt i første rekke.

«Jeg kjenner på det når det er mange pasienter, mye å gjøre og vanskelige saker på avdelingen så bortprioriteres de pårørende. Jeg ser også at dersom jeg er syk, så har vi gode systemer på hvem som skal overta pasienten, men kanskje ikke hvem som skal ta over de pårørende i slike situasjoner».

Informantene uttrykker også følelsen av å være pådriver til pårørendearbeid, og at det er opp til hver enkelt arbeidstaker å avsette både tid og bedrive dette arbeidet. De følgende sitatene er trukket ut fra fire ulike informanter.

«Slik jeg opplever det nå, er det ofte opp til meg om det blir avsatt tid til pårørendearbeid...»

«.. det er opptil hver enkelt å drive med pårørendesamtaler... Det handler om at det tar lang tid å endre en kultur, og så tror jeg det handler om kunnskap»

«Jeg jobber turnus og er ikke til stede hver dag. Jeg har også kveldsvakter og helgevakter så det kan være vanskelig å få de samme menneskene med til møtene når jeg har startet PEF. Jeg må prøve å sette av tid til pårørendearbeid, og dette er en mangelvare»

«Det blir satt av tid for pårørendesamtaler for de fleste. Men når spørsmålene kommer etter de har kommet hjem... når dem ringer inn til avdelingen er det jo ikke alltid man har tid til rådighet og kan da er det ikke alltid det er tid til å snakke lenge med de pårørende, selv om dette kanskje er behovet».

4.4.2 Forankring i ledelsen og ressursmangel

Informantene enes om at synet på de pårørende generelt kunne vært bedre og forståelsen for sammenhengen mellom psykiske lidelser og pasientens nettverk ikke nødvendigvis blir hensyntatt. Noen etterlyser at ledelsen prioriterer dette inn i avdelingens rutiner på lik linje som andre undersøkelser og tester som pasienten skal igjennom under oppholdet. To av informantene ytrer ønsker om pårørendearbeid som en mer integrert del av behandlingssystemet og en mener at det handler om en misforståelse at pårørendearbeid krever mer ressurser for å lykkes. En av informantene sier det på denne måten: *«Vi må være tilgjengelig, og det må prioriteres som en del av behandlingen».* mens en annen sier følgende: *«Pårørendearbeid må inn i strukturen, inn i rutiner, inn i prosedyrer, inn i dokumentasjon»* En tredje informant sier følgende:

«...det er en utfordring at det er dårlig forankret i behandlingen og det som vanskeliggjør pårørendearbeid er økonomisk lønnsomhet og synet på pårørende generelt – verdien av å se mennesker som en helhet med kontakt med sine nærmeste....»

Og sier videre:

«Det er lite belønning i forhold til at våre sykehus får betalt i DRG poeng, disse samtalene, det vi får betalt for, så i kost - nytte – sykehus, så blir det ikke prioritert»

Det kommer frem fra informantene at lokaliteter kan være en ressursmangel i pårørendearbeidet. De beskriver at samtalerommene/besøksrommene ofte er opptatt, og at det ikke finnes andre rom tilgjengelige og at dette da vil vanskeliggjøre det å bedrive pårørendesamtaler:

«Jeg kjenner ofte på at vi mangler et egnet sted til å snakke med pårørende, det er ofte at jeg møter de pårørende i gangene, enten ved henting/tilbakekomst i forbindelse med permisjon eller når de kommer for besøk, og gangen er ikke et sted jeg er komfortabel til å og gi informasjon»

4.3.3 Dokumentering av pårørendesamtaler

Flere av informantene beskriver situasjoner hvor de unngår å dokumentere hva som er blitt sagt mellom dem og pårørende. De er klar over dokumentasjonsplikten, men allikevel beskriver de situasjoner hvor de lar være å dokumentere opplysninger gitt av pårørende når disse kan sette ekstra press på deres relasjon. Pasienten har mulighet for innsyn i journalen og det beskrives derfor at det innimellom er viktig for pårørende at de opplysninger som gis ikke kommer frem som informasjon fra dem. Tre av informantene beskriver det slik:

«Pårørende kan jo være usikre på hvilke opplysninger de kan gi, og da kan det være vanskelig å snakke fritt. Det er da noen ganger at man ikke dokumenterer alt for di det kommer frem i journal, da pårørende ikke ønsker å ha dette frem i lyset. Pasienter har jo innsynsrett og da for å ikke ødelegge demmes relasjon så ler man være å ta det med i dokumentasjonen»

«Det er vanskeligere desto flere rettigheter pasienten får. Det kommer da ikke frem fra journal at de har fått pårørendearbeid, ettersom pasienten ikke skal vite det»

«....man kan ha fått snakket mye med pårørende, men vi tør ikke å dokumentere dette. Andre kan også ha snakket med dem uten at det kommer frem»

Og sier videre:

«For eksempel også på telefon også ikke sant. Det er innimellom viktig for pårørende at de opplysninger som gis ikke kommer frem som informasjon fra dem. Samtidig så vet jo dem hvor syk pasienten er som er tildekkende. De kan være redde for at de skal skade seg selv, dem eller noen andre»

4.4 Det relasjonelle rammeverket (relasjonelle determinanter)

Innen det relasjonelle rammeverket kom det fort frem at flere av informantene hadde både ulik erfaring, men også ulikt syn på det med PEF - Psykoedukativt familiesamarbeid, og hvordan dette ble benyttet på arbeidssstedet. Alle informantene hadde erfaring med pårørendesamarbeid, men fire av informantene hadde fått kurs innenfor PEF. Informantene påpeker at pårørendearbeid er en fordel og at dette gir bedre behandling for pasienten. Samtidig viser funnene til erfaringer med at pårørende er slitene, og at forholdet mellom pårørende og pasient kan være anstrengt, og at dette da kan resultere i at pårørende i en innleggelsessituasjon velger å ikke komme på besøk.

4.5 Pårørendearbeid gir bedre pasientbehandling

4.5.1 Psykoedukasjon et ledd i bedret pasientbehandling?

Informantene uttrykker at det er viktig med forståelse for at prognosen bedres for pasienten hvis man har et godt pårørendearbeid, og at samarbeid med pårørende er viktig fordi man arbeider med familieperspektivet i behandlingen av pasienten. Informantene uttrykker at det først og fremst er pasienten som prioriteres, men ved å ta vare på pårørende, blir pasienten også ivaretatt. Det å se hva sykdom gjør med de pårørende, at mange pårørende er slitne, spesielt svingdørspasienter innenfor rusfeltet er viktig å anerkjenne. Videre påpekes at dersom pårørende blir ivaretatt i et bredt spekter, kan dette hindre at det blir flere pasienter ved at pårørende selv utvikler sykdom. At pasienten i noen tilfeller skyver sine nærmeste bort er nevnt av tre informanter, og en informant sier:

«...i situasjoner der pasienten blir paranoid gjør den psykiske lidelsen at de skyver sine nærmeste bort... hvis vi ikke forstår det, forsterker vi sykdomsbildet. Derfor er pårørendestøtte så viktig.»

Fire av fem informanter har fått opplæring innen det som kalles PEF – Psykoedukativt familiesamarbeid, og benytter dette inn i sin arbeidshverdag. De forteller at i tilfeller hvor det kan være vanskelige forhold mellom pasienten og pårørende kan dette være et hjelpemiddel for å få hele familien til å samarbeide. Å starte med behovet for undervisning om lidelsen og hvor råd og veiledning om hvordan man kommuniserer med noen som er syk er noe de kan samle seg om er viktig å tilby. Videre uttrykkes at pårørendearbeid handler om å opprettholde håp, et likeverdig samarbeid og gi råd om hva man skal gjøre, eller hvem man kan kontakte når ting blir ekstra vanskelig og er temaer som går igjen i PEF. En av informantene deler en erfaring som har satt spor:

«Har erfaringer med å ha møtt pårørende som har blitt møtt på en slik måte at de har nærmest gitt opp håpet, og blitt invitert til samarbeid, en gruppe, og som en far sa; dette burde jeg hatt for mange år siden, da hadde kanskje ikke min sønn hatt så mange år med lidelse»

Det å tilpasse tilbudet til pårørende forteller informantene er viktig. Det kan være pårørende som ikke har sykdomsinnsikt, og ikke helt har forståelsen for hva en psykisk sykdom gjør med et annet menneske, og det er derfor viktig å kartlegge dette, gi informasjon og veiledning i forhold til hva som er ok å si og gjøre. En informant sier det slik:

«De kan mene at pasienten må ta seg sammen. Vi må gi utdypet informasjon og kunnskap om det pårørende er opptatt av og ikke bare generell informasjon».

To av informantene mener derimot at PEF ikke bestandig fungerer optimalt, og at dette har fått en unaturlig verdsettelse i forhold til at dette er dominerende innenfor pårørendearbeid, og det etterspørres også alternative metoder som kan benyttes ved pårørendesamarbeid. En av informantene sier det på denne måten: *«Vi har jo PEF, og dette er bra til en viss del, men sånn som det er i dag... så har det på et vis... så har dette blitt det enerådende verktøyet som skal brukes lissom»*. Det at man følger en metode i PEF kan oppleves som litt kunstig og gjøre noe med tryggheten til de som leder møtet, det snakkes også om en viss distansering i forhold til dette som kan gjøre at PEF oppfattes som mer en metode enn en samtale. Dette gjør at flere av informantene har erfaring med å benytte deler av PEF-metoden uten å starte pårørendearbeid helt, eller at dette blir satt i et ordentlig system. Sitatene nedenfor er hentet fra 3 ulike informanter:

«Jeg føler meg ikke helt trygg på alt innenfor PEF-formen... at man ikke har spillerom... det blir til at man tenker mer på formen enn hva de pårørende sier»

«...det kan være at man tenker at det skulle vært startet PEF... da må man kanskje ta et ansvar å starte med undervisning selv, og bruke deler av det dem trenger»

«Det er også tilfeller hvor jeg alene går inn og starter pårørendearbeid og benytter deler av PEF slik at de pårørende skal bli sett og hørt. Jeg tenker jo noen ganger over om dette er riktig eller ei, men tenker også at det er bedre at de får noe strukturert undervisning enn ingenting»

4.5.2 Å gi muligheten til pårørende til å snakke med noen

Informantene uttrykker viktigheten av å være åpen og lytte til de pårørende både når det gjelder tidligere erfaringer og hvordan de opplever innleggelsen. Det å fange opp pårørende som har opplevelser av å handle i uvitenhet og uten nødvendig kunnskap, og behjelpe disse til både å reparere denne opplevelsen og relasjonen til pasienten, ses på som viktige tiltak i pårørendearbeidet. Samtidig beskrives det som viktig å hjelpe de pårørende å håndtere situasjonen og gi informasjon til ulike pårørendeorganisasjoner de kan søke støtte fra utenfor sykehuset. Det å gi muligheten til å bli lyttet til ble oppfattet som noe verdifullt for de pårørende i en slik situasjon og en informant sier:

«Man må invitere til samarbeid, ikke invitere bare til å gi informasjon, men at vi ønsker å samarbeide med pårørende. Pårørende er veldig interessert i å bidra og samarbeide»

Informantene uttrykker også at pårørendesamtaler kan være verdifullt for de som helsepersonell da informasjon som ellers ikke ville vært tilgjengelig gjøres kjent og kan være viktig i forhold til anamnesen. Behovet til de pårørende kan variere mye, noe informantene ytrer bør kartlegges i forhold til de ulike behovene de pårørende har til pårørendesamarbeid og informasjon.

Informantene utalte at pårørende som tar kontakt og etterspør kontakt de får mer, mens de som ikke uttrykker at de trenger noe fort kan bli glemt. I de situasjoner som pårørende får kommet med bekymringer og tanker rundt innleggelsen, så sitter informantene igjen med et inntrykk av å ha fått til et godt samarbeid med de pårørende. Den ene informanten sier det slik:

«Jeg tenker det er viktig at vi først og fremst forstår at de pårørende er i en krise, og det å lytte til de erfaringene de har er viktig før jeg eventuelt kommer med råd. Jeg erfarer at det ofte kan være vanskelige relasjoner, og det å ta opp ulike temaer kan være vanskelig for alle parter»

Og fortsetter:

«Jeg opplever at hver gang jeg har hatt fokus på samarbeid med pårørende så har pasienten fått bedre behandling».

