



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

"Working behind the scenes"

Sykepleiernes kliniske arbeid ved distriktpsikiatriske sentre i
behandling av mennesker som opplever første episode psykose.

Masteroppgave i klinisk sykepleie SY300H

Cathrine Fredriksen Moe
Mai 2012



INNHold

FORORD	
SAMMENDRAG	
1.0 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN	5
1.2 OPPGAVENS INNHOLD OG OPPBYGGING	6
1.3 AVKLARING AV BEGREPER	7
1.4 TIDLIGERE FORSKNING	8
1.4.1 SØKEPROSEDYRE	8
1.4.2 FORSKNING PÅ FØRSTE EPISODE PSYKOSE	8
1.4.3 SYKEPLEIEFORSKNING	9
1.5 HENSIKTEN MED STUDIEN	10
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	10
2.1 SYKEPLEIE	11
2.1.1 KARI MARTINSENS OMSORGSTEORI	11
2.1.2 DOROTEA ØREMS TEORI OM EGENOMSORG	11
2.1.3 PSYKIATRISK SYKEPLEIE	11
2.2 ETISK TEORI	12
2.2.1 AUTONOMI	13
2.2.2 PATERNALISME	13
2.3 SYKEPLEIERENS DILEMMA MELLOM OVERFORMYNDERI OG UNNLATELSE	13
3.0 METODE	14
3.1 UTVALG	15
3.2 DATAINNSAMLING	15
3.3 DATAANALYSE	16
3.3.1 KODING AV DATA	17
3.3.2 KJERNEKATEGORI	18
3.4 FORSKNINGSETIKK	21
3.5 DISKUSJON AV METODE OG BEGRENSNINGER VED STUDIEN	21
4.0 RESULTATER	23
4.1 POPULÆRVITENSKAPELIG ARTIKKEL	23
4.2 VITENSKAPELIG ARTIKKEL	24

5.0 DISKUSJON	25
5.1 SYKEPLEIERENS DILEMMA MELLOM OVERFORMYNDERI OG UNNLATELSE.....	26
5.2 SYKEPLEIEIDENTITET.....	28
6.0 AVSLUTNING	30
6.1 VIDERE FORSKNING.....	31
REFERANSER	32

VEDLEGG:

ARTIKLER

VEDLEGG 1: GODKJENNING FRA ETISK KOMITÈ

VEDLEGG 2: OVERSIKT OVER SØK

VEDLEGG 3: LESEMATRISE

VEDLEGG 4: INVITASJON TIL FOKUSGRUPPEINTERVJU

VEDLEGG 5: SAMTYKKESKJEMA

VEDLEGG 6: TEMAGUIDE

VEDLEGG 7: OVERSIKT OVER KODER OG KATEGORIER

VEDLEGG 8: FORFATTERERKLÆRING VITENSKAPELIG ARTIKKEL

FORORD

Det har vært et privilegium å kunne fordype seg i eget fag slik jeg har fått muligheten til gjennom masterutdanning i klinisk sykepleie. Jeg har blitt kjent med fagfeltet på en ny måte, det har styrket min identitet som sykepleier og jeg er stolt over å gi mitt bidrag til refleksjon over sykepleierens kliniske arbeid. Jeg har satt stor pris på muligheten jeg fikk til å få reise ut til hvert distriktpspsykiatriske senter, til den åpenhet og imøtekommenhet vi har møtt der. Dette arbeidet har gitt meg en større forståelse av hvilke utfordringer sykepleiere som arbeider utenfor institusjon har.

Det er mange som på ulike vis har bidratt til at jeg nå kan avslutte mitt masterprosjekt, og det er flere jeg ønsker å takke.

Takk til deltakere i fokusgrupper som delte sine erfaringer og refleksjoner. Takk til min veileder, professor Berit Støre Brinchmann for støtte, gode råd og viktige innspill. Takk til professor Terese Bondas og medstudenter på masterutdanningen for refleksjoner og gode diskusjoner. Takk til professor emeritus Elisabeth Hall for tilbakemelding på vitenskapelig artikkel.

Takk til Erling Kvig og Beate Brinchmann, først og fremst for mye moro, men også for hjelp, støtte, terapi og omsorg. Takk til kollegaer ved ENP for et stimulerende arbeidsmiljø, takk for tilrettelegging fra tidligere og nåværende leder, takk til Knut Sjørgård ved forskningsavdelingen NLSH for stipend til artikkelskriving, takk til Lill Lekang for transkribering av intervju, takk til Elin Strand og Ove Eide på biblioteket ved Nordlandssykehuset for all hjelp.

Til sist takk til Hanna, Synne og Espen for oppmuntring og støtte underveis!

SAMMENDRAG

De siste årene har det vært en endring fra å behandle mennesker med psykiske lidelser på sykehus til behandling lokalt. Dette gjelder også for unge mennesker som opplever første episode psykose. Kliniske retningslinjer anbefaler en bred tilnærming til denne pasientgruppen, men skiller ikke mellom ulike profesjoners rolle. Derfor er heller ikke sykepleierens ansvarsområde definert. Sykepleierens bidrag er også lite omtalt i forskningslitteratur.

Denne studien utforsker psykiatriske sykepleieres kliniske arbeid ved distriktpsykiatriske sentre i behandling av unge mennesker som opplever første episode psykose. Syv fokusgruppeintervju med tverrfaglige deltakere er gjennomført ved sentrene. Analyser er influert av Grounded theory. Jeg fant at sykepleierne hadde en stor utfordring med å nå pasientene, både fysisk og mentalt. De løste dette med *jobbing i kulissene*. Det symboliserer arbeid som sykepleierne gjør rundt pasienten uten hans eller hennes viten eller deltakelse. Funnene blir belyst med etisk teori og Kari Martinsens omsorgsteori, og jeg drøfter hvordan sykepleieren balanserer sin omsorg mellom formynderi og likegyldighet. Et delfunn i studien er at det var vanskelig å skille sykepleierrollen fra andre yrkesgruppers rolle, og at sykepleieridentiteten er endret. Tverrfaglige videreutdanninger og rollen som behandler kan være årsaker til det.

Konklusjonen er at psykiatrisk sykepleie til mennesker som opplever første episode psykose krever etisk bevissthet og årvåkenhet, og at det er viktig å gjøre det usynlige arbeidet synlig.

1.0 INNLEDNING

Mitt mastergradsprosjekt er en del av en pågående studie ved Nordlandssykehuset; "Duration of untreated psychosis (DUP) and pathways to care in patients with first-and multiple episodes of psychosis in Nordland – a study of the components of DUP in a rural mental health system", med norsk tittel "Varighet av Ubehandlet Psykose og behandlingsveier i Nordland". Formålet med dette prosjektet er å gi økt kunnskap om når og hvordan mennesker med psykoselidelser kommer i kontakt med hjelpeapparatet i Nordland fylke ¹. Forskningsprosjektet er et seksårig prosjekt som er godkjent i etisk komité og er delvis finansiert av Helse Nord HF.

Mitt mastergradprosjekt i klinisk sykepleie har utgangspunkt i en del av studien som omhandler Distrikt Psykiatriske Senters (DPS) organisering og utfordringer i arbeidet med denne pasientgruppen. Jeg har utvidet denne delen til å undersøke psykiatriske sykepleieres kliniske arbeid her.

1.1 BAKGRUNN

Bakgrunnen for min interesse innenfor feltet er at jeg som sykepleier ved en sengeavdeling for nysyke med psykoselidelser opplever at pasienter som kommer til behandling ofte er veldig syke og kan ha hatt psykosesymptomer i flere år uten å ha fått behandling for disse, eller at behandlingen ikke har vært tilstrekkelig. Flere har opplevd funksjonsnedsettelse på områder som kontakt med venner, skole og arbeid. Når de kommer til avdelingen er det ofte behov for oppfølging i et beskyttende og støttende miljø. For å gjøre en grundig utredning, oppstart av behandling og rehabilitering trenger flere opphold over tid, opptil et år, på vår avdeling på sentralsykehusnivå.

Internasjonalt har det vært en endring fra å behandle mennesker med psykiske lidelser på sykehus til behandling lokalt ², og også nasjonale føringer understreker betydningen av å flytte deler av spesialisthelsetjenesten ut i distriktene ³⁻⁶. På bakgrunn av opptrappingsplanen for psykisk helse ⁶ ble det

etablert sentre som skulle ivareta den desentraliserte spesialisthelsetjeneste (DPS). I henhold til DPS veileder "Distriktpsikiatriske sentre- med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen" har DPS hovedansvar for det psykiske helsevern i et gitt geografisk område (lokalsykehusfunksjon). Samhandlingsreformen, "Rett behandling - på rett sted- til rett tid" ⁵ understreker DPS' viktige ansvar for å ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten, det vil si, være veien inn og ut av psykisk helsevern.

Nordland fylke er langstrakt med rurale områder, og ansatte ved DPS har ansvar for å ivareta mange faktorer i et behandlingsforløp. Norske og internasjonale retningslinjer understreker viktigheten av en stabil relasjon til behandler, og anbefaler en bred tilnærming som involverer psykoedukasjon, symptom-
mestring, psykoterapi, medikamentell behandling, støtte til familie og yrkesrettet attføring ⁷⁻¹¹. Sykepleiere er en stor faggruppe, også på lokalsykehus, og vil være deltakende i flere aspekter ved behandlingen. Kliniske retningslinjer beskriver beste praksis når det gjelder behandling til pasienter med psykose, men skiller ikke på ulike yrkesgruppers rolle. Sykepleierens ansvarsområde er derfor heller ikke definert. Psykiatrisk sykepleie ved DPS har en relativt kort historie, og sykepleierens rolle er lite beskrevet i forskningslitteraturen.

Min egen kliniske erfaring fra sykehus og nasjonale føringer som understreker betydningen av behandling lokalt, gav meg interesse for å utforske hvilken klinisk praksis sykepleierne ved DPS har i behandling av unge mennesker som opplever psykose.

1.2 OPPGAVENS INNHOLD OG OPPBYGGING

Masteroppgaven består av to artikler, en populærvitenskapelig og en vitenskapelig, og denne kappen. Kappen er delt inn i fem kapitler. Første kapittel beskriver bakgrunn for masterprosjektet og valg av tema. Videre presenterer jeg relevant tidligere forskning og hensikten med denne studien. Kapittel to gjør rede for teoretisk referanseramme for min masteroppgave. Valg av teori ble

foretatt på bakgrunn av analyser og funn fra min studie[®]. Kapittel tre redegjør for metodevalg. Her presenteres metode for datainnsamling (fokusgruppeintervju) og analyse (Grounded theory). Kapitlet avsluttes med forskningsetiske betraktninger, diskusjon av metoden og begrensninger ved studien. Kapittel fire presenterer studiens resultater, og kapittel fem viderefører diskusjonene fra artiklene. Funnene mine drøftes opp mot etisk teori og Kari Martinsens omsorgsteori, og jeg reflekterer rundt sykepleieridentitet i tverrfaglige miljø. Kapittel seks avslutter kappen med konklusjon og forslag til videre forskning.

1.3 AVKLARING AV BEGREPER

Første episode psykose refererer til en persons første psykotiske episode med en viss varighet og intensitet, og oppstår oftest hos unge mennesker^{12,13}. Typiske psykotiske symptomer kan være vrangforestillinger, hallusinasjoner, desorganiserte tanker og adferd^{14,15}.

I tittelen på masteroppgaven min bruker jeg betegnelsen behandling, også om sykepleiernes kliniske arbeid. Hvilke begreper som omfatter sykepleiernes arbeid er omdiskutert. Tradisjonelt har *behandling* vært gitt av leger og psykologer, mens sykepleierne har gitt omsorg og støtte¹⁶. Flere deltakere i min studie omtalte seg som behandler, og brukte selv behandling som begrep for eget arbeid. Jeg har derfor valgt å bruke denne benevnelsen til tross for at omsorg og støtte er de mest innarbeidede uttrykkene innenfor sykepleierfaget.

For å skille mellom titler, sitater og uthevninger vil jeg bruke hermetegn for å markere titler, og kursiv for å markere sitater og uthevninger.

[®] Jeg har valgt et tradisjonelt oppsett av min studie. Jeg er likevel klar over at i en Grounded theory studie ville det vært mer naturlig å presentere teori etter resultatkapitlet.

1.4 TIDLIGERE FORSKNING

1.4.1 SØKEPROSEDYRE

Jeg har gjort systematiske søk i databasene PubMed, Psyk Info, Ovid Nursing, Embase, SveMed+, Norart og Cocrane via Helsebiblioteket. Jeg har også gjort manuelle søk i tidsskrifter innen fagfeltet sykepleie (blant annet "Vård i Norden" og "Sykepleien Forskning") og psykiatrisk sykepleie (blant annet "Journal of Psychosocial Nursing" og "Journal of Mental Health Nursing"), samt lest gjennom litteraturoversikter og søkt på forfattere. Søkeord jeg har brukt er *nursing* og *mental health nursing*, i kombinasjon med *early psychosis* og *first episode psychosis*. I skandinaviske databaser har jeg brukt søkeordene *psykose* og *sjukvård*. Jeg har valgt ut artikler fra treffliste ved å først lese gjennom titlene. På aktuelle artikler har jeg lest abstract og valgt de som kan belyse mitt tema. Jeg har også valgt artikler som inneholder perspektiver på rurale kontekster eller *community nursing* uten at jeg har søkt spesielt etter dette. Jeg har utelatt artikler som omhandler effekt av medikamentell behandling. For oversikt over søk og lesematrise se Vedlegg 2 og 3.

1.4.2 FORSKNING PÅ FØRSTE EPISODE PSYKOSE

Det finnes flere publikasjoner om emnet tidlig intervensjon ved psykoser og første episode psykose (FEP), men forskningen på feltet domineres av andre faggrupper enn sykepleiere. Forskning har lagt vekt på tidlig oppdagelse og behandling av FEP, herunder identifisering av psykosesymptomer, diagnostisering, effekt av psykologisk behandling, familiearbeid, psykoedukasjon, yrkesrettet rehabilitering og psykososiale intervensjoner ¹⁴. Mange studier viser at det er gunstig for pasientene å få tidlig behandling. Norman og Malla viser til at raskere behandling forhindrer/minker unødig stress for pasienten, og gir bedre utsikter for bedring. De sier videre at til tross for dette kommer mange nysyke med psykoselidelser sent til behandling. Årsaker til det kan være mange og kan skyldes forsinkelser i flere ledd ¹⁷. Studier viser blant

annet at mange ikke opplever seg som hjelpetrengende (syk) og kan ha vanskeligheter med å engasjere seg i egen behandling ¹⁸.

1.4.3 SYKEPLEIEFORSKNING

Sykepleieforskning omfatter i stor grad behandling av schizofreni eller psykose generelt, ikke FEP spesielt ¹⁴. Van Dusseldorp og kollegaer har i en systematisk litteraturgjennomgang presentert fem områder som kan beskrive hvordan sykepleiere kan bidra innen omsorg for pasienter med FEP: å utvikle en terapeutisk relasjon, forebygge tilbakefall, forbedre sosial funksjon, sikre etterlevelse av behandling og å gi støtte til familie ¹⁴.