Det å invitere til samtale beskriver alle informantene som et viktig punkt i pårørendearbeidet, og noe som oppleves som viktig i forhold til det å jobbe forebyggende med pårørende slik at de ikke utvikler sine egne problemer. Informantene opplever det kan være utfordrende å møte mennesker i krise og det å møte ulike følelser kan være en belastning. Flere av informantene beskriver at disse spontane møtene man kan komme oppi med pårørende, noe som ofte er tilfellet, er det utfordrende. Det å klare å være til stede der og da, med god informasjon og føle at man gjør en god jobb kan være vanskelig. Det beskrives en forskjell på den planlagte og spontane pårørendesamtalen, og at den planlagte preges av forberedningstid og forutsigbarhet, mens den spontane beskrives som uforutsigbar og utfordrende. Flere uttrykker også at de kan komme borti pårørende, der de ikke er ivaretatt og hvor de ikke har hatt samtaler og hvor man da blir satt i en situasjon hvor man må ta den samtalen de skulle hatt for lenge siden. To informanter beskriver det slik:

«Det kan være at pårørende er på besøk, du er ikke primær, og har kanskje ikke helt oversikt over pasienten, men de har masse spørsmål. Da kunne man ønske at man kunne gitt noen bedre svar»

«I situasjoner der pårørende er fortvilet og etterspør samtaler, da gjelder det å høre på de pårørendes bekymringer samtidig som jeg fungerer som en container og tar imot de bekymringene og tankene rundt den som er innlagt fra de pårørende»

4.5.3 Når pårørende ikke kommer på besøk

Informantene beskriver at mange pårørende er veldig slitne, at det oppleves at de egentlig ønsker å ha litt fri og ikke forholde seg til problemene, når pasienten først er innlagt. De beskriver at mange synes det er flaut å ha et barn som er innlagt, da dette med psykisk helse er så tabulagt. Mange har rett og slett skyldfølelse og kan nok derfor oppleves litt avvisende. Det å bli tilbudt samtaler beskrives som opplevd å være viktig, samtidig ser informantene at mange av de pårørende ikke ønsker dette, da noen av informantene opplever at de pårørende trenger en pause. Et par av informantene sier det på denne måten:

«Jeg opplever også at pårørende egentlig ikke ønsker å komme på besøk fordi de nå kan slappe av da de vet at pasienten er i trygge omgivelser»

«Noen pårørende blir så slitne at de ikke har kraft til å klage. Noen av de pårørende har strukket seg svært langt og føler at de ikke har gjort nok. Når det er tabu at et familiemedlem er innlagt, når de har skyldfølelse, da velger de å holde seg unna for en periode».

I slike tilfeller er det viktig å invitere til samtale; Ikke slå seg til ro med at de er slitne og helst vil slippe. Det er viktig å stille spørsmålet: hvorfor kommer de ikke? Pårørende kan være slitne de også og dermed trekke seg unna og få støtte for egen del. Å snakke med pårørende gir også viktige opplysninger til anamnesen. Informantenes erfaring er jo at når pårørende er bekymret så er det en grunn til det, og den ene informantene presiserer: *«Det er bedre å stole på pårørende og ta feil enn å ikke stole på pårørende også ta feil»*

5.0 Drøfting av funn

Innenfor psykisk helsevern har det de siste årene vært en utvikling hvor tjenestene som tilbys er underlagt ulike retningslinjer og veiledere som skal bidra til at man arbeider etter kunnskapsbaserte metoder. Utviklingen de siste årene viser også at utdanningsnivået, da også de med relevant videreutdanning, har økt betydelig hos de som jobber innenfor psykisk helsevern samtidig som tjenestene som tilbys stadig preges av manglende helhet og sammenheng for mennesker som lider av alvorlig psykiske lidelser (Kalseth, 2015 s. 67-68). Kunnskapsbasert praksis (KBP) betyr at de faglige avgjørelser man gjør som helsepersonell er basert på forskningsbasert kunnskap og at man benytter seg av kunnskap fra tidligere erfaringer innen pårørendearbeid, samtidig som man tar med seg pasientens ønsker og behov inn i situasjonen rundt dette med pårørendesamtaler. Helsepersonell skal arbeide kunnskapsbasert, men samtidig ser man at det å omsette forskning og anbefalinger til praksis kan oppleves utfordrende (Røkholt, Davidsen, Johnsen & Hilli, 2017). Pårørende er gjerne den største ressursen og støtten i pasientens liv, de har god kjennskap til pasienten og har erfaringer med hva som kan bidra til å hjelpe og kan dermed være en ressurs også til helsepersonellet (Amundrød & Vatne, 2020; Weimand, Hedelin, Hall-Lord & Sällström, 2013; Helsedirektoratet, 2017). Videre viser studier at pasienter som mottar en kombinasjon av psykoedukasjon og medikamenter, i samarbeid med sin familie, har en markant reduksjon på tilbakefall og reinnleggelse (Nilsen, Kjønneøy & Smeby, 2009). I forskning gjort på helsepersonells erfaringer med KBP (Røkholt et. al., 2017), ser man gjerne at de organisatoriske forholdene er av betydning og må være til stede for at dette skal kunne lykkes, og at planlegging av arbeidet fra helsepersonells side er viktig, men også at støtte fra leder må være til stede. Dette mener jeg er en forutsetning for all implementering av kunnskapsbasert praksis - også pårørendearbeid, og mener overnevnte artikkel kan ses i lys av pårørendearbeid på bakgrunn av at dette samsvarer med pårørendearbeid som kunnskapsbasert, noe som er grundig beskrevet og dokumentert gjennom de siste 30 årene (Nilsen, Kjønneøy & Smeby, 2009).

5.1 Det systemiske rammeverket (systemiske determinanter)

Innenfor det systemiske rammeverket var blant annet taushetsplikt og hvordan allianse med pasienten kan påvirke informasjonsflyten funn som var interessante, samtidig viste min forskning at de politiske føringene i mange tilfeller kunne fungere som et valg, og ikke et krav til helsepersonellet. Dette gav da temaet utydelige politiske føringer og taushetsplikt kan være et hinder for pårørendearbeid, og er benyttet som en overskrift.

5.1.1 Utydelige politiske føringer og taushetsplikt kan være et hinder for pårørendearbeid

Mine funn viser til at taushetsplikten oppleves som vanskelig og kan være en hemmende faktor, både fordi alliansen til pasienten bør ivaretas, men også fordi reglene ikke oppleves tydelige nok i forhold til hva man kan og ikke kan si til de pårørende, og støttes i forskning av Landeweer, Molewijk, Hem og Pedersen (2017) som beskriver at både pasientens samtykke, men også taushetsplikten oppleves av helsepersonell som en barriere, også i de tilfeller hvor pasienten har gitt sitt samtykke. Forskning gjort av Weimand, Sällström, Hall-Lord & Hedelin (2013) viser at dette med allianse ikke er et nytt fenomen. I deres funn, beskrives hovedmålet til sykepleierne som deltok i undersøkelsen å opprettholde alliansen med pasienten fremfor å støtte pårørende, da denne alliansen ble beskrevet som hjørnesteinen til sykepleien og noe som lett kunne ødelegges dersom pasienten ikke ble satt først. I tillegg viser studier at helsepersonell benyttet taushetsplikten som en unnskyldning slik at denne ble en regel de kunne gjemme seg bak for å unngå kommunikasjon med pårørende (Marshall & Solomon, 2003; Weimand, 2013, s. 57). Min studie viser derimot at flere av informantene er opptatt av pårørendes rettigheter til opplysninger og at taushetsplikten ikke skal bli en plikt om å være taus, slik at dette kan indikere at taushetsplikten kan være veldig ulikt oppfattet. Dette med taushetsplikt kan dermed føre til mye frustrasjon hos flere parter; pårørende, pasient og helsepersonell. Dette blir også bekreftet av en informant som har vært i en lignende situasjon og forteller følgende:

*«..... hvor pårørende ringer og er bekymret for sitt barn fordi h*n har vært savnet et par døgn, og de lurer på om h*n er innlagt på sykehuset, og hvor det blir svart at det kan vi ikke si noe om på grunn av taushetsplikten..... »*

På den ene siden har vi helsepersonell som hevder at taushetsplikten og regelverket rundt dette hindrer dem i informasjonsdeling, og som også ifølge forskning er de mest negative til pårørendearbeid (Marshall & Solomon, 2003; Landeweer, Molewijk, Hem & Pedersen, 2017). På den andre siden har vi ansatte som har en restriktiv holdning til taushetsplikten og som glemmer at pårørendes historier kan være en ressurs, og at taushetsplikten ikke skal være til hinder for at de pårørende skal få mulighet til å dele sine historier og informasjon om pasienten til helsepersonellet (Ewertzon, Andershed, Svensson & Lutzén, 2010). Selv om studier viser at helsepersonell med negativ holdning til taushetsplikten tendenserer til å gjemme seg bak konfidensialitet som en barriere i kommunikasjon med pårørende (Marshall & Solomon, 2003), har ikke jeg fått frem slike funn, og ytterligere forskning vil være nødvendig får å undersøke dette forholdet. På den andre siden kan ifølge Marshall & Solomon (2003) helsepersonellens begrensede tolkning av konfidensialitet være et resultat av uformelle regler innad i avdelingene, da ønsket om å forenkle kompleksiteten i taushetspliktreglementet kan føre til at de psykiske helsearbeiderne kun understreker plikten til å

beskytte pasientinformasjonen og at forståelsen av konfidensialitet var assosiert med det uformelle regelverket. Dette tyder da på at informasjon og forståelse av taushetspliktens regler kan læres uformelt på jobben.

Flere informanter beskriver det som belastende når de møter pårørende med stort informasjonsbehov, men hvor pasientene ikke ønsker det skal utgis informasjon om dem, og da spesielt i saker hvor samtykkekompetansen var satt spørsmålsteget ved. Dette kan innenfor de psykiske helsetjenestene by på utfordringer, da de psykiske helseproblemene kan påvirke pasientens samtykkekompetanse og rasjonalitet samtidig som pasientene ofte kan både være ambivalente og ha ulik motivasjon for samtykket. At en pasient har samtykkekompetanse til å gi ut opplysninger, ses i sammenheng med om de er kapable til autonome handlinger og gi et informert samtykke (Pedersen & Nortvedt, 2017, s.88), og innenfor psykisk helsevern har man ofte hatt en holdning at pasienten er i behov av hjelp, og ute av stand til å ta avgjørelser rundt sitt eget liv, og dermed har mangel på samtykkekompetanse blitt et argument for legitimert paternalisme (Ibid, s. 109). På den andre siden viser forskning at pasienter ønsker at selvbestemmelsen begrenses i perioder hvor symptompresset er stort, og hvor helsepersonellet bør ta avgjørelser som kan ha betydning for deres liv (Pedersen & Nortvedt, s. 110). Disse forholdene kan vanskeliggjøre arbeidet med pårørende og krav som settes til helsepersonellet fra flere hold. Pedersen og Nortvedt (2017, s.113) beskriver det slik:

«En særlig utfordring i de psykiske helsetjenestene er å vurdere hvordan man på den ene siden kan gyldiggjøre og anerkjenne pasientens perspektiv og erfaringskompetanse samtidig som man balanserer dette mot at man i en psykisk krise ikke alltid klarer å ta gode beslutninger for å ivareta seg selv».

Å være alvorlig psykisk syk påvirker, pasientens evne til å tenke rasjonelt og den psykososiale funksjonen vil være svekket med tanke på å ta vare på egne behov (Nilsen, Kjønneøy & Smeby, 2009), samtidig vil noen psykiske lidelser påvirke pasientens evne til å vurdere hva som er virkelig, hvilke tankeprosesser og hvilke overbevisninger pasienten har om den ytre virkeligheten, og dermed ha en motvilje mot det å ta imot hjelp, noe som kan vanskeliggjøre samarbeid mellom pasient og pårørende. Det uttrykkes i studien at pasienter kan oppleves mistenksomme til hva som blir utgitt av informasjon om dem, spesielt i situasjoner hvor pasientene er svært syke. Informantene beskriver da at allianse med pasienten kan påvirke informasjonsflyten fordi helsepersonellet setter pasienten først og unnlater å informere pårørende om pasientens helsetilstand. På den ene siden ses det å være mistenksom i forhold til hva slags informasjon som utgis om en som helt normalt, og ses på som et av de symptomer som selve sykdommen utviser, som for eksempel ved psykoselidelser, men på den andre siden vil spørsmål om pasienten skjønner sitt eget beste komme opp som tema.

(Aarre, 2018b, s. 115-116; Haugsgjerd, 2018, s. 60-61). Erfaringsmessig ses ofte en motvilje om å involvere pårørende hos mange pasienter med psykiske lidelser. Dette samsvarer med flere studier (Sjöblom, Pejler & Aspelund, 2004; Weimand, 2013; Landeweer, Molewijk, Hem & Pedersen, 2017). Når dette inntreffer er det viktig at helsepersonell søker å forstå motivasjonen for denne motviljen, motivet for dette kan ligge i følelsen av merbelastningen som pasienten påfører de pårørende (Amundrød & Vatne, 2020), men også en skamfølelse over sin egen situasjon eller redsel av personvern hensyn, konflikter innad i familien og lav forventning av positive utfall (Landeweer, et.al, 2017).

Det å ha motet til å gå en «runde til» når pasienten ikke ønsker å involvere pårørende er viktig i pårørendearbeidet. Dette støttes av Fekjær (2018, s. 273) som beskriver at i de tilfeller hvor psykisk helsearbeider motiverer, påvirker og i noen tilfeller kanskje overtaler pasienten til samhandling med sine pårørende, vil pasienten bli lykkeligere, selv med et akseptert forhold enn uten. Dersom pasienten fastholder sin beslutning om at pårørendeinvolvering ikke er aktuelt, sier pårørendeveilederen utarbeidet av helsedirektoratet (2017) at pårørende skal få tilbud om generell informasjon. Dette er også stadfestet i helsepersonellovens § 23 (1999) hvor det presiseres at kan man gi opplysninger som er kjent hos de pårørende fra før, eller informasjon av generell art, uten at dette bryter taushetsplikten eller pasientens samtykke. Videre påpekes det av helsedirektoratet (2017) at dette med generell informasjon kan ses på som en veiledningsplikt tillagt helsepersonell, som er unnlatt taushetsplikten. Dette er utfordringer helsepersonell møter når samtykket til pårørendeinvolvering ikke er til stede, men pårørende allikevel har rett til informasjon, og forskning viser til at dette kan være en av hemmerne til at helsepersonell vegrer seg for å gi ut informasjon da grensene for hva som er konfidensielt kan være uklare (Landeweer, et.al, 2017). Det å da lytte til de pårørende, gi generell og kjent informasjon som gjelder pasienten er viktig. Samtidig må vi som helsepersonell være klar over at informasjon som tilkommer oss ved disse samtale om pasienten, kan tas imot og vil ikke være avhengig av pasientens samtykke (Amundrød & Vatne, 2020).

Det å se på pasienten i lys av en holistisk-eksistensiell tilnærming, hvor man etterstreber å forstå hele livssituasjonen til pasienten kan motvirke det individfokus som preger helsevesenet i dag og for å forstå pasientens utfordringer kan det være nødvendig å se pårørendearbeid utfra et systemisk perspektiv, hvor konteksten er større enn individet og involvere familie mer i behandlingen (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009, s.280). Det å vike unna familiearbeid på grunn av redsel for alliansen eller taushetsreglene kan være fristende, men nettopp det å involvere pårørende, som muligens er det siste nettverket pasienten har igjen, og behjelpe pasientens kommunikasjon og forståelse av familiens betydning anses som er viktig i forhold til pasientens bedringsarbeid. (Amundrød & Vatne, 2020). Samtidig viser at en god relasjon til pasienten ikke er nok, men at den

psykologiske hjelpen avhenger av at man kommer til en forståelse og allianse også med de pårørende (Vedeler, 2012). Vedeler (2012) hevder at det mellom pasient og helsepersonellet foregår en lukket tosomhet, som gjør at man kan gå glipp av en bedret forståelse av pasienten som flere stemmer kan gi og hevder videre at tilbakeholdenheten kan ligge i helsepersonellens frykt for å miste kontroll over situasjonen, noe jeg synes er et meget interessant perspektiv. For dersom dette stemmer kan man muligens koble dette til en prestasjonskultur innad i avdelingen i forhold til det mellommenneskelige holdningene kollegaer imellom i forhold til pårørendearbeid, og hadde vært interessant å forske videre på.

Det er et tydelig fokus på pårørende i sentrale offentlige dokumenter, hvor det påpekes at pårørende skal ha tilgang til informasjon, råd, veiledning og opplæring og at det skal legges til rette for at pårørende kan være talerør for pasientens ønsker og behov (Meld.St.nr.29, Meld.St.nr.26, Meld.St.nr.47). I januar 2017 kom pårørendeveilederen, en nasjonal veileder, som tar sikte på å styrke helsepersonellens arbeid med de pårørende (helsedirektoratet, 2017). Det fremkommer av funn i min studie at pårørendearbeid er fremhevet som viktig på papiret, men at mangel på ressurser og muligheten til å velge bort de politiske føringene gjør at de ikke bestandig følges. Noe av begrunnelsen for dette skriver Nylenna (2018) at kan henge sammen med at veiledere ofte er et overordnet dokument, som gir faglige og organisatoriske føringer på et nasjonalt nivå, at anbefalingene er generelle og at dokumentet ofte er omfattende. Veilederne er ikke rettslig bindende for helsepersonell, men bør være styrende for omsorgen. Ved å følge disse retningslinjene, som er forankret i spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 7-3), vil fagpersonell bidra til lovverkets krav om faglig forsvarlighet (Welle-Strand, 2015). Det undrer meg at noen av informantene opplyser at disse veilederne ikke blir fulgt, og dersom man ser på dette ut fra perspektivet om kunnskapsbasert praksis, som er hva vi innenfor helsesektoren etterstreber å arbeide etter, synes jeg dette kan være en skremmende utvikling. På den ene siden kan de nasjonale retningslinjene være et middel for endring i tjenestene, og det må først og fremst være et lederansvar å sørge for at disse blir benyttet inn i driften av tjenestene. På den andre siden er de helt ubrukelige dersom de ikke blir implementert inn i pårørendearbeidet. Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP) støtter opp om at pårørendeveilederen ikke er godt nok implementert i tjenestene, og at disse offentlige føringene ikke blir godt nok fulgt opp, og at man derfor er avhengig av den enkelte ildsjelen for at pårørendearbeid skal gjennomføres, og at systematikken rundt dette derfor ikke er god nok (Arneberg, 2019). Forskning viser at det kan være ulike sider ved kulturen innad i organisasjonen i forhold til om benyttelse av forskning, veiledere og retningslinjer er vellykket. Den ene er at det er et åpent miljø for benyttelse av forskningsartikler og veiledere blant personalet, den andre er i hvilken

grad miljøet stiller spørsmål ved praksis og det tredje at man har tid og ressurser til å sette seg inn i ny kunnskap (Røkholt, Davidsen, Johnsen & Hilli, 2017).

5.2 Det organisatoriske rammeverket (organisatoriske determinanter)

Innenfor det organisatoriske rammeverket viste funnene at følelser rundt tid, ressurser og strukturen ble sett på som mangelvare ved pårørendearbeid og at dokumentasjon av pårørendeinformasjon opplevdes av noen som et dilemma. Samtidig opplevde noen informanter det å ha en pådriverfunksjon og at pårørendearbeid gis lite oppmerksomhet og involvering fra ledelsen. Dette gav da temaet mangelfull forankring rundt tjenestene, og er benyttet som overskrift.

5.2.1 Mangelfull forankring rundt tjenestene

Tid er et av subtemaene informantene opplyser at er en mangelvare innenfor pårørendearbeid, sammen med ressursmangel og mangel på struktur. Dette samsvarer også med forskning hvor barrierer til pårørendearbeid ble adressert å gjelde tidsmangel, prioriteringsvansker og stor arbeidsbyrde som igjen førte til vansker med å oppdatere kunnskapen og kompetansen hos helsepersonellet (Landeweer, et.al, 2017). Et av dilemmaene Landeweer et.al. (2017) viser til kan være opplevelsen av liten støtte fra ledelsen i forhold til pårørendearbeid, og at det ofte er opp til hver enkelt å bedrive pårørendearbeidet, noe som støttes av mine informanter. Forskningen til Landeweer et. al. (2017) viser videre at en klar barriere for pårørendearbeid er at ledelsen i seg selv ikke oppleves støttende når det gjelder å legge til rette for dette arbeidet, og videre kan dette gi holdninger i personalgruppen i forhold til hvilken grad pårørendearbeid skal prioriteres, da vansker rundt det å organisere pårørendesamtaler samtidig som man møter andre krav og oppgaver rundt pasienten kan være krevende. Studier innenfor psykiske helsearbeid viser dessuten at samarbeidet ofte er tilfeldig og mangelfullt, og at initiativet til pårørendearbeid synes å ha en mer sammenheng med enkeltpersoner innad i personalet enn en systematisk tilnærming (Weimand, 2013). Synet på og forståelsen av de pårørende og pårørendearbeid generelt enes informantene om at kunne vært bedre, og det etterlyses at dette settes inn i avdelingens rutiner på lik linje med andre undersøkelser pasienten må igjennom under oppholdet. En av informantene tar til orde for at pårørendearbeid ikke har en økonomisk lønnsomhet, og blir dermed ikke prioritert. Dette bekreftes i et intervju med Weimand (Helmikstøl, 2014) hvor det hevdes en enighet både blant helsepersonell, pårørende og pasient rundt fenomenet at pårørende blir utelatt av helsetjenesten, og hun mener at det er systemårsaker som er grunnen til dette. En av grunnene ifølge Weimand er at man i spesialisthelsetjenesten blir målt etter produksjon, og at pårørende dermed ikke er iberegnet regnestykket. Samtidig undrer hun seg om dette i lenden er økonomisk når det gjelder de

økonomiske- men også menneskelige kostnadene. Videre påpekes at pårørendearbeid ikke kan være opp til enkeltpersoner og ildsjeler, men at dette må endres på system og ledernivå (Helmikstøl, 2014). Parallelt må forhold som turnusarbeid tas med i betraktning da det å bedrive pårørendearbeid fordrer at man har tid, og at dette med tilrettelegging av pårørendearbeid ikke nødvendigvis er prioritert inn hverdagen. Forskning viser nemlig at dette kan være en av grunnene til at pårørendearbeid blir satt til side av enkelte, da den stadige tilførselen av nye oppgaver tilkommer helsepersonellet, og at pårørendearbeid i mange tilfeller vanskelig lar seg kombinere med turnusarbeid (Blomqvist & Ziegert, 2011) Noen studier viser at den skandinaviske velferdsstaten har endret seg fra «vi skal ta vare på deg» til en «ta vare på deg selv» velferdsstat, og kan synes å se for seg en velferdsstat hvor mennesker med liten økonomisk trygghet må avhenge mer av sine pårørende enn de som har midler til å kjøpe seg tjenester (Jenhaug, 2018). Pårørende, dersom deres omsorgsarbeid skulle omregnes til årsverk ville disse stått for ca. 100.000 årsverk i helse- og omsorgssektoren, og trenden er økende, og man kan jo derfor undre seg om dette kan være noe av problematikken?