Det finnes to store forskningsmiljøer i Norge som forsker på psykose. Disse er TOP- prosjektet ved Ullevål Sykehus i Oslo og TIPS prosjektet ved Stavanger Universitetssykehus. Fra disse forskningsgruppene er det publisert flere artikler om tidlig oppdagelse og behandling, deriblant av sykepleier ¹⁹. Joa har skrevet doktorgradsavhandling om informasjonskampanjers innvirkning på psykosepasienters hjelpsøking.

Sykepleierne Sæterstrand og Møllersen ²⁰ har gjennomført en studie som ser på hvordan sykepleiere erfarer sin rolle og funksjon ved psykiatriske dagsentra i Norge. Den viser at sykepleierne definerer *veiledning*, *støtte* og *samvær* som sine viktigste oppgaver. En studie som utforsker psykiatriske sykepleieres rolle og funksjon i kommunehelsetjenesten viser fire profiler som beskriver sykepleierens rolle. Disse er: *omsorgsprofil*, *terapeutisk profil*, *samfunnsprofil* og *veilederprofil* ²¹.

De mest kjente lærebøkene om psykiatrisk sykepleie til pasienter med psykose er Liv Strands bok "Fra kaos mot samling, mestring og helhet" ²² og Hummelvolls bok "Helt, ikke stykkevis og delt" ²³. Liv Strands bok er en av de første lærebøkene på norsk som mer systematisk fremstiller den *egostyrkende sykepleie* i psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter. En rapport fra nordisk seminar i psykiatrisk sykepleie "Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid" fra 2009, beskriver utviklingen i faget frem til i dag ²⁴. Karlsen har skrevet en

artikkel om profesjonell kompetanse. Den viser kunnskap om kroppen, omsorg og handlingsorientert tilnærming som sykepleierens kompetanseområde i psykisk helsearbeid ²⁵.

Under søkeprosessen erfarte jeg at i norsk litteratur brukes oftere begrepet miljøterapi enn psykiatrisk sykepleie. Miljøterapeut er ikke en egen profesjon, men innebærer ulike treårige høyskoleutdanninger som for eksempel sykepleier, vernepleier, sosionom og barnevernspedagog.

Jeg har ikke funnet studier i Norge som omhandler sykepleierrollen spesielt i behandling av unge mennesker som opplever første episode psykose, og det har vært vanskelig å finne studier av sykepleierens rolle ved DPS. Det må tas forbehold om at det likevel kan finnes forskning på disse områdene.

1.5 HENSIKTEN MED STUDIEN

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilken klinisk praksis psykiatriske sykepleiere har ved DPS i behandling av unge mennesker med første episode psykose, herunder refleksjoner rundt egen praksis, hvilke utfordringer de møter og hvordan de løser disse.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Dette kapittelet vil presentere en teoretisk referanseramme for min masteroppgave. Valg av teori ble foretatt på bakgrunn av analyser og funn fra min studie. Jeg vil først presentere Kari Martinsens omsorgsteori, sammen med en definisjon av Dorotea Oream's teori om egenomsorg og psykiatrisk sykepleie. Deretter definerer jeg prinsippene autonomi og paternalisme, før jeg avslutter kapittelet med Kari Martinsens presentasjon av sykepleierens dilemma mellom formynderi og unnløtelse.

2.1 SYKEPLEIE

2.1.1 KARI MARTINSENS OMSORGSTEORI

Kari Martinsen skiller seg fra andre sykepleieteoretikere med at hennes teori ikke presenteres i ett hovedverk, men hennes omfattende forfatterskap har utviklet hovedideen om omsorg som sykepleiens fundament ²⁶. Hun beskriver omsorg som et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep som bygger på et kollektivt basert menneskesyn hvor det grunnleggende er at vi er avhengig av hverandre ²⁷. Sagt på en annen måte har omsorg å gjøre med relasjoner og moral, og ytrer seg i praktisk handling. En faglig dyktig sykepleier vil derfor kunne både sakkunnskap og moral, og vise med sine handlinger at hun kan bli den andres tillit verdig. Omsorg i sykepleien utøves, ifølge Martinsen, ut fra en autoritetsstruktur med svak paternalisme ²⁸.

2.1.2 DOROTEA OREMS TEORI OM EGENOMSORG

Dorotea Orem definerer egenomsorg som adferd styrt av egen person. Egenomsorg krever kunnskap og ferdigheter ²⁹, er en praktisk bestrebelse og må være frivillig bestemt av personen det gjelder ³⁰. Teorien om egenomsorg er at det er sykepleierens ansvar å kompensere for en persons egenomsorgssvikt ²⁶. Martinsen mener samfunnets ideologi belønner den selvhjulpne og selvstendige, og at dette kommer til uttrykk i pleiesektoren gjennom Orems egenomsorgs sentrerte sykepleie der det forutsettes at pasienten skal bli selvhjulpne. Dette individualistiske menneskesynet står, ifølge Martinsen, i motsetning til hennes kollektive menneskesyn ³¹.

2.1.3 PSYKIATRISK SYKEPLEIE

Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie ble opprettet i Norge i 1954 og ble i 1997 erstattet av en tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid ³².

Hummelvoll ²³ definerer psykiatrisk sykepleie som:

”en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere

hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at pasienten får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer.” s.46.

Hummelvolls definisjon er bredere enn den som sykepleierforbundets landsgruppe for psykiatriske sykepleiere har brukt. Den beskriver at psykiatrisk sykepleie omfatter:

- omsorgen for pasientens psykiske, fysiske, sosiale og åndelige behov,
- forebygging av psykiske lidelser, opplysningsvirksomhet, observasjon av den psykiske og somatiske situasjon, elementær sykepleie og terapi med sikte på rehabilitering,
- administrasjon, veiledning og undervisning til sykepleiere, hjelpepleiere og annet helsepersonell, samt til pasienter og deres familier.

Psykiatrisk sykepleie innebærer en målrettet og systematisk utforming av det fysiske og psykiske miljø i eller utenfor en institusjon (avdeling) i den hensikt å sette i gang en prosess med sikte på å føre pasienten fra en dårligere situasjon hen imot en bedre ³².

2.2 ETISK TEORI

Etikk er teori om moral, og kunnskap om etikk hjelper til å identifisere etiske spørsmål og gir et bedre grunnlag for å velge best mulig handlingsalternativ når man står overfor vanskelige beslutninger i praksis ³³.

2.2.1 AUTONOMI

Autonomi stammer fra to greske ord: autos (selv) og nomos (regel, lov), og refererte opprinnelig til selvstyring av stater. Begrepet har etter hvert blitt utvidet til bruk hos individer og betyr i den sammenheng rettighet til frihet og selvstyring³⁴. Innenfor helsevesenet omhandler det primært pasienters rett til medbestemmelse i egen behandling, og å nekte behandling³⁵. Rett til selvbestemmelse og til å ta egne valg er også en juridisk rettighet i Norge. Lov om pasient- og brukerrettigheter, kapittel 3, sier at pasienter har rett til informasjon og medvirkning³⁶.

Autonomi er ett av *De fire prinsippers etikk* presentert av Beauchamp og Childress i boken "Principles of Biomedical Ethics" i 2001. De andre tre prinsippene er velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet. Prinsippene er i denne boken ikke rangert, men regnes som likeverdige³⁴. Gillon mener likevel autonomi bør være *first among equals* på bakgrunn av at autonomi er nødvendige komponenter i de andre tre prinsippene³⁷.

2.2.2 PATERNALISME

Som en motsetning til autonomi brukes ofte begrepet paternalisme. Ordet henspiller på et faderlig forhold eller faderlig styring³⁴. Begrepet kan sees på som et ytterpunkt av prinsippet velgjørenhet³⁸. Hovedregel i dagens helsevesen er at paternalisme skal unngås, men en *svak paternalisme* kan godtas dersom pasienten åpenbart er ute av stand til å vurdere hva som er sitt eget beste³³.

2.3 SYKEPLEIERENS DILEMMA MELLOM OVERFORMYNDERI OG UNNLATELSE

Vatne fant i sin studie at hjelpere opplever dilemma mellom ønsket om å gi pasienten mulighet til selvbestemmelse og mestring, og sitt eget ansvar for trygghet og orden. Hjelperen står i fare for å gripe inn i pasienters liv som kan oppfattes som overgrep, og den motsatte faren som vil være å ikke handle. En slik unnlattelssynd kan defineres som å unnlate å handle ut fra faglig hensikt og

kompetanse³⁹. Dette støttes av Martinsen som skriver at i omsorgens mulighet ligger det også en mulig konflikt som kan føre til overgrep, men også ettergivenhet overfor den andre.

Martinsen understreker skjønnets som viktig for å forstå og handle i en konkret situasjon, men skriver at det har fått en ny side i dagens helsevesen da vi er fordret til å ta hensyn til det offentliges prioriteringer av midler. Hun kritiserer helsevesenets utvikling med effektivisering og lite tid til å vurdere hva den andre klarer selv og hva han må ha hjelp til²⁸.

3.0 METODE

Forskningsmetode for studien har vært influert av Grounded Theory (GT). Metoden har vist seg nyttig for å utforske områder der man ikke vet så mye fra før⁴⁰, og når man ikke ønsker å utforske et felt med etablerte teorier fra andre områder⁴¹. GT har sitt teoretiske grunnlag fra symbolsk interaksjonisme som betyr at menneskers evner til å tenke og handle utvikles av sosial interaksjon⁴². Glaser beskriver hensikten med GT som *"to account for pattern of behaviour which is relevant and problematic for those involved"* (s. 93)⁴³.

GT ble utviklet av sosiologene Barney G. Glaser og Anselm Strauss, og metoden ble først beskrevet i boken *"The discovery of grounded theory"* fra 1967⁴⁴. Etter denne utgivelsen utviklet Glaser og Strauss metoden i hver sin retning. For å ikke blande de ulike tradisjonene har jeg valgt å bruke litteratur basert på Glaser⁴²⁻⁴⁶ fordi det i litteraturen omtales som *klassisk* Grounded Theory⁴⁷. I hovedsak skiller Strauss` retning av metoden seg fra Glasers med at både innsamling og tolkning av datamaterialet styres av forutbestemte begreper⁴². I en klassisk GT studie bruker man ikke allerede eksisterende teorier eller begreper, men utvikler nye etter hvert som data analyseres⁴². Sentralt spørsmål i min studie er likevel psykiatrisk sykepleie i psykosebehandling for unge mennesker.

3.1 UTVALG

Innenfor GT tradisjonen bestemmes ikke hele utvalget på forhånd, men datainnsamling styres av foreløpige analyser (teoretisk utvalg) ⁴⁴. På grunn av at DPSene i fylket er ulikt organisert og har ulike utfordringer i forhold til geografi og demografi, ønsket jeg å inkludere alle i min studie. Alle DPSene ble derfor invitert til å delta. Gjennomføringen av datainnsamling er likevel preget av pågående analyser. Deltakere i studien har klinisk erfaring fra DPS med behandling av unge mennesker med psykoselidelser. Det var variasjon i yrkesfaglig bakgrunn og kjønn. Representant fra barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk deltok i noen grupper, leder av DPS deltok i alle grupper foruten en. Alle deltakere med sykepleiefaglig bakgrunn hadde videreutdanning i psykiatrisk sykepleie eller psykisk helsearbeid.

3.2 DATAINNSAMLING

GT åpner for ulike metoder for å samle inn data. Dette begrunnes med at ulike grupper og ulike problemstillinger krever ulike metoder for å innhente informasjon, og forskeren må være fleksibel ⁴⁴. Fokusgruppeintervjuer ble valgt som metode for innsamling av data fordi det har vist seg nyttig for å få frem deltakernes meninger ved at de diskuterer seg imellom og stimulerer hverandres hukommelse ⁴⁸. Intervjuene ble planlagt og gjennomført som beskrevet av Krueger og Casey ⁴⁹ samt erfaringer beskrevet av andre forskere i sykepleierfaget ^{25, 50}. For å bruke fokusgruppeintervju i en GT studie må det være kongruens mellom metodene, og leder av intervjuene bør ha kjennskap til GT metode ⁴¹.

Det ble først sendt ut brev til ledere av DPS med invitasjon til deltakelse i fokusgruppeintervju. Leder foreslo deltakere og vi avtalte tid og sted for intervju. Intervjuene ble gjennomført ved hvert enkelt DPS i perioden november 2010 til mars 2011. Antall deltakere i gruppeintervju varierte fra to til åtte. I forkant av hvert intervju fikk deltakerne skriftlig og muntlig informasjon om studien, og de signerte på et samtykkeskjema. Intervjuene varte i ca. 90 minutter og ble tatt opp på bånd. Man kan velge å ikke bruke båndopptaker for å ikke bli opptatt av

detaljer, men ta notater og gjøre seg et inntrykk av helheten. Dette blir anbefalt for bedre å holde fokus på hva som er viktig, og ikke samle inn unødig data ⁴⁴. Data fra våre gruppeintervju skulle også brukes av flere i forskergruppen, så det ble naturlig å ta opp på bånd. For en nybegynner ville det i tillegg vært vanskelig å vurdere fortløpende under intervjuene hva som var relevant for studien.

I litteraturen brukes begrepene moderator og assisterende moderator om leder og observatør av gruppeintervju ⁴⁹. Moderators rolle var å stille spørsmål, lytte, holde samtalen i gang og passe på at alle fikk muligheten til å dele sine synspunkter. Assisterende moderator tok notater under intervjuene, hadde ansvar for båndopptaker, oppsummerte og stilte utfyllende spørsmål på slutten. Før første intervju ble temaguide sendt ut på e-post, men for hvert intervju ble bruk av temaguiden endret på bakgrunn av tidligere erfaringer og analyser. I hovedsak endret det seg fra at vi spurte veldig detaljert, til å bli mer åpen og la deltakerne styre tema, til å igjen mot slutten spisse spørsmålene mer for å utforske begreper som var utviklet under analysene. Etter hvert intervju ble tanker, inntrykk og vurderinger skrevet ned (memos).

Omvisning, uformelle samtaler med ansatte før og etter intervju samt skriftlig informasjon fra DPSene har vært utfyllende for informasjonen gitt i intervju.

3.3 DATAANALYSE

Analyse av data starter under første intervju, og skjer parallelt med videre datainnsamling. For å ikke påvirke analyser anbefales det å ikke lese så mye på forhånd ⁴⁴. Jeg hadde selv liten kjennskap til hvordan sykepleierrollen ved DPS er, men har kunnskaper om fagfeltet *tidlig intervensjon av psykose*, samt bakgrunn for etablering av DPS og hvilke politiske føringer som gjelder. Jeg hadde også gjort litteratursøk for å kartlegge eksisterende forskning. Dette gjør at jeg ikke gikk helt åpen og uforberedt inn i feltet. Jeg hadde derimot ingen klar problemstilling, og var åpen for å la data styre studiens utvikling og teori. Fagfeltet psykiatrisk sykepleie vil jeg alltid ha med meg, og det vil være umulig for meg å ikke bruke denne kunnskapen når jeg trer inn i ett felt. Malterud sier at i all type forskning vil forskerens forforståelse påvirke de resultater som

kommer frem. Dette trenger ikke være negativt så lenge man er oppmerksom på dette ⁵¹.