En utfordring som fremkom av studien i var dette med lokalitetsvansker. Det å ikke ha et egnet rom for pårørendesamtaler ble ansett som vanskelig da det var lite rom tilgjengelig, og rom som normalt var avsatt for disse samtalerne var gjerne tatt, enten av behandlere eller besøkende. Det å møte pårørende i gangen ble ikke sett på som optimalt, men en vanlig situasjon for flere av informantene, og kunne være et hinder for pårørendearbeidet. Samtidig viser funn fra min studie at mange av informantene brenner for pårørendearbeid og at de får til pårørendearbeid til tross for manglende støtte fra ledelsen, og mangel på lokaliteter. En av informantene mener det er en misforståelse at pårørendearbeid krever så mye ressurser for å lykkes, og at viktigheten ligger i det å møte pårørende med de midler man har, og dette blir støttet i forskning av Weimand, Sällström, Hall-Lord & Hedelin (2013) hvor helsepersonell beskriver viktigheten av å møte pårørende, til tross for liten tid og ressurser, ved å være vennlige, imøtekommende og lyttende når de møtte pårørende i avdelingen. Funnene fra min studie kan dermed forstås dithen at helsepersonell etterstreber å behjelpe pårørende med samtaler for å få en forståelse for de belastninger og utfordringer man møter når psykisk lidelse rammer familien, og at de gjør dette innenfor de rammer som er tilgjengelige.

Når det gjelder informantenes følelse av pådriverfunksjon ved pårørendearbeid, kan dette på den ene siden henge sammen med arbeidsmotivasjonen til den enkelte. Arbeidsmotivasjon er et begrep som Mastakaasa (2019, s. 307) benytter seg av for å beskrive de profesjonelles motivasjon i forhold til sitt arbeid og mener dette avhenger av de personlige egenskapene til den enkelte arbeidstaker og situasjonen individet befinner seg i eller en kombinasjon av disse. Samtidig trekker han inn ulike belønningssystemer som kan være med på å påvirke denne arbeidsmotivasjonen. Dette kan være

lønn hvor man etter den «tayloristiske antagelsen» etterstreber mest mulig utbytte med minst mulig ulempe, eller det kan være etter den «human-relation» antagelsen, hvor den sosiale relasjonen oppfattes som viktigst og påvirkes av arbeidsgruppen de befinner seg i, og dermed hvilken atferd som kollegaer og ledelsen utviser. Som tidligere nevnt er strukturelle og organisatoriske rammeverk nevnt som hemmer for pårørendearbeid, og helsepersonellet i min studie opplevde at nettopp disse rammeverkene var til hinder for pårørendearbeid, blant annet i forhold til alliansen med pasienten, taushetsprinsippene og mangelfulle rutiner. Weimand (2013) påpeker nettopp at organisatoriske- og personlige forhold samt ulik profesjonell erfaring kan være begrunnelsen for manglende implementering av pårørendearbeid i virksomheten og i min studie viser at det systematisk bedrives PEF (psykoedukativt familiearbeid) men at dette ikke er implementert hos alle medarbeidere. Min antagelse er da at dette kan være noe av grunnen til at informantene har en følelse av pådriverfunksjon, fordi ansvaret ikke er klart innarbeidet i forhold til hvem som sørger for oppstart av pårørendesamtaler og hvordan dette skal gjennomføres. Dette vil kunne føre til at arbeidsmotivasjonens belønningssystem muligens slå inn hos helsepersonell, og at de blir initiativtakere til pårørendearbeid. Dette forutsetter ifølge Mastekaasa (2019, s. 307) at helsepersonellet legger vekt på ulike belønninger og/eller belønningssystemer som arbeidet kan gi og at det foreligger situasjonelle faktorer som kan påvirke arbeidsmotivasjonen. På den andre siden kan man muligens se på de indre motivasjonen som helsepersonellet innehar. Om helsepersonellet finner pårørendearbeidet i seg selv positiv og tilfredsstillende, vil dette gi en indre motivasjon i forhold til en såkalt altruistisk belønning, ved at man føler seg til nytte for andre mennesker og da også til samfunnet generelt (Mastekaasa, 2019, s. 307). Dette presiserer Mastekaasa (2019, s. 307) at også må sees på som en ytre belønning, da det er konsekvensene arbeidet har for andre som gir tilfredsstillelse og ikke nødvendigvis arbeidet i seg selv. Derimot så kan man se at disse faktorene som nå er diskutert ikke er en fullstendig bevisst prosess for de involverte helsearbeidene. Det kan være at disse er influert av internalisering av de normene og reglene som finnes innad i helsetjenesten. Dette betyr at man handler i tråd med de forventninger som er i avdelingen når det gjelder pårørendearbeid, og at dette henger sammen med den sosiale identiteten til helsearbeideren og at en kombinasjon av personens ubevisste behov, verdier og mål også kan være av betydning (Mastekaasa, s. 308-309). Disse behovene kan ses i sammenheng med en mangelsituasjon som motiverer individet på bakgrunn av prosesser nært knyttet til menneskets fysiologi, og derav ikke nødvendigvis bevisst av individet selv. Derimot vil verdiene muligens være bevisste, da dette gjenspeiler hva individet anser som ettertraktelsesverdig, mens målene kan ligge på begge plan da en person som mener det er viktig med pårørendearbeid vil sørge for å ha en jobb hvor dette er mulig å bedrive.

Dokumentering av pårørendesamtaler, eller snarere en mangel på dokumentering av disse samtalene var et vesentlig funn i min forskning. Flere av informantene beskriver situasjoner hvor de bevisst unngår å dokumentere informasjon de får gjennom pårørende fordi pårørende ber om at informasjonen holdes konfidensiell. Dette støttes av Sjöblom et. al (2005) hvor funn viser at personale får tilgang til informasjon gjennom familien, som ikke ønskes skal videreføres til pasienten, og hvor dette fører til en lojalitetskonflikt mellom det å ha behov for informasjon fra familien og at man ikke kan få benyttet denne informasjonen de nå sitter på til noe nyttig. Informantene fra min forskning beskriver det samme, og en av begrunnelsene for manglende dokumentering oppgis være pasientens rettigheter for innsyn i pasientjournalen. Ross & Lin (2003) fant at pasienters journalinnsyn har liten effekt på dokumentasjonsmønstre, men samtidig at ansatte innenfor psykiatrien ble mer nøyaktige i sine nedtegnelser på bakgrunn av pasientinnsynet. I tillegg viste studien at flertallet av de ansatte unnlot dokumentering av intime detaljer i frykt for reprimander eller reaksjoner fra pasienter ved innsyn i journalen. Alt helsepersonell har dokumentasjonsplikt og skal således dokumentere informasjon som tilkommer personalet om blant annet symptomer, observasjoner, funn ved undersøkelser, diagnostiske overveielser og andre medisinske opplysninger og vurderinger (pasientjournalforskriften, 2019, §6), samtidig som det skal inneholde råd og informasjon som er gitt både til pasienten selv, men også pårørende (pasientjournalforskriften, 2019, §7). Pasientjournalen kan ses på som et arbeidsdokument for leger og annet helsepersonell i arbeidet med pasienten og skal bidra til forsvarlig arbeid samtidig som dokumentasjonen kan etterprøves i forbindelse med klagesaker. Dokumentasjonsplikten utløses ved «nødvendige og relevante» opplysninger og denne vurderingen skal være knyttet opp mot pasientens helsetilstand og behov for helsehjelp. Hva som dokumenteres er derimot en konkret vurdering av den enkelte helsearbeider (Duvaland, 2002; Førde & Pedersen, 2017, s. 265-266). Dette skriver Borg & Topor (2014, s.126) om denne vurderingen i forhold til definisjonsmakt:

«Fagfolks definisjonsmakt er omfattende, både når det gjelder det innholdsmessige i det som sies, og når det gjelder hva som skal gjøres. I helsevesenet er dette fremdeles den vanlige rollefordelingen. Det er de profesjonelle som «vet best» og tar avgjørelser. Noen mennesker som trenger hjelp, kan trives med det. Mange gjør det ikke».

Dette med dokumentasjon er stadig i endring, pasientjournaler har utviklet seg fra å være papirkrevet dokumentasjon, til elektronisk og nå det siste ved at pasienter nå kan lese journaldokumenter på minjournal.no nesten før pasienten er blitt informert om hva resultater av undersøkelser eller pågående diagnostiseringer (Slettedal & Fosmark, 2016), noe som også kan ses på som en maktutjevning i favør til pasienten. Dette setter også et ekstra press på helsepersonellet at det gjøres en etisk vurdering av det man setter inn i journalen som nødvendig informasjon (Førde

& Pedersen, 2017, s. 265). Man kan dermed undre seg om det som nå blir nedskrevet i journal vil bli endret i lys av at pasienter vil få tilgang til denne informasjonen relativt enkelt? Slettedal og Fosmark (2016) frykter at visse typer opplysninger vil bli utelatt, og at potensielt viktig informasjon vedrørende pasienten ikke vil dokumenteres grunnet frykt for å skape uro eller harme hos pasienten og at helsepersonell, i streben etter perfekte journaler, derfor selvsensurer sine opplysninger når det gjelder kliniske refleksjoner eller tvil de må ha i forhold til pasienten. Flere undersøkelser (Ross & Lin, 2003; Slettedal & Fosmark, 2016; Sørensen, 2019) viser at konsekvensen av manglende eller ufullstendig dokumentasjon kan føre til at noe viktig utelates, at behandlingen dermed ikke blir optimalisert og at behandlingen blir mangelfull. Samtidig kan manglende informasjon ødelegge pasientens mulighet til rask og god behandling senere (Førde & Pedersen, 2017, s. 266). Det viktige i den situasjonen er at vi som helsepersonell har gode kunnskaper om de rettigheter som både pasient og pårørende har og at vi er modige og ta kollegiale diskusjoner rundt dette med dokumentering og den type omvendt personvern som foregår når vi velger å tie om pårørendes beretninger og informasjon om pasienten i journalføringen. Faren med å ikke gjøre dette, og la informasjonen gå muntlig mellom kolleger, er at verdifull informasjon kan endres underveis, og at informasjon går tapt fra ledd til ledd slik at feildokumentasjon også kan være resultatet (Slettedal & Fosmark, 2016).

5.3 Det relasjonelle rammeverket

Funn innen det relasjonelle rammeverket viser at informantene har ulik erfaring og syn på dette med pårørendearbeid, men at psykoedukativt familiearbeid (PEF) gir bedre behandling og at det er viktig å gi pårørende muligheten til å snakke ut. Flere opplever videre slitne pårørende som resulterer i at mange velger å ikke komme på besøk mens pasienten er innlagt i psykisk helsevern. Dette gav da temaet pårørendearbeid gir bedre behandling, og er benyttet som overskrift.

5.3.1 Pårørendearbeid gir bedre behandling

Studiens funn viser at det er viktig å ha forståelse for at prognosen til pasienten bedres dersom man har et godt pårørendearbeid og at samarbeid med de pårørende under innleggelsen kan føre til at man får verdifull informasjon om pasientens sykdomshistorie og ikke minst kan dette forebygge at pårørende selv blir syke. Dersom helsepersonell velger å se bort fra denne sammenhengen av relasjonen som pasient og pårørende har til hverandre, vil de miste en unik mulighet til å ta del i familiens historie hvor man får innhentet informasjon som ellers vil gå tapt. Funn i studien viser at pasienter kan være ambivalente til å involvere pårørende, og at noen har valgt å skyve sine nærmeste bort. Dette bekreftes i Sjöblom et.al, (2005) at er en vanlig forsvarsmekanisme, og henger sammen med at de ikke ønsker å øke byrden til sine nærmeste. Weimand (2013) beskriver at

pårørendes situasjon er sterkt koplet til den syke, og at opplevelsen av byrde hos pårørende, spesielt er høy hos de som har nærmest relasjon til pasienten. Videre beskrives en negativ påvirkning på både fritidsaktiviteter og sosiale relasjoner hos pårørende, og at de dermed er i behov av støtte blant helsepersonell når deres kjære er innlagt. Gjennom Studier viser at tilbakefall for pasienter med alvorlig psykisk lidelse kan reduseres betraktelig gjennom pårørendearbeid, og at tilbakefallstallet er halvert etter endt behandling når psykoedukativt familiearbeid gjennomføres (Yesufu-Udechuku, Harrison, Mayo-Wilson, Young, Woodhams, Shiers, Kuipers & Kendall, 2015). Dette står dermed i sterk kontrast til erfaringen av benyttelse av pårørendearbeid av informanter i min studie.

Min studie viser at flere av informantene har fått opplæring i PEF, og at dette skal være det ledende innen pårørendearbeid. På den ene siden vil dette oppleves som positivt, da de kan tilby undervisning og samtaler til pårørende og pasienten og benytte denne behandlingsformen som et hjelpemiddel til å få hele familien til å samarbeide. Dette vil som en av informantene påpeker kunne gi erfaringer som: *«Har erfaringer med å ha møtt pårørende som har blitt møtt på en slik måte at de har nærmest gitt opp håpet, og blitt invitert til samarbeid, en gruppe, og som en far sa; dette burde jeg hatt for mange år siden, da hadde kanskje ikke min sønn hatt så mange år med lidelse»*. På den andre siden kan dette med pårørendearbeid ifølge mine informanter bli et stress moment, da PEF oppleves som et enerådende verktøy, og som på grunn av sin rigide metodikk kan oppleves som kunstig både for pårørende og helsepersonellet. Funn viser derfor at helsepersonell velger å benytte seg av deler av PEF uten å sette dette i system, og dermed bryte med den generelle normen på avdelingen. Det at helsepersonell har en stor handlefrihet i sitt arbeid, samtidig som de kan bli påvirket av kollegaer og pårørendekontakten medfører at de, fra et ledersperspektiv, blir vanskeligere å kontrollere enn andre ansatte (Svensson, 2019, s.132). Kontrollen skjer gjerne gjennom de normer og forventninger som finnes i avdelingen, og dersom disse er todelt som mine funn viser, vil dette kunne resultere i et tilbakevendende dilemma hvor det på den ene siden preges av et følelsesmessig engasjement som på den andre skal balanseres mot formaliteter og distanse (Svensson, 2019, s.132). Helsepersonell som hjelpere etablerer og avslutter ulike relasjoner til mennesker i sitt arbeidsliv, og hver relasjon er unik og går igjennom fire ulike faser. Dette er uavhengig om det er pasienter eller pårørende det er snakk om, og fasene består *av den empatiske tilknytningsfasen, aktive involveringsfasen, separasjonsfasen og restitusjonsfasen*. Disse er relativt selvforklarende, og kan oppleves som spennende i arbeidet med andre mennesker. Samtidig vil dette avhenge av hvor investert helsepersonellet er, og om restitusjon er mulig mellom hvert nytt inntil møte. Helsepersonell kan dermed også bli mett på menneskelig kontakt og kjenne på en uvilje mot å danne nye relasjoner (Håvik & Toven, 2021, s. 26), noe som kan gå utover motivasjonen og viljen til å starte pårørendearbeid.

Funn fra studien viser at samtlige informanter ser viktigheten av å ha god kommunikasjon og lytte til de pårørende både når det gjelder tidligere erfaringer, men også innleggelsen. Dette oppfattes som en god arena for å fange opp hvilke behov pårørende har i forhold til informasjon og støtte av helsepersonellet. Det å forstå at pårørende kan være i krise oppleves som viktig, og at man lar pårørende få snakke ut, og at helsepersonell da fungerer som en «container» som tar imot de bekymringer og frustrasjoner som de er i behov av å dele med seg. Forskning viser forutsetninger for pårørendesamarbeid er konstruktiv kommunikasjon mellom partene og at helsepersonellet anerkjenner pårørende som individuelle og tydelige mennesker (Weimand, 2013). Videre støttes dette i forskning; at det å bygge tillitsfulle relasjoner, ha god kommunikasjon og relasjonskompetanse samt «romme» pårørendes sterke følelsesmessige engasjement er viktige egenskaper som helsepersonell må inneha (Hansen & Sommerseth, 2014). Samtidig kommer det frem i min studie at vansker rundt dette å klare å være til stede, gi god informasjon og føle at man gjør en god jobb kan være utfordrende i en hektisk hverdag, noe som også forskning viser kan være vanskelig da det å holde fokus på pårørende samtidig som pasienten skal ivaretas kan være en vanskelig oppgave å få til i løpet av arbeidshverdagen som er fylt med ulike krav som tid, personalmangel samt en knapphet av rutiner (Weimand, et.al, 2013).

Det å få informasjon, bli møtt med respekt og gjensidighet, vennlighet, omtanke og interesse i sammenheng pårørenderollen omfatter pårørendes ønsker i en studie foretatt av Hanssen & Sommerseth (2014) samtidig opplevde mange av pårørende at helsepersonell overså situasjonen til de pårørende og at fokuset på pårørendesamtaler kun handler om pasienten og ikke tar hensyn til de utfordringer som pårørende sitter med i relasjonen til pasienten. Dette vil etter min mening kanskje være en av konsekvensene av at pårørendearbeid gjøres delvis og ikke helt, noe som støttes av forskning på området hvor funn viser at det legges stor vekt på struktur og planlegging rundt pårørendeinvolvering for at dette skal være hensiktsmessig (Hanssen & Sommerseth, 2014; Ewertzon, Andershed, Svensson & Lützén, 2011). Det kommer også frem fra informantene at uformelle møter både kan være viktige for å ivareta pårørende, men på samme tid, kan det være utfordrende da disse uformelle møtene gjerne foregår steder hvor det er vanskelig å snakke fritt. Dette er også gjerne møter som foregår i situasjoner hvor pårørende er i hentesituasjoner, eller har vært på besøk, og møtene gjennomføres ofte i tidspunkter rundt helger eller kvelder hvor normal møtevirksomhet ikke berammes. Tidligere studier viser at familiekontakt med pårørende ofte foregår spontant, og at pårørendesamtalene derfor ofte foregår når familiemedlemmer er på besøk eller over telefon (Blomqvist & Ziegert, 2011). Samtidig belyser Sjöblom et al. (2005) at disse samtalene ofte er initiert av pårørende. Dette indikerer at pårørendearbeid kan være vanskelig å beramme, noe som helsepersonellet i min studie bekrefter. Videre beskrives store forskjeller mellom den planlagte

og de spontane samtalene, og at noen av mine informanter foretrekker de planlagte. Dette tenker jeg kan henge sammen med tidligere erfaringer med pårønderarbeid og det faglige skjønnnet til helsepersonellet som bygger på personellens evne til å benytte sin kunnskap i samspill med pårørende og oppfatte og fortolke både egne og andres følelsesmessige reaksjoner utfra tidligere erfaringer (Førde, Nortvedt, Pedersen & Hem, 2017, s. 45). Klinisk erfaring vil her gjøre seg gjeldene, og det erfarne helsepersonellet vil være trygg i sin rolle og ikke være i behov av å rigid følge den oppskriften PEF representerer, slik den uerfarne er i behov av. PEF er bygd opp på en slik måte at alle medarbeidere som har fått opplæring i denne metoden følger samme mal. Dette er fordi at de pårørende skal kunne få lik behandling med forutsigbarhet og en strukturert form, uansett hvor dette blir tilbudt, men også fordi helsepersonell som benytter seg av dette som metode, skal kunne føle seg trygg i samhandling med de pårørende. På den ene siden viser mine funn at denne metoden kan føles usikker, påtvungen og kunstig og vil da muligens representere de uerfarne innenfor pårønderarbeid. På den andre siden, så kan helsepersonellens lange erfaring og trygghet i sin rolle inn i pårønderarbeid, føre til at de vet når de skal og ikke skal følge metoden. Dette fordi de observerer og registrerer trekk hos denne familien som krever et annet fokus enn hva PEF-metoden tilsier, og benytter dermed bare deler av metoden inn i pårørendesamarbeidet (Førde, et al. 2017, s. 45). Samtidig som tidligere studier, i samsvar med mine funn, viser at helsepersonells syn på pårønderarbeid varierer og at familien ikke bestandig vil prioriteres inn i konteksten rundt dette med pårønderarbeid (Blomqvist & Ziegert, 2011). Forskning viser at pårørende i mange tilfeller opplever en maktesløshet i møtet med helsepersonellet i psykisk helsevern, og dette beskriver Weimand et. al (2013) som en svakhet. Helsepersonellet er forpliktet til å ivareta pasientene og spørsmålet som da kan gjøres gjeldene om dette ansvaret bør involvere de pårørende, slik at helsehjelpen går fra det individuelle til å gjelde hele familien (Weimand, et.al. 2013).

Et fremhevet funn innen det relasjonelle rammeverket er at pårørende beskrives slitne og at de ikke ønsker å involvere seg når pasienten er innlagt på sykehuset. Funnet kan oppfattes som en bekreftelse av at det er slitsomt å være pårørende, og at når sykdommen rammer familien, kan dette ha noen konsekvenser og utfordringer som nå kommer tydelig frem. Dette bekreftes i studien til Weimand (2013) som beskriver at «pårørendes liv var sammenvevd med livet til den i familien med en alvorlig psykisk lidelse» og at de hadde en høyere opplevd byrde og dårligere helse enn den øvrige norske befolkningen, samtidig som mange var utslitt. En annen studie peker på at familiemedlemmer kan være utslitt etter lang tid med store byrder, og at veien frem mot det å få hjelp har vært strevsom. Når de endelig får hjelp, resulterer dette i at de kommer i et vakum og kan bli handlingslammet (Sjöblom, Pejler & Asplund, 2004). På en annen side kan innleggelsen gjøre at pårørende som har hatt store omsorgsoppgaver utvikler en mistillit til personalet og dermed får mer

opplevelse av byrde da de ikke klarer å la helsevesenet overta ansvaret (ibid, 2004). Videre påpekes i studier at pårørende er i behov av støtte og at denne støtten bør gis og utarbeides individuelt for hver familie (Weimand, 2013, s.53; Sjöblom, Pejler & Asplund, 2004). Helsepersonell vet at tilpassing og håndtering av sykdom er en prosess som avhenger av ulike prosesser underveis, og en individuell tilpassing vil derfor være nødvendig (Böckmann & Kjellebold, 2015, s.139). Det skal derfor vises aksept for at de pårørende trenger en pause, og at helsepersonellet er støttende til de pårørende ved å kommunisere at vi nå overtar ansvaret for pasienten. Dette bekreftes i min studie, men også i en studie av Sjöblom, Pejler & Asplund (2004), hvor byrden før innleggelse har vært så høy, at når pasienten innlegges, vil dette føre til at de pårørende er i behov av en pause, samtidig som noen pårørende kan oppleve en avflatet reaksjon fordi de i lang tid har ventet på å få hjelp. En informant i min studie beskriver dette slik: *«Mange er slitne, de trenger distanse, og at de da får tilbud om at de kan ringe og ta kontakt dersom det er noe de er usikre på er viktig»*. Samtidig skal vi i personellgruppen være oppmerksom på at hyppige telefonsamtaler kan bidra til at pårørendes utslitthet, da dette kan føre til overinvolvering og liten mulighet til å leve sitt eget liv. På den andre siden kan mangelen på telefonisk kontakt oppleves til økende bekymring hos de pårørende (Weimand, 2013, s. 53). Dette kan ha en sammenheng med at de pårørende har vansker med å slippe på den kontrollen og at de har vansker med å overlate ansvaret for den syke til helsevesenet (Sjöblom, Pejler & Asplund, 2004). I forhold til funn i min studie og de funn som er presentert her, vil helsepersonell være i behov av å finne en balanse i forhold til de pårørende og pårørendesamarbeid, samtidig som det er viktig at vi som helsepersonell formidler håp til både pasient og de pårørende. Sælør og Biong (2017) beskriver at de i sin kliniske erfaring har erfaring med at pårørende har behov for støtte på egne vegne, men også i forhold til dette å opprettholde håpet. Dette med håp anses igjen som så viktig at dette ikke automatisk kan overlates til den enkelte, men at dette er et ansvar som tilhører fellesskapet som for eksempel inn i pårørendearbeidet. Det snakkes da om det rimelige håpet som er rasjonelt og knyttes opp mot de handlinger som kan gjøres i dette arbeidet og ikke mot ønsker eller drømmer som partene måtte inneha (Sælør & Biong, 2017). På den ene siden kan vi gjennom kommunikasjon og samhandling med pårørende og pasient gi håp når vi bedriver pårørendearbeid, spesielt dersom vi klarer å formidle rimelig håp hvor til tross for at fremtiden kan se åpen og usikker ut, har den med seg noen elementer av påvirkelighet. På den andre siden vil det ikke være alle relasjoner som støtter eller bidrar til håp og måloppnåelsen kan hos pasienten og pårørende være usikker og ha elementer av motsetninger i seg, slik at håpet kan også romme tvil, motsetninger og dyp fortvilelse. For at pårørende skal ha opplevelsen av håp, har fravær av skyldfølelse en sentral rolle. Det å støtte de pårørende når de er i krise, og redusere skyldfølelse vil måtte være en av de kommunikative oppgavene som adresseres. Det å rettferdiggjøre pårørendes behov for pause og at hjelpeapparatet overtar ansvaret de følger på og identifisere de hverdagslige

målene til pårørende kan være en tilnærming til de pårørende som kan bidra til å skape mening og forståelse for de opplevelser og følelser de sitter med (Sælør & Biong, 2017). Hvordan pårørende påvirkes av de psykiske helseproblemene til et familiemedlem er nødvendig for helsepersonell å både ha fokus på men også ta hensyn til ved en innleggelse (Sjöblom et.al, 2004; Weimand, 2013; Sælør & Biong, 2017).