3.3.1 KODING AV DATA

Intervjuene ble skrevet ut ordrett, lest og kodet linje for linje. I den første fasen kodet jeg teksten åpent (open coding) uten tanke på hva som var relevant. Jeg brukte ord direkte fra teksten for å navngi kodene (in vivo). Tabell 1 viser eksempel på åpen koding.

Tabell 1. Åpen koding

Utskrift av intervju	Åpen koding
Det er jo ganske spesielt dette med at man ikke merker at det er ulike profesjoner. Men det er klart; sykepleieren har, og skal ha, mere det her somatiske blikket til pasienten. I større grad enn de andre miljøterapeutene. Sånn er det, det ligger på en måte i kortene. De står for medisiner i avdeling, så da trer jo den rollen frem. Hvis man ser med overflatisk blikk så er den ikke lett å se, men den (sykepleierrollen) er der. Sykepleier - biten har vært som en firkant nede i hjørnet , ikke hovedfokus. Blikket har helt klart vært terapeutisk.	Somatisk blikk. Medisiner. Sykepleie- biten, en firkant nede i hjørnet.
Vi bruker mye tid på å ringe , vi bruker mye tid på å sende SMS , vi bruker mye tid på å være tilgjengelig , vi bruker mye tid på å invitere til. Du kjenner jo noen ganger at " oi ", nå går jeg kanskje for langt . Blant annet så hadde jeg en pasient som ikke møtte til de tre første avtalene som ble gjort når han ble overført. Jeg sendte melding til ham for å si hei. Jeg presenterte meg på nytt og sa at hvis du ikke møter neste gang så kommer jeg hjem til deg. Så jeg møtte bare opp sant, for her var gitt uttrykk for bekymring. Jeg tenkte jeg var for påtrengende , men da var isen brutt med en gang: her var ei som ikke gav seg så lett . Jeg tror at så lenge man er ærlig og begrunner hvorfor man ikke respekterer deres grenser, for det blir jo det. Du godtar ikke avvisning, i hvert fall sånn helt uten videre.	Å ringe, sende SMS, være tilgjengelig. Oi, nå går jeg kanskje for langt. For påtrengende Ikke gi seg så lett. Være ærlig.

Koding av teksten er først gjort individuelt, og senere diskutert i en forskergruppe. Vi har også lyttet til opptak sammen og lest gjennom teksten for å komme nærmere data, diskutert prosesser, tanker og inntrykk. Memos ble

skrevet gjennom hele prosessen og er en begynnende analyse ⁵². Memos og data ble holdt adskilt, men memos ble datert og referert til hvor i data de fremkom. Teksten ble kodet og kodene sortert i dataprogrammet NVivo9 ⁵³ som har vært et nyttig hjelpemiddel for å skape oversikt over data, samt dokumentere forskningsprosessen. Koder er også skrevet ut på papirlapper og jobbet med for å skape et mer visuelt bilde av analysene.

Bilde 1. Sortering av koder



3.3.2 KJERNEKATEGORI

Etter hvert som kodene ble sammenliknet, og nye data sammenliknet med eksisterende (constant comparison), ble kodene sortert i kategoriene *pasienten*, *hjelpere*, *system* og *profesjon*. Koder i kategorien profesjon beskrev sykepleierollen versus andre profesjoners rolle og ble utgangspunkt for den

populærvitenskapelige artikkelen. For å finne en kjernekategori som kunne beskrive klinisk arbeid ble koder tilhørende kategorien *hjelpere* sortert videre. Kjerne kategorien skal ha en sentral rolle og uttrykke en hovedproblematikk, og vise hva som er essensen i opplevelsene til menneskene man studerer ⁴² eller beskrive måter deltakerne bruker for å løse deres hovedbekymringer ⁴⁶. Etter hvert som kjerne kategorien utviklet seg (emerged) gikk jeg igjen tilbake til data og kodene (alle), og valgte ut de koder som står i forbindelse med kjerne kategorien. Dette kalles selektiv koding.

Bilde 2. Analyser



Tabell 2. Analyseprosess

Åpen koding	De kommer ikke hit.	Hovedutfordring å nå pasientene.	Vi føler oss alene.	Fokus på medisiner.
	De passer ikke inn i systemet vårt.	Fleksibilitet og stabilitet.	Viktig med samhandling	Somatisk blikk.
	Unnvikelse, tilbaketrekking og isolasjon.	Være en nytteperson	Ønsker mer stabil kontakt med kommunen.	Vi er så like.
kategorier	Pasienter	Hjelpere	System	Profesjon

Kjernekategori *jobbing i kulissene* ble utviklet fra kategorien *hjelpere*. Etter selektiv koding av hele datamateriale ble tre underkategorier identifisert:

Selektiv koding	Detektivarbeid	Å si at døren står åpen	Får oppdateringer fra mor og prøver igjen
	Vi ringer til vi får svar	Være tilgjengelig	Jobber med kontakter rundt pasienten.
	Bruker mye tid på å planlegge hvordan vi skal møtes	Avslutter ikke, og setter på manglende motivasjonskontoen.	Sender SMS til familie
Underkategorier	Usynlig arbeid	Ha pasienten i tankene	Usynlig kontakt med nettverk

Målet med GT er å utvikle en teori basert på data ⁴⁴. Den siste fasen i analysen er den teoretiske koding. Her ser man på hver enkelt underkategori og deres egenskaper som relaterer dem til kjernekategori . Den fragmenterte teksten blir bundet sammen av teoretiske begreper som knytter datamaterialet til en ferdig teori ⁴⁵. Jeg har ikke utviklet en *Grounded Theory* fullt ut i min studie, men har forsøkt å teoretisere deltakernes utfordringer og hvordan de håndterer disse.

3.4 FORSKNINGSETIKK

Helsinkideklarasjonen (1975) gir anbefalte retningslinjer for helsefaglig forskning og bygger på Nürnbergkodeksen fra 1947. Sykepleieforskning i Norden reguleres av Sykepleiernes Samarbeid i Norden sine etiske retningslinjer. Sentralt i disse er informert samtykke, frivillighet og anonymisering ⁵⁴.

Deltakerne i fokusgruppeintervju fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og gav skriftlig samtykke. Samtykkeskjema er forsvarlig oppbevart. Lydbåndopptak og utskrift vil bli slettet 5 år etter at studien er avsluttet. Innenfor kvalitativ forskning vil det alltid være en fare for gjenkjenning av informanter ⁵⁵, til tross for dette ble deltakerne forsikret om at de ikke vil bli gjenkjent i publisering av studien. Publisering av artikkel i internasjonalt tidsskrift fremfor et norsk, kan være med på å hindre gjenkjenning. På grunn av at deltakerne i studien også er samarbeidspartnere i klinisk arbeid var det viktig å understreke vår rolle som forskere. Studien er godkjent i etisk komité (REKNORD 2009/1462).

3.5 DISKUSJON AV METODE OG BEGRENSNINGER VED STUDIEN

En GT studies troverdighet vurderes ut fra kriteriene *fit, work, relevance* og *modifiability* ⁴³. Malterud beskriver tre punkter som grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap. Disse er *relevans, validitet* og *refleksivitet*, og vil bli brukt som utgangspunkt for drøftinger av min studie videre ⁵¹.

En studies *relevans* handler om å bidra med ny kunnskap. Det krever en oversikt over tidligere forskning på det aktuelle feltet, slik at en kan klargjøre hvordan egne resultater kan tilføre noe nytt ⁵¹. I søk etter tidligere forskning fant jeg flere publiserte internasjonale studier, men få fra Norge. Dette betyr nødvendigvis ikke at det ikke eksisterer, men ut fra valgte søkeord var det få treff. Studier som omhandler psykiatrisk sykepleie i kommunen kunne nok belyst problemstillinger rundt det å jobbe utenfor institusjon, og psykiatrisk sykepleie til pasienter med psykose generelt ikke FEP spesielt, kan også gi sammenfallede resultater. Som nevnt tidligere har psykiatrisk sykepleie ved DPS en kort

historie, og jeg mener derfor at denne studiens funn kan være relevant i en ny og sentral kontekst. Forskning på fagfeltet *tidlig intervensjon ved psykose* er dominert av kvantitative studier, og av andre faggrupper enn sykepleiere, derfor mener jeg denne studien kan tilføre kunnskap på feltet.

En studies *validitet* eller gyldighet avhenger av om metoden som er brukt, kan gi kunnskap som belyser problemstillingen. Det innebærer å stille kritiske spørsmål gjennom forskningsprosessen om utvalg, datainnsamling og analyser⁵¹. En fokusgruppe med psykiatriske sykepleiere fremfor tverrfaglige deltakere kunne nok gi andre resultater. En tverrfaglig sammensatt gruppe ble valgt etter ønske om å ha deltakere som klinisk arbeidet med aktuell pasientgruppe, og det ville vært for få sykepleiere til å lage fokusgrupper på hvert DPS. En tverrfaglig gruppe var også ønskelig for andre i forskningsgruppen. For å validere analyser har jeg forsøkt å følge metoderegler, samt hatt jevnlig veiledning av en erfaren forsker. Jeg har også kodet data alene først, for så å lytte til opptak av intervju og lest gjennom tekstene sammen med medforsker. Etterpå har vi diskutert koder og kategorier sammen, noe som gjør meg tryggere på at analyser er bindeledd mellom utgangspunkt og resultat. En av underkategoriene *usynlig arbeid* ble presentert på en konferanse der deltakere fra tre fokusgrupper var tilstede. Under og etter presentasjonen fikk jeg tilbakemeldinger fra konferanse-deltakere om at de kunne kjenne seg igjen i mine funn, noe som være kan være en faktor for studiens validitet. Hovedfunn er presentert for egne kollegaer som fant studien forståelig og nyttig, og modellen (modell 1) har vært brukt som bakteppe for etiske diskusjoner på egen arbeidsplass. Som i de fleste kvalitative studier er mitt utvalg avgrenset og resultatet fra studien kan ikke generaliseres til å gjelde klinisk arbeid ved alle DPS i Norge. Geografiske og demografiske forhold varierer, og utforming og organisering av tjenesten er ulik fra sted til sted. Studien kan likevel si noe om hvilke utfordringer psykiatrisk sykepleie til pasienter som opplever første episode psykose gir.

Refleksivitet innebærer en erkjennelse og overveielse av betydning av eget ståsted i forskningsprosessen⁵¹. Forforståelse av klinisk arbeid ved DPS var sett ut fra egen klinisk praksis med denne pasientgruppen, fra eget og andres samarbeid med aktører utenfor institusjon, samt faglitteratur og nasjonale

føringer. Dette kan ha påvirket min tilnærming til feltet, analyseprosessen og resultater. Det var viktig for oss å understreke vår rolle som forskere, ikke samarbeidspartnere, under gruppeintervju. Likevel kan det være grunn til å tro at deltakernes ytringer var noe påvirket av at vi også var representanter fra en spesialenhet ved sentralsykehuset.

4.0 RESULTATER

Målsettingen med min studie var å utforske sykepleiernes kliniske arbeid ved DPS ved behandling av pasienter med første episode psykose. Analyser av data gjorde at jeg fant en kjernekategori som jeg ga navnet *jobbing i kulissene* med tre underkategorier: *å ha pasienten i tankene*, *usynlig arbeid* og *usynlig kontakt med nettverket*.

4.1 POPULÆRVITENSKAPELIG ARTIKKEL

"Sykepleieridentiteten forsvinner i psykisk helsearbeid"

Forfattere: Cathrine Moe og Berit Støre Brinchmann.

Publisert i Tidsskriftet "Psykisk helse og rus", 3/2011

Utgangspunktet for studien var å utforske sykepleiernes kliniske arbeid ved DPS. Det viste seg imidlertid å være vanskelig, også for sykepleierne selv, å definere hva sykepleie til denne pasientgruppen er. Sykepleieoppgaver som pleie av somatiske plager og medikamenthåndtering var lett å definere og kunnskaper som man kunne hente frem når det var behov for det. Andre tradisjonelle kjerneområder i sykepleiefaget som omsorg og relasjonskompetanse, og arbeidsoppgaver som familiearbeid, støttesamtaler og aktiviteter, var det enighet om blant deltakerne at det ikke var spesielt for sykepleiere, men kunnskaper som alle innehar uavhengig av profesjon. Sykepleierkunnskapene ligger derfor som *en firkant nede i hjørnet* som hentes frem ved behov. På bakgrunn av intervjuene skisserte jeg to mulige årsaker til at sykepleiernes

identitet forsvinner; tverrfaglige videreutdanninger og at alle var ansatt som behandlere.

4.2 VITENSKAPELIG ARTIKKEL

"An ethical view of mental health nursing and first episode psychosis"

Forfattere: Cathrine Moe, Erling Kvig, Beate Brinchmann og Berit Støre Brinchmann.

Sendt inn til tidsskriftet "Nursing Ethics" 27.03. 2012

Målsettingen med denne artikkelen var å utforske og reflektere rundt sykepleiernes kliniske arbeid ved DPS i behandling av unge mennesker med psykose. Jeg presenterer min kjernevariabel *jobbing i kulissene* som i denne studien beskriver arbeid som blir utført *rundt* pasienten, uten pasientens viten eller deltakelse. Sykepleierne hadde pasienten i tankene lenge før og etter et planlagt møte. De var i perioder bekymret for pasienten og brukte tid på å diskutere og vurdere pasientens situasjon. Sykepleierne gjør mye usynlig arbeid, både rettet mot pasienten og nettverket. En stor del av arbeidstiden blir brukt til å lete etter kreative måter å komme i kontakt med pasienten på. Tekstmeldinger og e-post var mye brukt. Sykepleierne brukte mye tid på å ringe til pasienten og nettverket for å få kontakt, og for å få opplysninger som var nødvendige for å vurdere pasientens situasjon. Sykepleierne understreket også viktigheten av å skape *en åpen dør* til behandling for pasienten. I min artikkel belyser jeg egne funn med etisk teori om autonomi og paternalisme. Jeg presenterer en modell som viser at sykepleie er dynamisk, og det kliniske arbeidet beveger seg på et kontinuum mellom autonomi og paternalisme, og mellom etisk reflektert og ikke-reflektert praksis. *Jobbing i kulissene* blir vurdert til å være paternalistiske handlinger, men med etiske refleksjoner. Behandling av personer som opplever første episode psykose krever etisk bevissthet og årvåkenhet av sykepleiere, og konklusjon er viktigheten av å gjøre usynlig arbeid synlig.