6.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg sett på hvilke erfaringer helsepersonell har med pårørendearbeid i psykisk helsevern og hva som eventuelt fremmer og hemmer pårørendearbeidet. Min forskning indikerer at helsepersonell muligens er i behov av mer kunnskap og trygghet rundt taushetspliktsreglene, dokumentasjonspliktsreglene og fordelene med pårørendearbeid, samtidig som at ledelsen må være en av pådriverne og tilretteleggerne dersom pårørendearbeid skal bli prioritert slik intensjonen er fra myndighetene. Mine funn viser at det er flere hemmere enn fremmere for pårørendearbeid. Det fremste fremmende funnet for pårørendearbeid er at helsepersonell ser pasientens bedringspotensiale og at psykoedukasjon er et ledd i bedret pasientbehandling. Informasjon de får av pårørende som ellers ikke ville bli kjent, og at man får en større forståelse for pasientens livsverden, er også fremmere som er fremhevet. At pårørendearbeid er dårlig forankret i ledelsen, at tid ikke er avsatt, at pårørende ikke ønsker involvering og at det ofte er opp til hver enkelt medarbeider å starte pårørendearbeid beskrives som hemmere for pårørendearbeidet. Samtidig nevnes også taushetsplikten og regelverket rundt dette som en hemmer for mange av mine informanter, da dette oppleves som vanskelig og uoversiktlig, og at dokumentasjonsplikten i visse tilfeller unnlates.

Pårørendearbeid kan ligge innenfor noen etiske gråsoner. Hvis vi tar for oss taushetsplikten, kan opplysninger gis dersom et samtykke er gitt, og opphever kun taushetsplikten så langt samtykket rekker. Samtykket må være gyldig og informert, noe som avhenger av at pasienten forstår hva h* n samtykker til, og hvilke konsekvenser som eventuelt følger dette samtykket. Dette er det helsepersonellet som skal ta stilling til. Altså skal helsepersonellet selvstendig vurdere dette på lik linje som at de skal vurdere hva som skal dokumenteres (Pedersen & Aarre, 2017). HER tenker jeg litt av problematikken kan utspille seg. Det er helsepersonells ansvar og vurdering som skal ligge til grunn i forhold til disse to kravene, og jeg undrer meg derfor om dette kan være litt for vagt slik at helsepersonellet da i frykt for å overtrampe sitt ansvar velger å «play it safe» og at de da velger enten å unnlate informasjon til pårørende, eller velger å unnlate ting i dokumentasjonen som kan være etterrettelig på et senere tidspunkt. En annen tanke er at vi som helsepersonell må tenke på at pårørendearbeid er viktig, men også kompleks og utfordrende, og ofte er de pårørende en viktig ressurs inn i livet til pasienten; men ikke alltid. Pårørende og pasienten kan ha ulike mål og interesser, og i enkelte tilfeller kan også pårørende være direkte skadelig for pasienten, og det er derfor viktig at vi kartlegger dette før vi iverksetter eventuelle tiltak innenfor pårørendearbeidet. Pårørendearbeid og synet på hva som er godt samarbeid med de pårørende og hva som kan være hemmende og fremmende i denne relasjonen varierer fra situasjon til situasjon og utgjør derfor en

etisk utfordring og mulig barriere for dette med pårønderarbeid (Pedersen & Weimand, 2017 s. 180).

Avslutningsvis ønsker jeg å påpeke at dette feltet inneholder mange utfordringer. De klare forventningene fra staten i forhold til føringer av hvordan vi skal forholde oss til pårørende, samtidig som tilretteleggingen av dette arbeidet ikke er optimalt innad i avdelingene kan bidra til å vanskeliggjøre pårønderarbeidet i stor grad. Å anerkjenne pårønderesamarbeidet som en del av behandlingen må i større grad enn hva som er dagens tilfelle integreres i de ulike avdelingene innenfor psykisk helsetjenester, og må forankres og frontes fra ledelsens side dersom dette skal bli vellykket. Behovet for kunnskap er stadig økende og det er behov for at dette settes i et system, slik at mulighetene for involvering av pårørende er kjent for alle parter.

Litteratur

- Aarre, T.F. (2018b). Psykoselidelser. I T.F. Aarre & A.A. Dahl (red.). *Praktisk psykiatri*. (s.115-138). Bergen: Fagbokforlaget
- Amundrød, E.W. & Vatne, M. (2020). Involvering av pårørende til pasienter med rusavhengighet – med relasjonen til pasienten som utgangspunkt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Volum 17, nr.2-3. s. 118-128. https://www-idunn-no.ezproxy.oslomet.no/file/pdf/67230310/involvering_av_paarørende_til_pasienter_med_rusavhengighet.pdf
- Arneberg, L.B. (2019). Pårørendedagen: – vi er fortsatt avhengig av den enkelte ildsjel. *Erfaringskompetanse. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*. Hentet fra: <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/paerorendedagen-vi-er-fortsatt-avhengig-av-den-enkelte-ildsjel/>
- Blomqvist, M. & Ziegert, K. (2011). 'Family in the waiting room': A Swedish study of nurses' conceptions of family participation in acute psychiatric inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing* 20, p. 185 – 194. Hentet fra: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.oslomet.no/doi/pdfdirect/10.1111/j.1447-0349.2010.00714.x>
- Borg, M. & Topor. A. (2014). Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bøckmann K. & Kjellevoid, A. (2015). Pårørende i helse- og omsorgstjenesten. En klinisk og juridisk innføring. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dahl, A.A. (2018). Psykoterapi med fokus på primærhelsetjenesten. I T.F. Aarre & Dahl, A.A. (red.). *Praktisk psykiatri*. (s.437-460). Bergen: Fagbokforlaget
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal
- Datatilsynet (2020). Samtykke. Hentet 27.03.2020 fra: <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/virksomhetenes-plikter/behandlingsgrunnlag/veileder-om-behandlingsgrunnlag/samtykke/>
- Del Busso, L. (2018). Å bli en etisk forsker. I G.Brottveit (red.). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder – om å arbeide forskningsrelatert*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Duvaland, L. (2002). Dokumentasjonsplikten for helsepersonell. *Tidsskriftet den Norske Lægeforening nr.21*, 2002; 122. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2002/09/rett-og-urett/dokumentasjonsplikten-helsepersonell>
- Ebdруб, N. (2012). Hva er hermeneutikk. *Forskning.no*. Hentet bilde "den hermeneutisk spiral" 4. mars. 2020 kl. 15.51 fra: <https://forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732>
- Eide & Eide (2018). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Evensen, G.H. (2017). Psykoedukasjon i familiegrupper gir effekt og anbefales. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Hentet fra: <https://www.napha.no/content/14498/psykoedukasjon-i-familiegrupper-gir-effekt-og-anbefales>

- Ewertzon, M., Andershed B., Svensson, E., Lützn, K. (2011). Family members expectation of the psychiatric healthcare professionals' approach towards them. *Journal of mental health Nursing*, 2011:18 s. 146-157. Hentet fra: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.oslomet.no/doi/pdfdirect/10.1111/j.1365-2850.2010.01647.x>
- Fejær, H.O. (2018). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Fossheim, H.J. (2014). Kronikk. Når kan forskning skje uten samtykke? De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 27.03.2020 fra: <https://www.etikkom.no/Aktuelt/nyheter/2014/Kronikk-Nar-kan-forskning-skje-uten-samtykke/>
- Førde, R. Nortvedt, P. Pedersen, R. & Hem M.H. (2017). Skjønn, usikkerhet og ydmykhet i psykiske helsetjenester. I R. Pedersen & P. Nortvedt. *Etikk i psykiske helsetjenester*. (s.41-53). Oslo: Gyldendal akademisk
- Førde, R. & Pedersen, R. (2017). Etske dilemmaer knyttet til taushetsplikt. I R. Pedersen & P. Nortvedt (red.). *Etikk i psykiske helsetjenester*. (257-290). Oslo: Gyldendal akademisk
- Gilje, N., og Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hanssen, H., Sommerseth, R. (2014). Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten, *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*, nr.2-2014 s. 62-75. Hentet fra: <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3323/3196>
- Grimen, H. (2019). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L.I. Terum (red.). *Profesjonsstudier*. (s. 71-87). Oslo: Universitetsforlaget
- Haavik, M. & Toven, S. (2021). *Ivaretagelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugsgjerd, S. (2018). *Å møte psykisk smerte. Erfaringer og refleksjoner fra behandlingsrommet*. Oslo: Gyldendal
- Haugsgjerd, S., Jensen, P. Karlsson, B. & Løkke, J.A. (2009). Perspektiver på psykisk lidelse. – Å forså, beskrive og behandle. Oslo: Gyldendal
- Heggheim, T. & Solhaug, A.Ø. (2004). Taus kunnskap og ekspertmakt. *Beta 01/2004* (Volum 18). Hentet fra: https://www-idunn-no.ezproxy.oslomet.no/beta/2004/01/research_note_taus_kunnskap_og_ekspertmakt_1
- Heidegger, M. (2007). *Væren og tid*. Oslo: Pax forlag
- Helmikstøl, Ø. (2014). Pårørende blir ekskludert. Pårørende omtales som en ressurs når de kan være til hjelp i helsevesenet. Ellers er de hår i suppa. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 6, 2014*, s. 470-474. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/intervju/2014/06/parorende-blir-ekskludert?redirected=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9c9cb7/omsorg_2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>

Helsedirektoratet (2019). *Sammen med bruker, pasient og pårørende. Omsorg 2020 – Årsrapport 2018*. Hentet 27.03.2020 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport/sammen-med-bruker-pasient-og-parorende>

Helsedirektoratet (2018). Pårørendes rettigheter. En oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak. IS-2146. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/brosjurer/parorendes-rettigheter-en-oversikt-for-helsepersonell-i-den-psykiske-helsetjenesten-og-rustiltak>

Helsedirektoratet (2017). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten – Pårørendeveilederen. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

Helsedirektoratet (2013). Psykoselidelser. Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. IS-1957. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Jacobsen, D. I (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget

Jenhaug, L.M. (2018). Myndighetenes forventninger til pårørende som samprodusenter i omsorgstjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*. Årgang 21, nr. 1-2018. s. 39-58. Hentet fra: https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2018/01/myndighetenes_forventninger_til_paarørende_som_samprodusente

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Kaakinen, J.R, Coehlo, D.P. Steele, R. & Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing. Theory, practice, and reasearch. Sixth edition*. Philadelphia: Davis Company.