Figur 1. Working behind the scenes: et etisk perspektiv på psykiatrisk sykepleie og første episode psykose



5.0 DISKUSJON

Diskusjonsdelen vil bygge videre på diskusjonene i mine to artikler. Først vil jeg videreføre diskusjonen rundt mitt hovedfunn *jobbing i kulissene*. Jeg vil utvide diskusjonen til å omfatte Kari Martinsens omsorgsteori med vekt på hvordan hun tematiserer sykepleierens dilemma mellom formynderi og unnlattelse. Mot slutten av diskusjonsdelen reflekterer jeg rundt problemstillingen om identitet som psykiatrisk sykepleier i tverrfaglige miljøer.

5.1 SYKEPLEIERENS DILEMMA MELLOM OVERFORMYNDERI OG UNNLATELSE.

Sykepleierne i min studie sto overfor krav og forventninger fra flere hold. De uttrykte en plikt og et ønske om å gi pasienten god behandling og omsorg. De følte ansvar og forpliktelser overfor pasientens familie, nettverk og lokalsamfunn. De skal ivareta kliniske retningslinjer, myndighetenes føringer, samt koordinere pasientens vei i behandlingsapparatet. De står i midten av behandlingsnivåer og skal ivareta samhandling med kommune og sentralsykehus.

Martinsen kritiserer helsevesenets utvikling med effektivisering, lite tid, ikke tid til å vurdere hva den andre klarer selv og hva han må ha hjelp til ²⁸. Dette var i tråd med deltakernes ytringer som hadde produksjonskrav på tre konsultasjoner per dag. Lange avstander kunne gjøre kravene vanskelig å oppfylle. Dette var likevel bare en del av hva de ga uttrykk for som utfordrende.

Pasientens egen unnvikelse fra å ta imot behandling skapte like ofte utfordringer for sykepleierne i deres kliniske hverdag. Utfordringene ble løst med *jobbing i kulissene* der de aktivt jobbet mot å legge til rette for, eller å nå pasienten. Argumenter var faglig begrunnet. Tidligere behandling gir økte utsikter for bedring ¹³ samt at personer med psykose kan oppleve en forverring av psykosesyntomer dersom de er uten behandling over tid. Dette kan igjen føre til angst og depresjoner, og pasienter kan utsette seg selv eller andre for fare ^{13, 56}. Sykepleieren vil med sin fagkunnskap argumentere for viktigheten av å følge opp pasienten tett.

Sykepleiernes møter med pasienten fant sted på poliklinikk/ dagbehandling, hjemme hos pasienten eller gjennom aktiviteter som for eksempel gåtur eller kjøretur. Sykepleierne hadde *pasienten i tankene* og kunne starte forberedelser til et møte flere dager i forveien med å sende påminnelser. De sørget for at pasientene alltid hadde en *åpen dør* til behandling og gjorde unntak fra regelen om at pasienten ble slettet fra liste dersom han/hun ikke møtte opp til avtaler tre ganger. Dette skapte en forståelse av at denne pasientgruppen var viktig, de ble prioritert og sykepleierne jobbet hardt for å nå dem, både fysisk og mentalt.

Nettverksarbeid og støtte til familie er definert som viktig i behandling av pasienter med FEP⁸, og sykepleierne i min studie ytret ønske om å ha tett kontakt med pasientens nettverk. De gav støtte til familie, hjelpere i kommunen eller andre lokale aktører. Nettverket kunne også gjøre observasjoner som de gav til sykepleier, som igjen gjorde vurderinger i forhold til situasjon og risiko.

Når sykepleierne *jobber i kulissene* er det på bakgrunn av faglige vurderinger og etiske refleksjoner (ønske om å gjøre pasienten godt, beskytte mot fremtidige tvangsinnleggelse, vise omsorg for den enkelte). Dette er helt i tråd med Martinsens definisjon av omsorgsbegrepet som et relasjonelt, moralsk og praktisk begrep²⁷. Det er når sykepleierne ikke reflekterer etisk over sine paternalistiske handlinger, man kan bevege seg over i det hun definerer som formynderi²⁸ eller misbruk (abuse) som jeg har brukt som begrep.

Dersom sykepleieren i større grad gir pasienten medbestemmelse vil jeg kunne bruke Orems definisjon av egenomsorg som begrep på sykepleiernes handlinger. Egenomsorg krever kunnskap og ferdigheter, og adferd er styrt av pasienten selv^{29,30}. Også når det gjelder egenomsorg og pasientens rett til autonomi og selvbestemmelse krever det en etisk refleksjon av sykepleieren. Martinsen skriver at dersom denne ikke ligger til grunn vil sykepleieren risikere å gjennom en sentimental omsorg vise ettergivenhet og unnløstelse for pasienten²⁸. Dette kan både forverre situasjonen for en pasient med FEP, og skape bekymringer og belastninger for pasientens nettverk¹³.

Martinsen har satt ord på det dilemmaet sykepleierne kan komme i mellom formynderi og unnløstelse, hun henviser til Løgstrup når hun skriver at begge bunner i en likegyldighet overfor pasienten. Hun skriver at å gå inn i en relasjon med en annen er å være engasjert, og at en faglig dyktig sykepleier vil være klar over det risikable i enhver situasjon og hans/hennes skjønn og intuitive bedømmelse av situasjonen gjør at han/hun ikke vipper over. Dette er grunnen til at sykepleieren kan handle innenfor en autoritetsstruktur med svak paternalisme²⁸. Martinsen setter dermed sykepleieren i en ekspertrolle som med sin faglige bakgrunn og godhet for den andre kan gi svar på hva som er rett

behandling for den enkelte. Pasientens stemme blir her forbeholdt sykepleierens fagkunnskap og omsorg.

Spørsmålet jeg sitter igjen med er om det er nok å ha fagkunnskap, være moralsk og å gi ubetinget omsorg. For meg høres det ut som om Martinsen pålegger sykepleieren et stort ansvar for å forvalte en pasients liv. Jeg undrer meg også om hvorvidt en pasient vil bli møtt med engasjement og ubetinget omsorg dersom pasientens ønsker for fremtiden er på kant med sykepleierens egne oppfatninger. Pasientens rett til selvbestemmelse og autonomi må ikke avhenge av sykepleierens verdier. I arbeidet med mennesker som opplever psykose kan dette være ekstra utfordrende fordi en psykose kan gi en person et forvrent bilde av verden som gjør at han/hun ikke alltid vil være i stand til å vurdere hvilke behandlingsoptimaliteter som er mest nyttig³⁵. Man kan likevel ikke anta at dette gjelder alle, og hele tiden.

Martinsen kritiserer et individualisert menneskesyn og dagens samfunnsverdier med å være uavhengig og klare seg selv³¹. Det er likevel hverdagen for mange unge i dag. For de fleste av oss vil det være av betydning å klare seg selv mest mulig. Det innebærer også å være delaktig i utarbeidelse av egen behandlingsplan, sette egne mål for fremtiden og å lære av egne erfaringer for best mulig å håndtere plager og symptomer selv. Med å ikke bygge opp under pasientens autonomi og selvbestemmelse kan det oppfattes som en negativ holdning mot pasients vilje og evne til selvstendighet⁵⁷. Nyere tids forskning viser en behandlingsoptimisme som sykepleiere har ansvar for å formidle til pasienten¹³.

5.2 SYKEPLEIEIDENTITET

Sykepleierne i min studie var ansatt i ulike deler av DPS, de fleste på voksen psykiatrisk poliklinikk eller i ambulant team. Det var ulikt hvilke begreper sykepleierne brukte på sin egen rolle. Eksempler var behandler, terapeut, klinisk konsulent og psykiatrisk sykepleier.

Noe som var gjennomgående var en endring i identitet fra sykepleier til behandler. En forklaring kan være en bytte av kontekst fra et praktisk og handlingsorientert yrke, til en *jobb på kontor* der det er større krav til kartlegging og dokumentasjon. Psykiatrisk sykepleie bygger på grunnutdanning i sykepleie og kjerner i sykepleiefaget gjelder også i psykiatrisk sykepleie³². Mitt inntrykk var at deltakerne i fokusgruppene hadde vansker med å knytte grunnutdanning i sykepleie sammen med aktuell arbeidssituasjon. Bare en deltaker understreket umiddelbart at hun var sykepleier, og derfor hadde en særegen kompetanse. Det var tydelig at tverrfaglige videreutdanninger og like arbeidsoppgaver bidro til å svekke sykepleieridentitet og til en pulverisering av roller. Kunnskapsdepartementet beskriver i Stortingsmelding 13- "Utdanning til Velferd" et ønske om å innføre et nytt felles innhold i alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. Dette er for å forberede studenter på en tverrprofesjonell yrkesutøvelse⁵⁸. Dette kan bidra til en endring i identitet fra sykepleier spesielt til en *helsearbeider* generelt helt fra grunnutdanning.

For å bevare en sykepleieridentitet i et tverrfaglig miljø, må sykepleieren være oppmerksom og ta i bruk kunnskaper som er særegen for sykepleiere. Som eksempel skriver Karlsen at ansatte i den psykiske helsetjenesten har en tendens til å ignorere kroppen og den fysiske omsorgen, noe som kan føre til at somatiske plager ikke blir fulgt opp²⁵. Vi må også være reflekterte ved bruk av begreper som kan fjerne oss fra eget fag. Eksempel på det kan være å omtale klinisk sykepleie som *behandling* på lik linje med andre yrkesgrupper. Brodtkorp skriver at *mens psykologer og psykiatere har et klart hovedfokus på behandling, er sykepleierens fokus mer delt mellom behandling og lindring*⁵⁹. Vi må også sette ord på eget bidrag i et behandlingsforløp. Selv om andre yrkesgrupper har lik klinisk praksis, vil det være viktig for sykepleiefaget at klinisk arbeid i større grad blir verbalisert og dokumentert; eksempelvis i forskning som viser at sykepleierens bidrag er: å utvikle en terapeutisk relasjon, forebygge tilbakefall, forbedre sosial funksjon, sikre etterlevelse av behandling og å gi støtte til familie¹⁴.

Martinsens definisjon av sykepleie som et praktisk begrep viser seg i studien, også som *usynlige arbeid*. Begrepet inneholder flere dimensjoner; etisk i forhold

til pasienten, men sykepleiernes handlingsorienterte tilnærming kan også føre til at det utføres flere oppgaver enn det som er bestemt ²⁵. Sykepleiernes *usynlige arbeid* kan være et tegn på at det sykepleiefaglige, handlingsorienterte ²⁵ omsorgsarbeidet likevel er så forankret at sykepleierne strekker seg langt og gjør mer enn forventet. Sykepleierne bør være oppmerksom. Dersom det usynlige arbeidet ikke journalføres og synliggjøres vil sykepleierne selv bidra med tildekking av behov og en degradering av det faktiske arbeidet som gjøres. Jeg skriver i min artikkel at rolle som behandler kan gi større faglig tyngde og mer status enn sykepleier. Denne faktoren kan bidra til at sykepleiere ikke anser det som viktig å kjempe for egen sykepleieidentitet. For eget fag, og pasientene, vil det derimot bety mye om sykepleiere synliggjør egen kompetanse og forvalter vår kunnskap til pasientens beste.

6.0 AVSLUTNING

Min masterstudie viser at sykepleiernes kliniske arbeid er omfattende. Å gi behandling til pasienter som opplever psykose krever etisk refleksjon og årvåkenhet av sykepleierne. Sykepleierens kliniske arbeid er dynamisk og beveger seg langs et kontinuum mellom autonomi og paternalisme, og mellom etisk reflektert og ikke-reflektert praksis. Min kjernekategori *jobbing i kulissene* er vurdert til å være paternalistisk, men inneholde etisk refleksjon. Det er viktig å lytte til pasienten, og hjelpe med det vedkommende synes er viktig. Vi må være mer bevisst på usynlig arbeid, og det er nødvendig å gjøre usynlig arbeid synlig.

Når man snakker om psykose er det lett å tenke på alvorlig syke mennesker som har funksjonsnedsettelse på flere områder. Det er viktig at sykepleieren formidler håp for fremtiden til de unge som opplever en psykose. Noen opplever bare den ene psykotiske episoden, noen opplever flere, men mange kan oppleve mestring av livsproblemer og gode liv til tross.

6.1 VIDERE FORSKNING

Min masteroppgave er et bidrag til refleksjon rundt psykiatriske sykepleieres kliniske arbeid. For å få en bedre forståelse av psykiatrisk sykepleie til unge mennesker med psykose vil det være nødvendig med mer forskning på området. Det innebærer mer forskning på evidensbaserte psykiatrisk sykepleie og på sykepleierollen i tverrfaglige miljøer.

Mer kvalitativ forskning på dette feltet vil også være utfyllende for kvantitativ forskning og kan innebære å utforske pasienters og pårørendes erfaringer med å oppleve første episode psykose, med hjelpsøking og om de erfarer å få hjelp når de trenger det.

Referanser

1. Kvig E, Brinchmann B and Moe C. Varighet av ubehandlet psykose og behandlingsveier i Nordland. Bodø2010.
2. Power P and McGorry P. Early interventions for people with psychotic disorders. In: Thornicroft G, Szumukler G, Mueser KT and Drake RE, (eds.). *Oxford Textbook of Community Mental Health*. New York: Oxford University Press Inc., 2011.
3. Sosial og Helsedirektoratet. Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo, 2006.
4. Sosial- og helsedepartementet. St. medling nr 25. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo1996-97.
5. Helse og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen. Oslo, 2008-2009.
6. Sosial- og helsedepartementet. St.prp. nr. 63 Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Oslo, 1997-98.
7. American Psychiatric Association. Guideline Watch (September 2009): Practise Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. 2009.
8. EPPIC: Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. EPPIC Clinical Guidelines. <http://www.eppic.org.au/principles-intervention>
9. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). NICE clinical guideline 82: Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). London2009.
10. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005; 39: 1-30.
11. Helsetilsynet. Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredninger og behandling. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
12. Breitborde NJK, Srihari VH and Woods SW. Review of the operational definition for first- episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2009; 3: 259-65.

13. Marshall M and Rathbone J. Early Intervention for Psychosis. *Schizophrenia bulletin*. 2011; 37: 1111-4.
14. Dusseldorp LV, Goossens P and Achterberg TV. Mental Health Nursing and First Episode Psychosis. *Issues in Mental Health Nursing*. 2011; 32: 2-19.
15. Reed SI. First-episode psychosis: a literature review. *International journal of mental health nursing*. 2008; 17: 85-91.
16. Baker P. Care and Treatment, Section preface. In: Barker P, (ed.). *Mental Health Ethics, The human context*. London: Routledge, 2011.
17. Norman R and Malla A. Duration of untreated psychosis: A critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*. 2001; 31: 381-400.
18. Tait L, Birchwood M and Trower P. Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *The British Journal of Psychiatry*. 2003; 182: 123-8.
19. Joa I, Johannessen JO, Auestad B, et al. The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. *Schizophrenia Bulletin*. 2008; 34: 466-72.
20. Sæterstrand T and Møllersen Å. Sykepleiernes erfaringer med brukerveiledning i psykiatriske dagsentra. *Vård i Norden*. 2010; 30.1: 19-23
21. Almvik A. Hvordan definerer psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten sin funksjon og rolle? : en annerledes fagrolle? *Vård i Norden*. 1996. Årg. 16, nr 42.4: s 13-8.
22. Strand L. *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1990.
23. Hummelvoll JK. *Helt- ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
24. Vråle GB, Karlsson B and Hummelvoll JK. Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid- selvforståelse, praksis og forskning. Høgskolen i Hedmark, 2009, p. 233.
25. Karlsen R. Psykiatriske sykepleiers bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. *Sykepleien forskning*. 2009; 4(3): 198-204.
26. Kirkevold M. *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Ad Notam Gyldendal, 1992.

27. Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
28. Martinsen K. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe, 2005.
29. Orem D. Self-Care and Health Promoting: Understanding Self-Care. In: Renpenning KM and Taylor SG, (eds.). *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company, Inc., 2003.
30. Orem D. Motivating Self-Care- The Reality: Persons as Self-Care Agents. In: Renpenning KM and Taylor SG, (eds.). *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company, Inc., 2003.
31. Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO AS, 1989.
32. Anderaa I. Noen utviklingslinjer i norsk psykiatrisk sykepleie 1950-1988. In: Vråle GB, Karlsson B and Hummelvoll JK, (eds.). *Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid- selvforståelse, praksis og forskning*. Høgskolen i Hedmark, 2009.
33. Brinchmann BS. *Etikk i Sykepleien*. Oslo: Gyldendal, 2008.
34. Beauchamp TL and Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics: Fifth Edition*. New York: Oxford University Press, Inc., 2001.
35. Sjostrand M and Helgesson G. Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics*. 2008; 22: 113-20.
36. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). In: omsorgsdepartementet H-o, (ed.). 1999.
37. Gillon R. Ethics needs principles- four can encompass the rest- and respect for autonomy should be "first among equals". *J Med Ethics*. 2003; 29: 307-12.
38. Mitchell V. Professional relationships. In: Barker P, (ed.). *Mental Health Ethics*. New York: Routledge, 2011.
39. Vatne S. *Pasienten først?: Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget, 1998.
40. McCann TV and Clark E. A grounded theory study of the role that nurses play in increasing clients`willingness to access community mental health services. *International journal of Mental Health Nursing*. 2003; 4: 279-87.

41. Hernandez C. Developing Grounded Theory Using Focus Groups. In: Martin VB and Gynnild A, (eds.). *Grounded Theory: The Philosophy, Method, and Work of Barney Glaser* Boca Raton, Florida: BrownWalker Press, 2012.
42. Hartman J. *Grundad teori: teorigenerering på empirisk grund*. Lund: Studentlitteratur, Lund, 2001.
43. Glaser B. *Theoretical Sensivity*. Mill Valley: The Sociology Press, 1978.
44. Glaser B and Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New Brunswick: Aldine Transaction, 1967.
45. Giske T and Artinian BM. A Personal Experience of Working with Classical Grounded Theory: From beginner to Experienced Grounded Theorist. *International Journal of Qualitative Methods*. 2007; 6.
46. Artinian BM, Giske T and Cone PH. *Glaserian Grounded Theory in Nursing Research : trusting emergence*. New York: Springer Publishing Company, 2009.
47. Gynnild A and Martin VB. Introduction: Mentoring a Method. In: Gynnild A and Martin VB, (eds.). *Grounded Theory: The philosophy, Method and work of Barney Glaser*. Boca Raton: Brown Walker Press, 2012.
48. Kamberelis G and Dimitriadis G. Strategic Articulations of Pedagogy, Politics, and Inquiry. In: Denzin NK and Lincoln YS, (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research: Thrid Edition*. Thousand Oaks: Sage publications, Inc., 2005.
49. Krueger RA and Casey MA. *Focus Groups: A practical guide for applied research*. Thousand Oaks 2000.
50. Sørfonden W and Finstad H. Forskerliv og hverdagsliv i samme rom - et tilbakeblikk på erfaringer med metoden fokusgruppe. *Vård i Norden*. 2000; 20.
51. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
52. Brinchmann B. Etikk i nyfødttmedisin. En kvalitativ studie av sykepleiers, legers og foreldres erfaringer med liv-død beslutninger hos premature barn. Oslo: Universitetet i Oslo, 2003.
53. NVivo9. QSR international, 2010.
54. Slettebø Å. Forskningsetikk. In: Brinchmann BS, (ed.). *Etikk i Sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.
55. Ruyter KW, Førde R and Solbakk JH. *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.

56. Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M and an der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. . *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999; 100: 105-18.
57. Tait L, Ryles D and Sidwell A. Strategies for engagement. In: French P, Smith J, Shiers D, Reed M and Rayne M, (eds.). *Promoting Recovery in Early Psychosis: A Practice Manual*. West Sussex: Blackwell Publishing Ltd, 2010.
58. Kunnskapsdepartementet. St. meld. 13 Utdanning for velferd. Oslo 2011-2012.
59. Brodtkorb K. Selvskading og sykepleie. *Vård i Norden*. 2001; 2: 11-5.

VEDLEGG

ARTIKLER:

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

POPULÆRVITENSKAPELIG ARTIKKEL

VEDLEGG 1: GODKJENNING FRA ETISK KOMITÈ

VEDLEGG 2: OVERSIKT OVER SØK

VEDLEGG 3: LESEMATRISJE

VEDLEGG 4: INVITASJON TIL FOKUSGRUPPE

VEDLEGG 5: SAMTYKKESKJEMA

VEDLEGG 6: TEMAGUIDE

VEDLEGG 7: OVERSIKT OVER KODER OG KATEGORIER

VEDLEGG 8: FORFATTERERKLÆRING VITENSKAPELIG ARTIKKEL



An ethical view of mental health nursing and first episode psychosis



Journal:	<i>Nursing Ethics</i>
Manuscript ID:	NE-12-0043
Manuscript Type:	Original Manuscript
Keywords:	mental health nursing, first episode psychosis, autonomy, paternalism, grounded theory, ethics
Abstract:	<p>The aim of this study was to explore and reflect upon mental health nursing and first episode psychosis. Seven multidisciplinary focus group interviews were conducted and data analysis was influenced by a grounded theory approach. The core category was found to be a process named "working behind the scenes". It is presented along with three subcategories: "keeping patients in mind", "invisible care" and "invisible network contact". Findings are illuminated with ethical principles of autonomy and paternalism. Nursing care is dynamic and clinical work moves along continuums between autonomy and paternalism and between ethical reflective and non-reflective practice. "Working behind the scenes" is considered to be in a paternalistic area containing an ethical reflection. Treating and caring for individuals experiencing first episode psychosis demands an ethical awareness and great vigilance by nurses. The study is a contribution to reflection upon everyday nursing practice, and the conclusion is the importance of making invisible work visible.</p>

SCHOLARONE™
Manuscripts

Figure 1



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

"WORKING BEHIND THE SCENES"

AN ETHICAL VIEW OF MENTAL HEALTH NURSING AND FIRST EPISODE PSYCHOSIS

ABSTRACT

The aim of this study was to explore and reflect upon mental health nursing and first episode psychosis. Seven multidisciplinary focus group interviews were conducted and data analysis was influenced by a grounded theory approach. The core category was found to be a process named "working behind the scenes". It is presented along with three subcategories: "keeping patients in mind", "invisible care" and "invisible network contact". Findings are illuminated with ethical principles of autonomy and paternalism. Nursing care is dynamic and clinical work moves along continuums between autonomy and paternalism and between ethical reflective and non-reflective practice. "Working behind the scenes" is considered to be in a paternalistic area containing an ethical reflection. Treating and caring for individuals experiencing first episode psychosis demands an ethical awareness and great vigilance by nurses. The study is a contribution to reflection upon everyday

1
2
3
4
5
6
7
8
9 nursing practice, and the conclusion is the importance of making invisible work
10 visible.
11
12

13 14 15 16 **KEYWORDS**

17
18 Mental health nursing, first episode psychosis, ethics, autonomy, paternalism,
19 grounded theory
20
21
22
23
24
25
26
27

28 **INTRODUCTION**

29
30 Mental health nurses constitute the majority of the work force in most mental
31 health care and can therefore make an important contribution to treatment and
32 care of mental health patients. Several international guidelines describe best
33 practice in treatment and care of individuals experiencing First Episode Psychosis
34 (FEP) ¹⁻⁵. However, these guidelines don't distinguish between how different
35 professionals should contribute. Consequently, this provides little information
36 about the role of the mental health nurse regarding treatment and care of
37 individuals experiencing FEP.
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

51
52 FEP refers to the first time a person experiences a psychotic episode, and often
53 occurs in late adolescence ⁶. Characteristic symptoms are delusions, hallucinations,
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

disordered thoughts and behaviour. Individuals experiencing FEP are at risk of social and occupational function and, therefore, constitute a vulnerable group ^{1,7}.

There is considerable research on the importance of early identification and treatment in FEP ⁸⁻¹¹. Patients may require care and treatment involving several aspects, such as family support, psychoeducation, illness management, psychotherapy, vocational rehabilitation and pharmacological treatment ^{1,7,12}.

Early intervention is essential regarding the psychological impact on patients and their families ⁹ and several studies indicate that early intervention of psychosis predict a better outcome ^{8,10,11,13}.

Internationally, there has been a transition from hospital-based to community-based care of mental health disorders ¹². The Norwegian national guidelines promote community-based mental health services ^{14,15}. Community Mental Health Centres (CMHC) have a core role in treatment and care in their geographic sector and they are a pathway to specialized hospital care ¹⁶. Local adaption is emphasized within frames of political and health guidelines ¹⁶.

Previous studies show that mental health nurses are involved in many aspects of treatment and care of individuals experiencing FEP ^{1,7,17}. Van Dusseldorp et al. identified five domains defining the contribution of nurses: development of

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 therapeutic relation, relapse prevention, enhancement of social function,
11 stimulation of medication adherence and support of family members ¹. They also
12 emphasize the importance of research providing evidence-based insight into the
13 role of mental health nurses, and that nurses should reflect upon their own daily
14 practice ¹. Little research is found from the CMHC context in Norway concerning
15 early intervention of psychosis and, therefore, the aim of this study, is to explore
16 and reflect upon mental health nurses' clinical practice regarding care and
17 treatment of individuals experiencing FEP in a CMHC.
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

31 **METHODS**

32
33 Qualitative research methods were selected to explore the nurses' clinical practice
34 in CMHC, treating and caring for individuals experiencing FEP. This study is part of
35 a larger research project exploring other aspects of CMHC, so data collections were
36 done with several aspects. Data were collected using focus group interviews ¹⁸ and
37 the analysis is influenced by a Grounded Theory (GT) approach ¹⁹⁻²¹.
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47

48 *Participants/ context*

49
50 The study took part in a rural area of Norway. All CMHC (n=7) within a county were
51 invited to participate. The leaders of the centres were contacted by telephone for
52 information about the study and asked to suggest participants for focus group
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9 interviews. They were asked for 6-8 participants who were directly involved in
10 treatment of young individuals (16-35 years old) experiencing FEP and variations
11 in health professional and gender. An information letters circular was sent to the
12 leader, who distributed it to the participants. Two of the participating CMHC had a
13 specialized early intervention team. The others had generalist services.
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23

24 *Data collection*

25
26 GT opens for different methods of data collection. This is because different groups
27 and problems need different ways to collect information, and the researcher needs
28 to be flexible ²⁰. Focus groups were chosen because it has been useful to obtain
29 participants' practice and opinions, by discussing with each other and exploring
30 their collective memory ²². It was intended that participants should reflect upon
31 their own daily practise. The interviews were planned and conducted as described
32 by Krueger and Casey ¹⁸. All seven focus groups were conducted at the mental
33 health centres from October 2010 to March 2011 and lasted for 90 to 120 minutes.
34
35 There were two to seven participants in each group. The interviews were led by a
36 moderator, who ensured that all participants felt included and got the chance to
37 share their opinions.. The interviews were focused with a question guide and
38 adjustments were made before each interview based upon on-going analyses
39 according to GT and the focus group method ^{18, 20}. An assistant moderator took
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9 notes during each interview, summarized and asked complementary questions at
10
11 the end.
12
13

14 15 16 *Analysis*

17
18 A Grounded Theory approach was used for data analysis. GT was developed by
19
20 Glaser and Strauss²⁰ but this study is mainly inspired by Glaser¹⁹⁻²¹. GT is a useful
21
22 research method when there is little prior information about a topic. Glaser
23
24 describes the goal of grounded theory as “*to generate a theory that accounts for*
25
26 *pattern of behaviour which is relevant and problematic for those involved*” p. 93¹⁹.
27
28
29 The method was considered useful to explore nurses’ clinical work and how they
30
31 experienced and coped with their challenges.
32
33
34
35
36
37

38 Each interview was transcribed verbatim. Transcripts were coded line-by-line
39
40 (open coding) searching for words describing the nurses’ clinical work, role and
41
42 challenges. Memos were written after each interview and during the analysis
43
44 process, focusing on relationships between codes, phrases and categories (constant
45
46 comparison). Codes were sorted in categories, and a core category was found.
47
48
49 Codes related to the core category were sorted out (selective sampling) and sorted
50
51 in three sub-categories. NVivo software was used as a tool to arrange data and
52
53 document the analysis process²³.
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12 **Table 1 – Phrases in the analyzes**
13

14
15
16 *Ethics*

17
18
19 The study is approved by the Regional Committee for Medical Research Ethics
20
21 (REKNORD 2009/1426). All participants gave informed consents. All data has been
22
23 treated anonymously.
24
25

26
27
28
29 **RESULTS**

30
31 Our findings are presented in one overarching theme (core category), which we
32
33 named “working behind the scenes” along with three subcategories; “keeping
34
35 patients in mind”, “invisible care” and “invisible network contact”.
36
37

38
39
40 How participants defined their task concerning individuals with FEP varied. Some
41
42 CMHC focused on clinical assessment and considered support and recovery as tasks
43
44 for the municipal services. Other centres offered both clinical assessment and
45
46 recovery. The degree of involvement from the hospital varied. All centres were
47
48 organized multidisciplinary and beside medication and attention towards physical
49
50 health, there was little awareness of the nurse’s role versus other health and social
51
52 care professionals. Descriptions of practice also confirmed that professional
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9 background does not affect patients' treatment and care. Therefore, the findings in
10 this study will describe clinical work by both nurses and other health and social
11 care professionals.
12
13
14
15
16
17
18

19 *"Working behind the scenes"*

20
21 The CMHC nurses experienced a diversity of challenges regarding helping young
22 individuals experiencing FEP. They shared a common feeling of responsibility and a
23 willingness to be flexible. Nurses described the patients as hard to engage and
24 reluctant to undergo treatment. This was explained both by the patient's
25 symptoms, such as social withdrawal, apathy and emotional distress, and the fact
26 that nurses were hindered from visiting the patients in their home because of long
27 distances and demands for effectiveness. The nurses' main challenge was found to
28 be not reaching the patient, both physical and mentally. To cope with this
29 challenge, we identified a process named "working behind the scenes". This
30 indicates how the nurses spend time working around the patient, without the
31 patients' knowledge, participation or engagement.
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49

50 *"Keeping the patient in mind"*: The nurses kept the young individuals in their mind,
51 and in the health care system. Usually patients drop out of the patient list if they
52 don't show up for three appointments, but these patients were informally
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

exempted from this. Even though the nurses didn't physically meet a patient they did spend a lot of time worrying, discussing the patients' health and wondering how to reach them and do assessments. An ethical dilemma concerning how persistent they could be towards patients was also mentioned. Participants were divided concerning whether patients actually said no to meeting with them or whether they agreed to meet but didn't manage to show up.