Kalseth, B. (red). (2015). Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Rapport IS-2314. Oslo: Helsedirektoratet

Krogh, T. (2015). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvarnström, S. (2012). Samarbeid og læring i det tverrprofesjonelle teamet. I E. Willumsen (Red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. (s. 88-103). Oslo: Universitetsforlaget

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landeweer, E., Molewijk, B., Hem, M.H. & Pedersen, R. Wolds apart? A scoping review addressing different stakeholder perspectives on barriers to family involvement in the care for persons with severe mental illness. *BMC Health Services Research* 17:349. Hentet fra:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2213-4>

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid. Det landskapet vi lever i*. Oslo: Universitetsforlaget

Lundberg, K. & Sataøen, H.L. (2016). Kvalitativ sykepleieforskning: En studie av refleksjoner om forskerens situering. *Klinisk sykepleje 04/2016 (Volum 30)*, s. 255 – 267. Hentet fra: https://www-idunn-no.ezproxy.oslomet.no/klinisk_sykepleje/2016/04/kvalitativ_sykepleieforskning_enstudie_av_refleksjoner_om

Lægreid, S. & Skorgen, T. (2006). *Hermeneutikk – en innføring*. Oslo: Spartacus Forlag.

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget

Marshall, T. & Solomon, P. (2003). Profesjonals' Responsibilities in Releasing Information to Families of Adults With Mental Illness. *Psychiatric services - psychiatryonline*. Vol 54, no.12 pp. 1622-1628.

Hentet fra: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.54.12.1622>

Mastekaasa, A. (2019). Profesjon og motivasjon. I A. Molander & L.I. Terum (red.). *Profesjonsstudier*. (s.306 – 320). Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St. Nr. 47. (2008 – 2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Meld. St. Nr. 29. (2012 – 2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Meld. St. Nr. 26. (2014 – 2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Molven, O. (2017). Rettigheter og plikter som pårørende i kommunale helsetjenester. I S. Tønnesen & B. L.L.Kassah (red.). *Pårørende i kommunale helse og omsorgstjenester. Forpliktelser og ansvar i et utydelig landskap*. (s.28-51). Oslo: Gyldendal Akademisk

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus. 6 utgave*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Måseide, P. (2019). Profesjonar I interaksjonsteoretisk perspektiv. I A. Molander & L.I. Terum (red.). *Profesjonsstudier*. (s. 367-385). Oslo: Universitetsforlaget

Napha (2012). *Ni suksesshistorier – Samhandling om psykisk helse*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.

Nilsen, L., Kjønnøy, K. & Smeby, N.A. (2009). Psykoedukative flerfamiliegrupper for personer med ulike psykoseproblematikk. *Vård i Norden 2/2009.no.92 vol 29*, pp 4-8. Hentet fra: <https://journals-sagepub-com.ezproxy.oslomet.no/doi/pdf/10.1177/010740830902900202>

Norvoll, R. (red.). (2013). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Norvoll, R., Hem, M.H., & Lindemann, H. (2018). Family Members' Existential and Moral Dilemmas With Coercion in Mental Healthcare. *Qualitative Health Research* 2018, Vol. 28(6) 900–915. Hentet 16.02.2020 fra: <https://journals-sagepub-com.ezproxy.hioa.no/doi/pdf/10.1177/1049732317750120>

Nylenna, M. (2018). Veileder, retningslinje, prosedyre. Tidsskriftet den norske legeforsking. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2018/01/sprakspalten/veileder-retningslinje-prosedyre>

Olasoji M, Maude P, McCauley K. Not sick enough: Experiences of carers of people with mental illness negotiating care for their relatives with mental health services. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24: 403–411. <https://doi.org/10.1111/jpm.12399>

Pasientjournalforskriften (2019). Forskrift om pasientjournal. (FOR-2019-03-01-168). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Pedersen, R. & Aarre, T.F. (2017). Autonomi, informert samtykke og samtykkekompetanse. I R. Pedersen, & P. Nortvedt (red.). *Etikk i psykiske helsetjenester*. (s.151-167). Oslo: Gyldendal akademisk.

Pedersen, R. & Nortvedt, P. (red.). (2017). *Etikk i psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Pedersen, R. & Weimand, B. (2017). Pårørende i psykiske helsetjenester. I R. Pedersen, & P. Nortvedt (red.). *Etikk i psykiske helsetjenester*. (s. 168-189). Oslo: Gyldendal akademiske

Repål, A. (2018). Selvhjelp ved psykiske lidelser. I T.F. Aarre & Dahl, A.A. (red.). *Praktisk psykiatri*. (s.501-516). Bergen: Fagbokforlaget

Ross, S.E. & Lin, C.-T. (2003). The Effects of Promoting Patient Access to Medical Records: A Review. *Journal of the American Medical Informatics Association*. Vol.10:2. pp. 129-138. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.oslomet.no/pmc/articles/PMC150366/>

Røkholt, G. Davidsen, L.-S., Johnsen, H.N. & Hilli, Y. Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk Sygepleieforskning*. Årgang 7, nr.3. s-. 195-208. Hentet fra: https://www.idunn.no/nsf/2017/03/helsepersonells_erfaringer_med_aaimplementere_kunnskapsbase

San Martin- Rodriguez, L., MD., Beaulieu, M. D. D'Amoure., & M. Ferrada-Videla (2005) The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 1:132- 147. Hentet fra: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.oslomet.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d67a3cc4-5616-483a-a15c-71067ed1096f%40sdc-v-sessmgr02>

Schistad, L. (2012). Tverrfaglig samarbeid i rusbehandling. For hvem og til hvilken nytte? Master i tverrfaglig samarbeid innen helse og sosial. Høgskolen i Østfold. <https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmlui/bitstream/handle/11250/148273/Schistad1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Sjöblom, L.-M., Pejler, A. & Asplund, K. Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing* 14, pp. 562-569. Hentet fra: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.oslomet.no/doi/pdfdirect/10.1111/j.1365-2702.2004.01087.x>
- Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2018). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal
- Slettedal, J.K. & Fosmark, D.S. (2016). Hva gjør pasientens tilgang til journalen med innholdet? *Tidsskrift for den norske lægeforening*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2016/10/kommentar-og-debatt/hva-gjor-pasientens-tilgang-til-journalen-med-innholdet>
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Støkken, A.M. (2002). Profesjoner: kontinuitet og endring. I B. Nylehn & A.M. Støkken, (red). *De profesjonelle. Relasjoner, identitet og utdanning*. (s. 23-37). Oslo: Universitetsforlaget.
- Svensson, L.G. (2019). Profesjon og organisasjon. I A.Molander & L.I. Terum (red.). *Profesjonsstudier*. (s. 130-143). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sælør, K.T. & Biong, S. (2017). «Å få lyset til å fortsette å brenne»: En fenomenologisk studie av håp hos pårørende i psykisk helsevern. *Scandinavian Psychologist*, 4, e3. pp. 1-22. Hentet fra: <https://psykologisk.no/sp/2017/02/e3/>
- Sørensen, J.-C. (2019). God journalføring kommer ikke av seg selv. *Sykepleien forskning*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/08/god-journalforing-kommer-ikke-av-seg-selv>
- Vangen, S. & Huxham, C. (2012). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I E. Willumsen (Red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. (s. 67-87). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vedeler, G.H. (2012). Familien som ressurs i psykososialt arbeid, del II. *Fokus på familien* 1-2012. s.27-48. Hentet fra: https://www-idunn-no.ezproxy.oslomet.no/file/pdf/53367244/familien_som_ressurs_i_psykososialt_arbeid_del_ii.pdf
- Weimand, B.M. (2013). Sammenvevde liv. Å være pårørende til personer med alvorlig psykisk lidelse. Pårørende livssituasjon og møte med psykiske helsetjenester – fra pårørende og sykepleieres perspektiv. Oslo: LPP & Erfaringskompetanse
- Weimand, B.M., Sällström, C., Hall-Lord, M.L., Hedelin, B. (2013). Nurses' dilemmas concerning support of relatives in mental health care. *Nursing Ethics* 20 (3) pp.285-299. Hentet fra: https://search.proquest.com/docview/1347800773?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo
- Welle-Strand, G. (2015, juni). *Nasjonale faglige retningslinjer – normerende for rusbehandling*. Innlegg presentert på Overgangskurs II. Rus- og avhengighetsmedisin, 1.juni 2015 i Tromsø. Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/80f499c8f58a48dd9558058f04ca368e/gabrielle-welle-strand-seniorradgiver-helsedirektoratet-nasjonale-faglige-retningslinjer-normerende-for-rusbehandling.pdf>
- Willumsen, E. (red). (2012). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., Kuipers, E. & Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 206(4), 268-274.

doi:10.1192/bjp.bp.114.147561Yesufu-Udechuku Hentet fra: <https://www-cambridge-org.ezproxy.oslomet.no/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/interventions-to-improve-the-experience-of-caring-for-people-with-severe-mental-illness-systematic-review-and-metaanalysis/95BEF17E32C066256A17D70DA0EB8EBC>

Ødegård, A. (2012). Konstruksjoner av samarbeid. I E. Willumsen (Red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. (s. 52-66). Oslo: Universitetsforlaget

Vedlegg 1 – Illustrasjon av excel-ark

ILLUSTRASJON AV EXCEL-ARK			
<p>Jeg benyttet ulike fargekoder i forhold til temaer som kom opp under gjennomlesning, og leste igjennom intervjuene gang på gang for å sikre at jeg fanget opp de meningsbærende sitatene, og når jeg hadde fått oversikt over alle temaene opprettet jeg et Excel-ark og satt inn følgende koloner: Informant -> sitat/meningsbærende enhet -> Kategori 1 -> Kategori 2 samlekategori.</p>			
A	B	C	D
16	5 All kontakt med pårørende legger jeg i pårørende arbeid, så kommunikasjon informasjon, plikten til å lytte gi støtte i krise.	Kommunikasjon	Relasjonelt nivå
17	1 Men det kan også være at dem har veldig mye på hjertet og det er belastende, Den sorgen kan man kjenne på og det kan være mer belastende enn å ta vare på pasientene.	Kommunikasjon	Relasjonelt nivå
18	4 Involvering av pårørende står jo nedfelt, om de er informert også videre. Vi informerer jo pårørende på samarbeidsmøtet, men da er vi langt ute i forløpet.	Kommunikasjon	Relasjonelt nivå
<p>I informantkolonnen (A) satt jeg numrene 1-5 som tilsvarer hvor mange informanter som var med i studien, og gav ett nummer for hver av informantene. I kolonnen for sitat/meningsbærende enhet (B), satte jeg inn sitater fra informantene som jeg hadde markert ut fra tidligere gjennomlesninger, hvor informant har sin egen kolonne som samsvarer med nummeret informant er blitt gitt. I kolonnen til kategori 1 satt jeg så inn hva tema informantene snakket om (C), for så i kategori 2 sette de til en samlekategori (D). På denne måten bandt jeg sitat/meningsbærende enheter opp mot teorien som er beskrevet tidligere. Etter at dette arbeide var gjort satt jeg igjen med noen hovedtemaer som jeg nå kunne arbeide videre med i analysen.</p>			

Vedlegg 2 – Illustrasjon av analyse

ILLUSTRASJON AV ANALYSE:	
<p>Denne tabellen illustrerer hvordan jeg i analysen har gått frem for å finne de funn som jeg senere kommer til å presentere. Merk at dette kun er et lite utsnitt av materialet som jeg har utvalgt for å vise de fire stegene i den systematiske tekstkondenseringen som er beskrevet av Malterud (2018). Ettersom dette er et lite utsnitt av materialet, vil det kunne finnes andre temaer og subgrupper ellers i materialet som ikke vil bli presentert her.</p>	
<p>Tekstutsnitt</p> <p><i>«Det var en mor som ringte meg på kvelden og beklaget for hun ringte meg privat og var dypt fortvilt, og sa at hun hadde fått tak i telefonnummeret mitt og at det var noen hadde anbefalt å henne ringe meg. Hadde forsøkt å få hjelp i 7 år, men ikke fått noen støtte eller hjelp. Da skjøv jeg avtaler til side og forsto at hun trengte hjelp, fikk avtale neste dag. For hun behøvde rask hjelp ettersom hun hadde ventet i 7 år. Møtte henne neste dag kl. 15 og vi holdt på til kl. 18. Opplevde at hun snakket sammenhengende i 3 timer, kun avbrutt av at hun reiste seg opp, kom rundt bordet og klemte meg. Dette er en ressurssterk dame, med en doktorgrad, som er god til å uttrykke seg, hyggelig, og smart. Datteren har en kjent sykdom, og hun ble likevel ikke hørt. Hun fortalte, gråt og hun takket og det jeg kunne love henne er at jeg ikke var den som skulle gi opp. Så sier hun opplevde det så stort å bli trodd, og at det var en lettelse at jeg kunne stå sammen med ho. I starten hadde vi ukentlige samtaler, deretter hver fjortende dag, og deretter en gang i måneden, og det har vi fortsatt. Så selv om det akutte problemet er løst, så har vi holdt kontakten. Hun har nå fått hjelp med sitt syke barn som var alvorlig syk med veldig sammensatt problematikk og alvorlig feilmedisinering. Med den lille kontakten vi hadde med samtaler ukentlig i første, så en gang i fjortendagen så i måneden. Vi har vært hos fylkeslegen, fylkesmann sammen, vi har vært på DPS sammen, vi har skrevet brev sammen, og hvor HUN føler hun har fått god hjelp. Det er den sterkeste og fineste opplevelsen, som jeg har hatt, og er takknemlig for at hun ringte meg, at tok kontakt med meg den kvelden. Det krevde mot».</i></p>	
<p>Trinn 1 - Helhetsinntrykk</p> <p>Gjennomlesning av intervjuene med åpenhet for ulike temaer som kan komme frem. Her var det viktig for meg å legge min forforståelse til side, da jeg har mye erfarings fra eget arbeid med pårørendearbeid.</p> <p>Malterud beskriver denne prosessen som en skittentøysvask hvor man sorterer etter farger og ulike plagg i ulike bunker (Malterud, 2018, s. 99)</p>	<p>Observasjoner, uttalelser av interesse og mulige temaer</p> <p>Helsepersonellet opplever en mor i sorg, som er sliten og frustrert over å ikke bli hørt av hjelpeapparatet. Har stort behov for å tømme seg og forklare situasjonen. Erfaringen til helsepersonellet gir håp, samtidig som hun tar den pårørende på alvor og lover å stå i dette sammen med den pårørende. De har kontakt over tid og får gode resultater. Sykdommen til datter påvirker mor i stor grad.</p> <p>Mulige temaer i eksemplet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisatorisk rammeverk - Behov for informasjon og veiledning - Helsepersonells ønske om å bidra - Et ønske om å bli hørt
<p>Trinn 2 – Identifisere meningsbærende enheter</p> <p>De meningsbærende enhetene identifiseres og sorteres under temaer. Her har jeg i tillegg delt disse inn i systemiske, organisatoriske og relasjonelle determinanter</p>	<p>I eksemplet «tekstutsnitt» har jeg fremhevet de meningsbærende enhetene i kursiv. Når jeg opprinnelig satt med materialet, benyttet jeg meg av fargekoder for å systematisk sortere materialet inn i temaer. Dette har ikke blitt gjort her, men poenget er at de tekstbitene som er fremhevet, sorteres etter temaene som kom frem av trinn 1.</p>

<p>Trinn 3 – Kondensering</p> <p>Her kondenseres innholdet med et faglig perspektiv og henter systematisk ut mening ved å kondensere og sammenfatte innholdet i de meningsbærende enhetene. Temaene justeres og redefineres og det lages subgrupper.</p> <p>I tillegg lages et «<i>gullsitat</i>» som best forklarer det som er abstrahert fra teksten; et kunstig sitat som fanger essensen av innholdet</p>	<p>I forhold til eksemplet som er presentert ville jeg justert litt i forhold til hvordan de først ble oppfattet av meg.</p> <p>Eksempel på mulig tema, blant flere, vil være:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Struktur og pådriverfunksjon <p>Med subgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vilje til samarbeid - Overinvolvering/underinvolvering - Respekt for enkeltindividet - Behandlingsapparatets ansvar <p>Deretter kan «gullsitater» konstrueres for subgruppene. Som et eksempel har jeg tatt for meg det med behandlingsapparatets ansvar:</p> <p>«Jeg følte jeg måtte kompensere for at behandlingsapparatet ikke har stilt opp for familien, og tok det på meg selv å skaffe dem hjelp. Jeg satte i gang samtaler, var med på møter og gjorde alle disse tingene som behandlingsapparatet skulle vært behjelpelig med mye tidligere»</p>
<p>Trinn 4 – Fra kondensering til beskrivelser av resultater</p> <p>Består av å sette bitene sammen igjen og sammenfatte funnene i en sammenhengende tekst hvor man illustrerer temaene og subgruppene med «gullsitater» som er med på å konkretisere hovedfunnene, og er med på å illustrere ulike nyanser i teksten (Malterud, 2018:109). I praksis vil trinn fire bestå av å presentere funnene som blir presentert i neste kapittel.</p>	

Vedlegg 3 – Kommunikasjon med NSD



PROSJEKT

Pårørendearbeid innen psykisk helsearbeid



Jeg har valgt å skrive om pårørendearbeid innen psykisk helsearbeid da det gjennom de siste årene har vært endringer i samfunnet hvor pårørende ønskes være mer inkludert enn tidligere. Pårørende blir fra både helsepersonell og føringer fra staten ansett som viktige personer for bedring av psykisk sykdom, og anses som en ressurs (helsedirektoratet, 2019). Pårørende på sin side forteller at de har liten eller ingen kontakt med ansatte ved innleggelse av familiemedlemmer og at de ofte blir ekskludert (Weimand 2013). Samtidig er det lovfestet at pårørende skal både kartlegges og tas med i behandlingen. Så på bakgrunn av dette ønsker jeg da å se på hvilke erfaringer som helsearbeidere innen psykisk helsearbeid har med pårørendearbeid.

Fagfelt: Medisinske fag

Meldeskjema

Meldeskjema 246991



[+ Nytt meldeskjema](#)

Datahåndteringsplan

[+ Ny datahåndteringsplan](#)

Dataarkivering

[+ Ny dataarkivering](#)

Melding

07.10.2019 11:55

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 246991 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at det ikke skal behandles direkte eller indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner i dette prosjektet, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 07.10.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra NSD.

HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER?

Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger.

VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

**Melding**

30.09.2019 15:38

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 246991 er innsendt og mottatt.

**Melding**

19.09.2019 11:52

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 246991 må kompletteres for at NSD kan fortsette vurderingen.

Når du har gjort oppdateringene i skjemaet, må du gå til siden "send inn" og trykke "bekreft innsending".

Dersom du har ytterligere kommentarer eller spørsmål kan du skrive en melding i dialogfeltet over og trykke "send melding".

Følgende kommentar er gitt av NSDs personvernrådgiver:

Hei,

Vi har nå gjort en første gjennomgang av ditt prosjekt og har noen få kommentarer og innspill:

1. Behandling av personopplysninger:

Det er vår forståelse at du under intervjuet kun skal ta skriftlige notater (og dermed ikke benytte lydopptak). Det er videre vår forståelse at det under intervjuet ikke vil stilles spørsmål som muliggjør at deltakerne blir identifisert i dine notater.

Dersom du ikke innhenter dokumentert samtykke (skriftlig eller muntlig med lydopptak) er det vår forståelse at prosjektet er anonymt.

Dersom du ønsker å gjennomføre det på denne måten kan du på siden "personopplysninger" endre svaret til "nei" på samtlige alternativer.

Vi vil da sende deg en vurdering som legger til grunn at prosjektet ikke behandler personopplysninger.

Vi ber om at du oppdaterer meldeskjemaet i henhold til punktene over. Vi minner om at du på siste side i skjemaet under «Send inn» må velge «Bekreft innsending». Når du har gjort dette vil vi fortsette gjennomgangen av ditt prosjekt.

Lykke til videre med utfylling!

Vedlegg 4 – Intervjuguide

Intervjuguide

Starter intervjuet med å presentere meg selv, hva jeg gjør og hvorfor jeg er her.

Spør deretter informanten om det er noe han/hun vil avklare før vi setter i gang, og spørre om det er noe han/hun vil informere eller fortelle meg, før vi starter.

Alder, profesjon, utdannelse av intervjuobjektet

- ❖ Hva legger du i begrepet pårønderarbeid?
- ❖ Kan du fortelle en erfaring hvor du synes pårørende ble godt ivaretatt?
- ❖ Kan du fortelle meg en erfaring hvor du synes pårørende ble mindre bra ivaretatt?
- ❖ Opplever du det som vanskelig å jobbe med pårørende?
- ❖ Når det gjelder råd og veiledning av pårørende, hva tenker du er viktige elementer?
- ❖ Hva erfarer du som positivt ved å inkludere pårørende?
- ❖ Hva erfarer du eventuelt som negativt ved å inkludere dem?
- ❖ Hvilke utfordringer møter du på i arbeidet med de pårørende?
- ❖ Er det noen forhold som kan vanskeliggjøre pårønderarbeid innen psykisk helsevern?
- ❖ Hva er dine erfaringer med å ivareta pårørende innen psykisk helsearbeid?
- ❖ Hva tenker du er viktig i forhold til pårønderarbeid?
- ❖ Er det noe du savner for å kunne gi god pårønderstøtte til pårørende innen psykisk helsevern?
- ❖ Dersom du og teamet ditt hadde ubegrenset med midler, i form av for eksempel penger og personal, hva tenker du eventuelt ville gjort annerledes i arbeidet med pårørende?

Vedlegg 5 – Forskningsspørsmål og fremdriftsplan

Forskningsspørsmål

Studien har følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke tanker og erfaringer har helsepersonell rundt pårørendearbeid
- Hvordan utføres (tilrettelegges) pårørendearbeid på arbeidsplassen?
- Hva fremmer eller hemmer samarbeidet med pårørende?

Tentativ tidsplan ved oppstart av Master MAPSD5900-1 19H		
Juni 2019 – September 2019	Søknad til NSD <input type="checkbox"/> Lage informasjonsskriv <input type="checkbox"/> Kontakte sykehuset for tillatelse <input type="checkbox"/> Starte på intervjuguide <input type="checkbox"/>	Veiledning
Juni 2019	Litteratursøk skal starte omgående <input type="checkbox"/> Avsluttes i august/september 2019 <input type="checkbox"/> Finne forskning på temaet <input type="checkbox"/>	
Mai – august 2019	Lese teori om metode og benyttelse av metoder og analyse	
August 2019	Ferdigstille intervjuguide <input type="checkbox"/> Utlevere informasjonsskriv <input type="checkbox"/>	
August 2019	Gjennomgå litteraturen og eventuelt nytt litteratursøk <input type="checkbox"/>	
August 2019 – Mars 2020	Skrive oppgave <input type="checkbox"/>	
Mai – August 2019	Oppstart teori og metodekapittel <input type="checkbox"/>	
Oktober/November 2019	Intervjue helsepersonell vedrørende pårørendearbeid <input type="checkbox"/>	Veiledning
Oktober/november 2019	Renskrive intervju umiddelbart etter intervjuene er foretatt <input type="checkbox"/>	Veiledning
Desember 2019	Oppstart analyse og resultater. Ferdigstillelse av metodekapittel <input type="checkbox"/>	
Januar/ februar 2020	Gjennomlesing av teori, metode og analyse og oppstart av drøfting <input type="checkbox"/>	Veiledning
Februar/ mars 2020	Sammendrag, innledning, konklusjon og avslutning <input type="checkbox"/>	
Mars – Mai 2020	Gjennomlesning av oppgaven, korrektur og ferdigstillelse av oppgaven.	
Mai 2020	INNLEVERING AV OPPGAVEN	JIPPI!!!