"and we say the door is open and we know the person. Give us a hint, we are ready, and we try again."

"How assertive is it allowed not to be? When does it become a sin of omission? The reason why we lose these patients is hiding behind ethics. We don't want to be persistent."

"It is unethical not to be assertive..."

"Invisible care": Although not always explicitly expressed, the nurses seemed to emphasize the importance of building a safety net for each individual. This was meant to ensure that the patient could continue school or work, have financial security and receive practical support in daily life. Activities like going on a drive or

1
2
3
4
5
6
7
8
9 visit to a café were useful to build a trusting relationship. Although activities like
10 this are visible and noted in the patient's journal, there is still a lot of invisible work
11 around activities like this. Several days before a planned meeting, the nurses
12 sometimes started to prepare the patient and themselves. Sometimes they had
13 made an agreement that the patient would receive an e-mail or text message a
14 certain time before the encounter. If the patient didn't show up, the nurses often
15 called several times to get in touch, consulted colleagues or municipal services or
16 rented a car to seek the patient at home, if they were worried.
17
18

19 The nurses were always looking for creative ways to reach the patient. Text
20 messages and e-mails were widely used. The participants agreed the CMHC does
21 not fit the FEP patients, but they still tried to make the service more suitable for the
22 particular individual and more relevant to his/her individual needs. Most of this
23 work stayed invisible because it wasn't noted in the patient's journal and no one
24 saw it.
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44

45 *"We spend a huge amount of time trying to reach the patient."*
46
47
48
49

50 *"It's so hard with these patients, they don't show up. It requires a lot of preparations*
51 *to make them accept treatment"*
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

"Yes, I think we spent a lot of time calling, we spend a lot of time sending text messages. We spend a lot of time being available, we spend a lot of time inviting too."

"Invisible network contact": Supervision and teaching were assigned tasks for the nurses at the CMHC. They had regular meetings with municipal health employees and families to enhance their competence and help them to endure their challenges with a certain patient. However, a part of the practitioners' networking remained neither scheduled nor within patient's consciousness. If patients didn't show up for an encounter or lacked words to describe their situations, the practitioners could feel they didn't get enough information to assess the patient's health. This was important because the nurses were often responsible for treatment and were the only contact in specialized mental health care. The nurses often contacted the patient's network for supplementary information. Information about symptoms, medication compliance and ADL function was considered important. Likewise, the network contacted them if they were worried or needed some advice and they were offered support, information and reassurance. Nurses tried to think of creative ways to cooperate with the network, to make services more available to them and to facilitate helpers near the patient.

1
2
3
4
5
6
7
8
9 Owing to the long distances or patients' health, nurses from CMHC sometimes had a
10 more withdrawn and coordinating role. They "worked through others" or had
11 "indirect" contact with patients. This could be asking municipal services to initiate
12 interventions or asking the families to observe certain symptoms or functions.
13
14
15
16
17
18
19 They reported back to CMHC clinicians who made assessments.
20
21
22
23
24
25

26 *"...we don't give up, we don't. We don't close the case, we keep contact with the*
27 *patient's network to make them feel they are a part of something"*
28
29
30
31
32
33
34

35 *"Forming relationships takes time, the young ones fall out. We need to be more active*
36 *and work with network around them, that kind of activity"*
37
38
39
40
41
42
43

44 **DISCUSSION**

45
46
47 The core category "working behind the scenes" summarizes a process describing
48 some of the nurses' work at a rural CMHC. In this article, the phrase "Working
49 behind the scenes" indicates that something is hidden, invisible or unregistered.
50
51
52
53
54 Ethical theory of autonomy and paternalism is used to illuminate the core category.
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12 *Ethics of Autonomy and Paternalism*

13
14 The principle of autonomy recognizes individual choice and freedom of the will ²⁴
15
16 and is in modern health care considered to be important ²⁵. Beuchamp and
17
18 Childress ²⁴ define three conditions to an act to be autonomous: acts are (1)
19
20 intentional, (2) with understanding and (3) without controlling influences that
21
22 determine their action. In health care, the principle of autonomy primarily
23
24 recognizes the right to decide about one's own treatment and, in particular, to
25
26 refuse treatment ²⁶.
27
28
29
30
31
32

33 Acute psychosis may impair a person's reality testing, distort his or her
34
35 comprehension of the world and, therefore, lead to an impaired ability to make
36
37 rational treatment choices. This complicates the principle of autonomy. It is still
38
39 important to be aware that most people with psychotic disorders recover from the
40
41 acute episodes, and although they may still experience delusions or hallucinations,
42
43 the symptoms have less intensity and the person may have their reality testing
44
45 capacity intact. A patient with a psychotic disorder may understand that auditory
46
47 hallucinations differ from external phenomena, and will be fully competent to
48
49 decide for himself/herself whether or not to accept treatment ²⁶.
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 Paternalism is considered contradictory to the values of autonomy. Beuchamp and
11 Childress define paternalism as *“the intentional overriding of one person’s known*
12 *preferences or actions by another person, where the person who overrides justifies the*
13 *action by the goal of benefitting or avoiding harm to the person whose preferences or*
14 *actions are overridden”* p.178 ²⁴. Paternalism is the sharp end of professional
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

beneficence ²⁷ and should only be considered when patients lack capacity and treatment is in patient’s best interest ²⁸. In psychiatric practice, there has always been a tension between restraint and freedom. Practice easily slips into paternalism, even though there may be good intentions ²⁹.

“Working behind the Scenes”

The mental health nurses’ clinical practice moves along an autonomy- paternalism continuum. “Working behind the scenes” is considered as an area towards paternalism, justified by ethical reflection based upon the principle of beneficence and the nurse’s responsibility for the patient’s health (guidelines). What characterizes this area is that care is “determined by others” or patients don’t participate in decisions concerning their own treatment.

Figure 2- “Working behind the scenes”, an ethical view of mental health nursing.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12 “*Invisible caring*” is an example of nurses’ action justified by beneficence. Shatell et.
13
14 al ³⁰ also found “invisible caring” as a description of thoughtful actions provided by
15
16 nurses in their care. No one, not even patients themselves, notice what nurses
17
18 actually do for them. Invisible work is easy to consider as nice and friendly but
19
20 should also cause ethical awareness. What is done in the best intentions might be
21
22 perceived as a violation of trust.
23
24
25
26
27

28
29 “*Invisible network contact*”: Individuals experiencing FEP are often withdrawn and
30
31 hard to engage in treatment ³¹. If the nurses don’t have an opportunity to assess the
32
33 patient’s mental health and interact if necessary, there could be a risk of relapse,
34
35 untreated psychosis and even a risk of suicide or violence towards others ³². The
36
37 nurses feel responsibility for each individual and strive to get an overview of their
38
39 situation. If the patient avoids treatment, it feels like crucial for nurses to be
40
41 persuasive or stay in touch with the patient’s network. “Working behind the
42
43 scenes” when working *indirectly* or *through others* might be in a grey zone of a
44
45 concept named by Lutzèn ³³ as subtle coercion where clinicians, through others, are
46
47 judging patients competency, acting strategically and modify the meaning of
48
49 autonomy.
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

"Keeping patient in mind": Psychotic symptoms might lead to avoidance, anxiousness and isolation, which makes it difficult for nurses to assess whether patients refuse treatment or don't manage because of psychotic symptoms and distress. This makes everyday practice challenging because nurses don't want to be persuasive but neither accused of omission. They *"keep patients in mind"* and do assessments concerning the patient's health. What makes it more complicated is the fact that interventions often are justified in preventions for deterioration, risk on a longer-term view and future compulsory treatment, not present mental health. Sjostrand and Helgesson find defending the patient's future autonomy interest at the cost of present authentic interest, unacceptably paternalistic ²⁶.

If paternalistic actions are done without ethical reflection, there is a risk of abusing patients. Deception, manipulation or non-disclosure of information and coercion are examples of actions that might be abusive if they are not ethically reflected and justified. Likewise, if patient autonomy is fully set into action without any ethical reflection, there will be a risk of omission. Nurses would not be aware of a patient's vulnerability and loss of self-care skills.

Mental health nursing containing ethical reflection and awareness of patient autonomy will lead to an improved degree of self-care. Orem's theory of self-care

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10 refers to human behaviour that is self-directed and self-permitted ³⁴. Self-care is a
11 practical endeavour and need to be deliberately engaged in by patients ³⁵. It
12 requires knowledge and skills and nurses promote these skills with “motivating
13 self-care” together with their professional competence and the patient’s lived
14 experiences ³⁵. Research emphasizes the importance of focusing on young patients’
15 own goals, not what practitioners think is in their best interest ³⁶.
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

26 Beuchamp and Childress ²⁴ define “*whether respect for autonomy of patients should*
27 *have priority over professional beneficence directed at those patients*” as a central
28 problem in biomedical ethics (p.176). Nurses hold professional obligations and are
29 bound by policies, norms and organisational directives, which might conflict with
30 individual obligations ^{37,38}. Psychotic symptoms, emotional distress and impaired
31 cognition make individuals vulnerable and might disrupt reality-testing and
32 decision-making capacity, ³⁹ which complicates nurses’ commitment to the right to
33 autonomy of a person experiencing psychosis.. Obligations for individuals and
34 society safety might also lead to paternalism, forcing patients to accept treatment.
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49

50 Nurses strive for security might be perceived as a pessimistic attitude towards the
51 views of individuals and their will to recovery ³⁶. Tait et. al ⁴⁰ recommend services
52 to aim to develop practical living skills and avoid dependence in young people,
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9 which might be a contradiction to “working behind the scenes”. Representing an
10 individual and making the person able to say what they want rather to work in
11 their best interest is considered an autonomous attitude and nurses should only
12 speak on behalf of someone if requested ³⁸. The patients` engagement in treatment
13 and mental health centres is fundamental to reducing the impact of FEP on the
14 individuals and their families, and to facilitate recovery ⁴⁰. When nurses “work
15 behind the scenes”, there might be a risk of focusing on what we think is in the
16 patient’s best interests, not their own personal goals ⁴⁰.
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

31 **STUDY LIMITATIONS**

32
33 A multidisciplinary focus group might give different results compared to a group
34 interview involving only mental health nurses. However, it was still considered to
35 give valid results.
36
37
38
39
40
41
42

43 It could be hard to distinguish between young individuals experiencing FEP and
44 other patients in a focus group interview. Some data might refer to patients having
45 longer-term illness like Schizophrenia.
46
47
48
49
50
51

52 **CONCLUSION AND IMPLICATIONS**

53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

The intention of this study was to explore mental health nurses' clinical work in a rural area CMHC, treating and caring for individuals experiencing FEP. The study shows that the nurses' clinical practise is comprehensive. Treating and caring for individuals experiencing FEP demands an ethical awareness and great vigilance by nurses.

Nursing care is dynamic and clinical work moves along continuums between autonomy and paternalism, and between ethical reflective and non-reflective practise. In this article, "working behind the scenes" is considered as being in a paternalistic area containing an ethical reflection.

Listening to each individual instead of telling the truth is essential to building a partnership. It is important that nurses offer help requested by the patient, not impose what we think is in patient's best interest. We need to become more aware of invisible work, and it is necessary to make invisible work visible.

This study is a contribution to reflection upon everyday nursing practise. However, more ethical reflection, insight in evidence-based nursing interventions and a higher consciousness of the nurse's role are needed.

ACKNOWLEDGEMENTS

1
2
3
4
5
6
7
8
9 We would like to acknowledge research participants for their generous
10 contributions.
11
12

13 14 15 16 **FUNDING**

17
18 This study is partly funded by a research grant from the Northern Norway Regional
19 Health Authority and Nordland Hospital (grant number PFP974-10).
20
21
22

23 24 25 26 **DECLARATION OF CONFLICTING INTERESTS**

27
28 The authors declare that there is no conflict of interest.
29
30
31

32 33 **REFERENCES**

- 34
35
36
37 1. Dusseldorp LV, Goossens P and Achterberg TV. Mental Health Nursing and
38 First Episode Psychosis. *Issues in Mental Health Nursing*. 2011; 32: 2-19.
39
40
41 2. EPPIC: Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. EPPIC Clinical
42 Guidelines.
43
44
45
46 3. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice
47 Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal
48 Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9 the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand*
10 *Journal of Psychiatry*. 2005; 39: 1-30.

11
12
13
14 4. American Psychiatric Association. Guideline Watch (September 2009):
15
16 Practise Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. 2009.

17
18
19 5. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). NICE clinical
20
21 guideline 82: Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management
22
23 of schizophrenia in primary and secondary care (update). London 2009.

24
25
26 6. Breitborde NJK, Srihari VH and Woods SW. Review of the operational
27
28 definition for first- episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2009; 3:
29
30 259-65.

31
32
33 7. Reed SI. First-episode psychosis: a literature review. *International journal of*
34
35 *mental health nursing*. 2008; 17: 85-91.

36
37
38 8. Larsen TK, Melle I, Auestad B, et al. Early detection of psychosis: positive
39
40 effects on 5-year outcome. *Psychol Med*. 2010: 1-9.

41
42
43 9. Johannessen JO, Friis S, Joa I, et al. First-episode psychosis patients
44
45 recruited into treatment via early detection teams versus ordinary pathways:
46
47 course, outcome and health service use during first 2 years. *Early Intervention in*
48
49 *Psychiatry*. 2007; 1: 40-8.

50
51
52 10. Marshall M and Rathbone J. Early Intervention for Psychosis. *Schizophrenia*
53
54 *bulletin*. 2011; 37: 1111-4.
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
11. Perkins DO, Gu H, Boteva K and Lieberman JA. Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 2005; 162: 1785-804.
12. Power P and McGorry P. Early interventions for people with psychotic disorders. In: Thornicroft G, Szumukler G, Mueser KT and Drake RE, (eds.). *Oxford Textbook of Community Mental Health*. New York: Oxford University Press Inc., 2011.
13. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P and Croudace T. Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients: A Systematic Review. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62.
14. The Norwegian Ministry of Health and Care Services. Report No. 47 The Coordination reform. Proper treatment -at the right place and time. Oslo2008-2009.
15. Ministry of Health and Care Services. Report to the Norwegian Parliament nr.25: Openness & entirety. About psychiatric illness and the services. Oslo1997.
16. The Directorate for Health and Social Affairs. Community Mental Health Centres-facing the primary care and backed by specialized hospital services. Oslo2006.

17. Morse M and Procter N. Review: exploring the role of mental health nurse-practitioner in the treatment of early psychosis. *journal of clinical nursing*. 2011.
18. Krueger RA and Casey MA. *Focus Groups: A practical guide for applied research*. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2009.
19. Glaser B. *Theoretical Sensivity*. Mill Valley: The Sociology Press, 1978.
20. Glaser B and Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New Brunswick: Aldine Transaction, 1967.
21. Giske T and Artinian BM. A Personal Experience of Working with Classical Grounded Theory: From beginner to Experienced Grounded Theorist. *International Journal of Qualitative Methods*. 2007; 6.
22. Kamberelis G and Dimitriadis G. Strategic Articulations of Pedagogy, Politics, and Inquiry. In: Denzin NK and Lincoln YS, (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research: Thrid Edition*. Thousand Oaks: Sage publications, Inc., 2005.
23. NVivo9. QSR international, 2010.
24. Beauchamp TL and Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics: Fifth Edition*. New York: Oxford University Press, Inc., 2001.
25. Gillon R. Ethics needs principles- four can encompass the rest- and respect for autonomy should be "first among equals". *J Med Ethics*. 2003; 29: 307-12.
26. Sjostrand M and Helgesson G. Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics*. 2008; 22: 113-20.

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9 27. Mitchell V. Professional relationships. In: Barker P, (ed.). *Mental Health*
10 *Ethics*. New York: Routledge, 2011.
11
12
13
14 28. Szmukler G and Appelbaum PS. Treatment pressures, coercion, and
15
16
17
18
19
20
21
22 29. Double D. The Psychiatrist. In: Barker P, (ed.). *Mental Health Ethics: The*
23 *human context*. New York: Routledge, 2011.
24
25
26
27
28
29
30
31 30. Shattell MM, Andes M and Thomas SP. How patients and nurses experience
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
30. Shattell MM, Andes M and Thomas SP. How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nursing Inquiry*. 2008; 15: 242-50.
31. O'Brien A, Fahmy R and Singh SP. Disengagement from mental health services: A literature review. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2009; 44: 558-68.
32. Snow N and Austin WJ. Community treatment orders: the ethical balancing act in community mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009; 16: 177-86.
33. Lutzen K. Subtle coercion in psychiatric practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1998; 5: 101-7.
34. Orem D. Self-Care and Health Promoting: Understanding Self-Care. In: Renpenning KM and Taylor SG, (eds.). *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company, Inc., 2003.

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
35. Orem D. Motivating Self-Care- The Reality: Persons as Self-Care Agents. In: Renpenning KM and Taylor SG, (eds.). *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company, Inc., 2003.
36. Tait L, Birchwood M and Trower P. Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *The British Journal of Psychiatry*. 2003; 182: 123-8.
37. Provis C and Stack S. Caring Work, Personal Obligation and Collective Responsibility. *Nursing Ethics*. 2004; 11: 5-14.
38. Warne T, McAndrew S and Gawthorpe D. The mental health nurse. In: Barker P, (ed.). *Mental Health Ethics: The human context*. London: Routledge, 2011.
39. Rudnick A and Weijer C. Ethics. In: Mueser KT and Jeste DV, (eds.). *Clinical Handbook of Schizophrenia*. New York: The Guildford Press, 2008.
40. Tait L, Ryles D and Sidwell A. Strategies for engagement. In: French P, Smith J, Shiers D, Reed M and Rayne M, (eds.). *Promoting Recovery in Early Psychosis: A Practice Manual*. West Sussex: Blackwell Publishing Ltd, 2010.

1

Open coding:	<i>They don't come here</i>	<i>main challenge to reach patients</i>	<i>we feel alone</i>	<i>attention towards medication</i>
	<i>They don't fit our system</i>	<i>flexibility and stability</i>	<i>importance of cooperation</i>	<i>attention towards physical health</i>
	<i>rejection and isolation</i>	<i>be a useful person</i>	<i>wish more contact with municipal service</i>	<i>we are all similar</i>
Categories	Patients	Helpers	System	Profession

A core variable "Working behind the scenes" was identified from the "Helper" category. Selective coding from all data identified three subcategories:

"Working behind the scenes"

Selective Coding:	<i>detective work</i>	<i>tell them the door is open</i>	<i>updates from significant others</i>
	<i>call until we get an answer</i>	<i>be available</i>	<i>assessments through others</i>
	<i>spend a lot of time preparing</i>	<i>don't delete from list</i>	<i>family support</i>
Sub categories	invisible work	keep patients in mind	invisible network contact

RETTELSE TIL MANUS- VITENSKAPELIG ARTIKKEL.

I manus til artikkelen har jeg skrevet: *Patients experiencing FEP are at risk of social and occupational function.....* (side 4, linje 9-12).

Rettelse skal være : *Patients experiencing FEP are at risk of **reduced** social and occupational function.....*

Reranseliste

I referanse nr 2. *EPPIC: Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. EPPIC Clinical Guidelines*. Skal også URL adressen: <http://www.eppic.org.au/principles-intervention> være lagt til.

Sykepleieridentiteten forsvinner i psykisk helsearbeid

I distriktpsikiatriske sentre byttes tradisjonelle sykepleieroppgaver ut med rollen som behandler - og sykepleieridentiteten forsvinner.



Av Cathrine Fredriksen Moe, psykiatrisk sykepleier ved Nordlandssykehuset HF og masterstudent i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland.

Sykepleiere ved Distriktpsikiatriske sentre, som arbeider med unge mennesker som opplever første episode psykose, definerer kunnskap om somatikk og medikamenter som et «spesialfelt». Tradisjonelle sykepleieroppgaver byttes ut med rolle som behandler og sykepleieridentiteten forsvinner.

Som en del av en større studie har jeg undersøkt de psykiatriske sykepleierens kliniske arbeid ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) innenfor et fylke i Norge når det gjelder behandling av unge mennesker som opplever en første episode psykose. Data har vært samlet inn ved hjelp av fokusgruppeintervjuer (1) og analysen er inspirert av Grounded Theory (2). Hovedfunnene i denne studien presenteres i en annen artikkel, men jeg ønsker her å gjøre rede for funn som direkte omhandler sykepleierollen.

En skjult sykepleieridentitet

Mitt ønske var å utforske sykepleierens rolle og kliniske arbeid ved DPS. Det viste seg imidlertid vanskelig, også for sykepleierne selv, å definere hva sykepleie til denne pasientgruppen er. Sykepleieoppgaver som pleie av somatiske plager og medikamenthåndtering var lett å definere og kunnskaper som man kunne hente frem når det var behov for det.

Andre tradisjonelle kjerneområder i sykepleiefaget som omsorg og relasjonskompetanse, og arbeidsoppgaver som familiararbeid, støttesamtaler

og aktiviteter, var det enighet om blant deltakerne at det ikke var spesielt for sykepleiere, men kunnskaper som alle innehar uavhengig av profesjon. Sykepleierkunnskapene ligger derfor som «en firkant nede i hjørnet» som hentes frem ved behov. På bakgrunn av intervjuene har jeg funnet to mulige årsaker til at sykepleierens identitet forsvinner.

Alle er behandlere

Mange ansatte ved DPS har byttet ut sykepleieridentitet med identitet som behandler. Hvordan tjenestene ved DPS er organisert for å ivareta personer med første episode psykose varierer. Ambulant team, dagbehandling, utekontor og poliklinikk er eksempler på hvor behandling tilbys. Deltakere vi har snakket med har jobbet innenfor alle disse organisasjonsmodellene. De fleste sykepleierne titulerte seg som behandler, andre som sykepleier eller klinisk spesialist ansatt som behandler. Mange hadde lang erfaring fra DPS og uttrykte en endring i identitet fra sykepleier til behandler. Pasientene omtaler ofte hjelpere som «en slags psykolog» og er lite opptatt av fagbakgrunn.

«...her er vi alle ansatt som behandlere da, som terapeuter»

Tverrfaglige utdanninger

Tema i gruppeintervjuene var også tverrfaglige videreutdanninger. Mange deltakere har videreutdan-



FLERE PROFESJONER: Grensene mellom sykepleiere og andre som jobber på distrikts-psykiatriske sentre kan bli uklare, og arbeidsoppgavene gå over i hverandre. Alle blir behandlere. Illustrasjonsfoto Colourbox.

ning i psykisk helsearbeid og utdanning fra Seprep som er tverrfaglige utdanninger. Mange hadde i tillegg jobbet sammen over lang tid, noe som gjorde at de var «blitt så like» med årene. En av deltakerne trakk frem som et paradoks at alle snakket varmt om deres tverrfaglige arbeid, samtidig som alle understrekte hvor like de er blitt.

«Vi klarer ikke se nyansene, bortsett fra den medisinske kompetansen.»

Medikamenter og somatikk

Alle deltakerne trakk frem kunnskaper rundt fysisk helse og medikamenter som et spesialfelt for sykepleiere. Sykepleierne selv fremhevet også dette. De mener å ha et «somatisk blikk» som de andre yrkesgruppene mangler. Dette «somatiske blikket» kjennetegnes ved at de kan observere pasientens fysiske tilstand, for eksempel om pasienten er blek, svett eller slapp. Som en rutine skanner sykepleieren pasienten med blikket for å observere den fysiske helsen.

«Jeg skanner enda folk for somatiske problemer og det ringer en bjelle langt borte...»

Kunnskap om virkning og bivirkning av medikamenter er også sykepleierens spesialfelt, og de tar et større ansvar for oppfølging av serumspil og somatiske utredninger, for eksempel røntgen.

Diskusjon

Norsk Sykepleierforbund definerer sykepleierens særegne funksjon til: «Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov» (3). Deltakerne i vår studie hadde lett for å definere somatikk og medikamenter som sykepleieoppgaver, men hadde vansker med andre områder. Dette støtter Karlsens funn i hans studie om «profesjonell kompetanse» (4).

Alle DPS-ene vi besøkte hadde tverrfaglig personalgruppe og det viste seg tidlig vanskelig å skille ut en spesifikk sykepleierrolle eller spesifikke sykepleieoppgaver. Både de psykiatriske sykepleierne og deres ledere var lite bevisst og reflektert rundt kunnskaper, rolle og ansvarsområde en sykepleier har. Dette førte til at alle ansatte, uavhengig av fagbakgrunn fikk tildelt like oppgaver. DPS veileder (5) sier at «Den formelle grunn og videreutdanning hos ansatte utgjør en grunnleggende kvalitetsgaranti mht fagutøvel-

sen... Det er derfor viktig å ha en oversikt over de ansattes realkompetanse og utnytte denne i tilbudet « (s. 50). Sykepleierens kunnskap om medikamenter og somatikk endret ikke ansvarsområde fra andre miljøterapeuter formelt, men beskrevet praksis viste at sykepleierne uformelt hadde et annet ansvar.

Sykepleierens kunnskap om kropp og fysisk helse er viktig og bør fremheves, mest av alt av sykepleierne selv. Alvorlig psykisk syke vil i større grad ha vansker med å oppfatte og søke hjelp for fysiske plager, samt følge opp iverksatte tiltak. Sammenheng mellom psyke og soma er også veldokumentert og må aktivt brukes i samhandling med pasientene. Psykiatriske sykepleiere har et ansvar for å forvalte denne kunnskapen slik at det kommer pasientene til gode.

Et tverrfaglig arbeid forutsetter at hver faggruppe synliggjør sin spesifikke kompetanse, og for å kunne bevare en sykepleieridentitet innenfor et tverrfaglig miljø må sykepleieren være mer oppmerksom. Jeg tror det vil være en fordel for pasienten om hver yrkesgruppe gjør bedre nytte av sine spesielle kunnskaper. I rurale strøk med mangel på spesialister vil sykepleiere og andre miljøterapeuter ha oppgaver som krever kompetanse utover tradisjonelle fagområder. Dette, sammen med tverrfaglige videreutdanninger, kan nok føre til en pulverisering av rolle og identitet. Rolle som behandler kan gi både høyere status og mer tyngde i faglige fora. Sykepleiere ved DPS har derfor en utfordring når det gjelder å beholde og vise frem sykepleieridentiteten - dersom de ønsker. ■

Medforfatter til denne artikkelen er Berit Støre Brinchmann, professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland.

Referanser:

1. Krueger, R. A & Casey M. A. (2000). Focus Groups: a practical guide for applied research. Thousand Oaks: Sage
2. Glaser, B & Strauss, A. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research. New Brunswick: Aldine Transaction
3. Norsk Sykepleierforbund. Hentet 4. Oktober 2011 fra www.sykepleierforbundet.no/fag
4. Karlsen, R. (2009). Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. Sykepleien Forskning 4(3): 198-204
5. Sosial- og helsedirektoratet (2006). Distriktspsykiatriske sentre- med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial – og helsedepartementet.



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Seksjonsleder Knut W. Sørgaard
Nordlandssykehuset
Fagavd
8092 Bodø

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk Sør-Øst D (REK Sør-Øst D)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 05 93

Telefaks: 22 85 05 90

E-post: i.m.middelthon@medisin.uio.no

Nettadresse: www.etikkom.no

Dato: 30.10.09

Deres ref.:

Vår ref.: 2009/1426

2009/1426 Varighet av Ubehandlet Psykose i Nordland

Vi viser til søknad av 07.09.09 om godkjenning av ovenfor nevnte forskningsprosjekt.

Prosjektleder er dr. philos, psykolog Knut W. Sørgaard.

Forskningsansvarlig er Nordlandssykehuset HF, avd. Bodø.

Prosjekttema:

Pasienter med psykoselidelser har en lang varighet av ubehandlet psykose (VUP), typisk mellom 1-2 år. Denne studien skal man undersøke tre kilder til forsinkelse i behandling for pasientgruppen; 1) Pasient- eller sykdomsrelaterte forsinkelser, 2) Forsinkelse i henvisning fra primærhelsetjenesten og 3) Forsinkelser i spesialisthelsetjenesten. 120 pasienter skal inkluderes i studien.

Komiteen har vurdert søknaden og godkjenner at prosjektet gjennomføres med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter. Komiteen anbefaler imidlertid at det i informasjonsskrivet gjøres noe bedre rede for hva en telemedisinsk konsultasjon innebærer.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er vesentlige må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at dette gjøres.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren», <http://www.norsk-helsenett.no/informasjonsikkerhet/bransjenormen/Personvern%20og%20informasjonsikkerhet%20i%20forskningsprosjekter%20v1.pdf>

Tillatelsen gjelder til 31.12.2016. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene bevares inntil 31.12.2021. Opplysningene skal lagres aidentifisert, det vil si atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres.

Prosjektet skal sende sluttmelding, se helseforskningsloven § 12, senest 31.06.2017.

Vedtak:

Komiteen godkjenner at prosjektet gjennomføres i samsvar med det som framgår av søknaden

Vedtaket var enstemmig

REK har gått over til elektronisk saksbehandling og fått ny saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no>. Vi ber om at svar på merknader og henvendelser til REK sendes inn via denne portalen eller på epost: post@helseforskning.etikkom.no. Vennligst oppgi REKs saksnummer.

Med vennlig hilsen

Stein A. Evensen (sign.)
Professor dr.med.
leder

Ingrid Middelthon (sign.)
komitésekretær

Brevet er godkjent elektronisk

Vedlegg 2. Oversikt over søk

Dato:	Database	Søkeord	limit	Ant treff	relevante
13.02.12	The Cocrane Library	First episode psychosis Nursing*		321	Marshall, 2011
13.02.12	Psych Info	First episode psychosis OR early psychosis AND nursing*	2000-	8	Dusseldorp, 2011
13.02.12	Ovid Nursing	First episode psychosis OR early psychosis AND nursing*	2000-	13	Reed, 2008 Dusseldorp, 2011 Morse, 2010
13.02.12	PubMed	First episode psychosis OR early psychosis AND nursing*	2000-	76	Reed, 2008 Dusseldorp, 2011 Morse, 2010 Welch, 2007
13.02.12	PubMed	First episode psychosis OR early psychosis AND nursing* AND rural		2	Welch, 2007 McCann, 2001
13.02.12	SveMed+	Psykose AND Sjukvård		2	Nordentoft, 2008
13.02.12	Norart	Psykose		52	
14.02.12	PubMed	Psychiatric Nursing (MeSh) AND first episode psychosis	2000-	6	Dusseldorp, 2011 Reed, 2008
14.02.12	PubMed	Psychiatric Nursing (MeSh) AND early psychosis	2000-	18	Van Dusseldorp, 2011 Baker, 2010 Reed, 2008 McCann, 2001
16.02.12	Embase	First episode psychosis OR early psychosis AND nursing*		17	Reed, 2008 Morse, 2011 Van Dusseldorp, 2011

Vedlegg 3. Lesematrise

Forfatter	Land	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
Van Dusseldorp, Goossens, Van Achterberg, 2011	Nederland	To identify mental health nursing's contribution to the care and treatment of patients with a first episode of psychosis.	Systematic literature review, content analysis	27 articles were selected for the study	Development of therapeutic relation, relapse prevention, enhancement of social functioning, stimulation of medication adherence, and support of family members.
Marshall, Ratbone, 2011	England	To evaluate the effect of: early detection, phase-specific treatment, and specialised early intervention teams in the treatment of people with prodromal symptoms or first episode psychosis.	Systematic review	Sought to review all trials that involved early intervention with prodromal symptoms or first episode psychosis.	There is emerging, but yet inconclusive evidence, to suggest that people in the prodrome of psychosis can be helped by some interventions. There is some support for early intervention teams, and phase - specific treatment focused on employment and family therapy.
Megan Morse, Nicholas Procter 2011	Australia	To examine high- level evidence in early intervention in psychosis and scope the potential role of the mental health - nurse practitioner in the treatment of management of early psychosis.	Literature review	Two systematic reviews and five randomised controlled trials	Patient and career education and support, adherence to medication and other treatments, promotion of social inclusion and social connectedness.
Sæterstrand, Møllersen, 2010 <i>Søk i Vård i Norden</i>	Norge	Hensikten med denne undersøkelsen er å få frem kunnskap om hvordan sykepleiere ved psykiatriske dagsentra erfarer sin rolle og funksjon.	Individuelle intervju.	6 erfarne sykepleiere	Veiledning i et brukerperspektiv. Støtte. Samvær.

Reed, 2008	Australia	Reports on the impacts of first-episode psychosis on both the patient and their family and carers.	Literature review.	?	Patients can experience fear, distress and isolation. Many are at a greater risk to themselves and others. Early intervention and treatment are crucial to potentially achieving better clinical outcomes, and to alleviating the psychological impact on patients and their families. The nurse's role in treatment is to facilitate early intervention through recognition of symptoms and ongoing assessment, work to reduce a patients risk, manage treatment, and work with the patient to reduce the risk of relapse.
Nordentoft, Bertelsen, 2008	Danmark	Statusartikkel for psykososiale intervensjoner ved debuterende psykoser i schizofrenispekteret.			Det er evidens for positiv effekt av psykososiale intervensjoner ved psykose. De viktigste er: psykoedukasjon (pasient og familie), kognitiv terapi, kognitiv trening, intensiv og spesialisert ambulant behandling, sosial ferdighetstrening, miljøterapi, fysisk aktivitet og yrkesrettet rehabilitering.
Kelly, O'Meara Howard, Smith 2007		To augment available literature with the range of complex issues that practioners may face when working in rural settings and link this to the development of early intervention serices in			

		rural communities.			
Welch, Welch, 2007	Canada	To conduct a systematic review of the literature of early psychosis programmes, initiatives and research of rural areas in order to help establish the best available evidence.	Systematic review	206 articles were identified as having primary significance, three dealt specifically with rural areas.	The particular and specific aspects of providing early psychosis care in rural areas have provided little consideration in the published literature. Recommendation for issues that may be specifically addressed include: early identification, access, partnership, the community, the critical mass and best practise.
McCann, Baker, 2001	Australia	Explicate how nurses develop interpersonal relationships with young adult who are experiencing an early episode of psychotic illness.	Grounded theory.	Involved consumers, significant others, and mental health nurses.	Several strategies are associated with mutual relating.
Almvik, 1996 <i>litteraturliste</i> <i>Sæterstrand og</i> <i>Møllersen</i>	Norge	To present and discuss the most important results from a study where the function and role of community psychiatric nurses in Norway are explored.	Both qualitative and quantitative: depth interviewed and questionnaire.	Six psychiatric nurses interviewed, 88 filled in questionnaire.	1.care profile 2. Therapeutic profile 3. Social profile 4. Counselling profile

Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjektet

"Varighet av Ubehandlet Psykose & Behandlingsveier i Nordland"

Bakgrunn og hensikt

Dette er en invitasjon til å delta i forskningsstudien "Varighet av ubehandlet psykose og behandlingsveier i Nordland". Formålet med studien er å øke vår kunnskap om når og hvordan mennesker med psykoselidelser kommer i kontakt med hjelpeapparatet i Nordland fylke. Kunnskap om årsaker til forsinkelser i behandlingsveier i et ruralt område som Nordland, vil også kunne belyse om det er systematiske forskjeller i forhold til mer urbane områder, og om det kan være behov for andre typer strategier for å redusere varighet av ubehandlet psykose.

Studien gjennomføres av en forskningsgruppe bestående av doktorgradsstudent Erling Kvig, og to forskningsassistenter Beate Brinchmann og Cathrine Moe. Veiledere for studien er forskningsleder ved Nordlandssykehuset Knut Sjørgård, samt professor Tor K Larsen (Universitetet i Stavanger) og dr.med Grigory Rezvy (Nordlandssykehuset). Deler av studien inngår også i mastergradsprosjekt i klinisk sykepleie for Cathrine Moe, der professor Berit Brinchmann (Høgskolen i Bodø) er veileder.

Som del av denne studien ønsker vi å få vite hvordan tjenestetilbudet hos dere er organisert for å hjelpe unge mennesker som opplever psykotiske symptomer, hvilke faktorer som påvirker tjenesten, hvilke utfordringer dere har og hva som skal til for at dere kan gi det tilbudet dere ønsker. Videre ønsker vi å høre om hvilke instanser dere samarbeider med og hvilke rutiner dere har for henvisninger, samt hvordan dere planlegger og gjennomfører overgang fra BUP til DPS.

Hva innebærer studien?

Vi vil be om å få gjennomføre et fokusgruppeintervju hos dere. Intervjuet vil foregå i et egnet rom hos dere, og vil vare i 1-2 timer. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Vi ønsker deltakere som har erfaring med å jobbe med unge nysyke psykotiske fra BUP og DPS. Vi ønsker rundt 5-8 deltakere der det gjerne er fordeling mellom kjønn og profesjoner (lege, psykolog, sykepleier, sosionom).

Hva skjer med informasjonen?

All informasjon blir anonymisert. Dette betyr at alle opplysninger blir behandlet uten navn eller andre gjenkjennende opplysninger.

Det er kun personell som er knyttet til prosjektet som har adgang til datamaterialet, og det vil ikke være mulig å identifisere deltakere i resultater av studien når disse publiseres. Informasjonen som innhentes slettes 5 år etter at studien er avsluttet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Man kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke samtykke til å delta i studien. Studien er godkjent av etisk komité.

Dersom noen hos dere ønsker å delta vil vi be om underskrivelse av samtykkeerklæring samt svar på et kort demografisk spørreskjema der vi ber om kjønn, alder og profesjonsbakgrunn. Man kan når som helst trekke tilbake samtykke, uten å oppgi noen grunn. Samtykkeskjema og spørreskjema vil bli delt ut i forkant av gruppeintervju. Ytterligere informasjon om hva studien søker å finne svar på samt temaguide til fokusgruppe ligger vedlagt.

Vi vil takke deg for din tid til å lese igjennom denne informasjonen, og håper det vil være av interesse å delta.

For mer informasjon om prosjektet ta gjerne kontakt med:

Erling Kvig/ Beate Brinchmann/ Cathrine Moe

Enhet for Nysyke Psykotiske (ENP), Nordlandssykehuset

Telefon 75501532/ 75501573

E-post enp@nlsh.no

Med vennlig hilsen

Erling Kvig

Beate Brinchmann

Cathrine Moe

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet

"Varighet av Ubehandlet Psykose og Behandlingsveier i Nordland"

Formålet med prosjektet er å øke vår kunnskap om når og hvordan mennesker med psykoselidelser kommer i kontakt med hjelpeapparatet i Nordland fylke.

Som en del av denne studien vil det gjennomføres fokusgruppeintervju ved DPS. All informasjon fra intervjuet blir anonymisert. Dette betyr at alle opplysninger blir behandlet uten navn eller andre gjenkjennende opplysninger.

Det er kun personell som er knyttet til prosjektet som har adgang til datamaterialet, og det vil ikke være mulig å identifisere deltakere i resultater av studien når disse publiseres. Informasjonen som innhentes slettes 5 år etter at studien er avsluttet.

Det er frivillig å delta i studien, og man kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke samtykke til å delta i studien. Studien er godkjent av etisk komité

Jeg bekrefter å ha lest informasjon om studien og ønsker å delta i fokusgruppeintervju og svare på demografisk spørreskjema.

(dato, signatur av prosjektdeltaker)

Temaguide

- 1. Hvordan er tjenesten hos dere organisert for å imøtekomme behovene til unge førstegangs psykotiske?**
- 2. Har ulike profesjoner ulike roller? Hvordan fordeles oppgaver?**
Hvilken rolle har sykepleierne spesielt?
- 3. På hvilken måte har geografiske eller demografiske faktorer innvirkning på hvordan tjenesten er organisert?**
- 4. Hvilke utfordringer har dere med å engasjere pasienter i sin egen behandling?**
- 5. Hvilke rutiner har dere for utredning og diagnostisering?**
- 6. Hvilke instanser samarbeider dere med?**
- 7. Hvilken praksis har dere for henvisning? Hvilke faktorer er av betydning for når og hvor pasienten henvises til videre behandling?**
- 8. Hvordan planlegges og gjennomføres overgang fra BUP til DPS?**
- 9. Hvilke utfordringer har dere?**

oversikt koder og kategorier

Name	Folder Location
åpner pasient rom på sykehjemmet	Nodes
egenomsorg	Nodes
felles samtaler med pasientene	Nodes
fleksibilitet og fantasi	Nodes
forpliktelse til samfunnet vi bor i	Nodes
gjør mange ting som noen ikke vet	Nodes
ikke spørreskjema	Nodes
jobber for å få hverdagen til å fungere	Nodes
planlegge innleggelse	Nodes
psykose, litt skummelt	Nodes
somatisk aspekt	Nodes
stiller opp på skolen	Nodes
tar vurderinger	Nodes
telematikk fungerer ikke	Nodes
vært med og vurdert	Nodes
andre tar kontakt for å diskutere saker eller undervisning	Nodes\jobb i kulissene
bruk av lokale ressurser	Nodes\jobb i kulissene
bruker mye tid på å invitere til	Nodes\jobb i kulissene
bruker tid på å planlegge hvordan vi skal møtes	Nodes\jobb i kulissene
bygge opp kompetansen rundt pasienten	Nodes\jobb i kulissene
detektivarbeid	Nodes\jobb i kulissene
dra i trådene	Nodes\jobb i kulissene
får oppdatering fra mor og prøver på nytt	Nodes\jobb i kulissene
godt samarbeid med kommunen	Nodes\jobb i kulissene
jobb med kontakter rundt pasienten	Nodes\jobb i kulissene
jobber med familie	Nodes\jobb i kulissene

jobber tett på pårørende	Nodes\jobb i kulissene
kontakt gjennom andre	Nodes\jobb i kulissene
kontakt gjennom samboer	Nodes\jobb i kulissene
kontakt med nettverk	Nodes\jobb i kulissene
Reports\oversikt koder og kategorier	
	Page 1 of 9 16.04.2012 12:21
Name	
Name	Folder Location
krever mye forberedelser	Nodes\jobb i kulissene
lege og helsesøster tok konsultasjon og melde tilbake til oss	Nodes\jobb i kulissene
melder helsesøster	Nodes\jobb i kulissene
samarbeid med fastlegen	Nodes\jobb i kulissene
samarbeid med kommunen	Nodes\jobb i kulissene
sender sms til familie	Nodes\jobb i kulissene
sms,melding og mail	Nodes\jobb i kulissene
støtte kommunen til å holde ut i vanskelige saker	Nodes\jobb i kulissene
undervisning og veiledning	Nodes\jobb i kulissene
veiledning til kommunen og felles møter med leger	Nodes\jobb i kulissene
vi gir oss ikke	Nodes\jobb i kulissene
behandlingspessimisme	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne
er ikke fasit	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne
god behandling på sikt	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne
grense ting	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne
ikke bli så låst på å gjøre det og det	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne
kreativ	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne
rehab sak	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne
setter av en dag til besøk	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne
takhøyde	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne
tilnærming	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne
utfordringer iforhold til det her med kultur	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne

aksept for og rom for å være fleksibel	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
andre kanaler å nå frem på	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
bare fantasien som stopper	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
begynne med det som er viktig for dem	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
blir litt gammeldags	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
drar hjem til de som ikke kommer	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
engasjere pårørende	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
etisk dilemma- og nå går jeg kanskje for langt	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
gå en tur	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
Reports\oversikt koder og kategorier	Page 2 of 9
	16.04.2012 12:21
Name	Folder Location
handle	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
hjelper å rydde litt	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
hvor pågående er det lov å ikke være	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
invitere til	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
jobber i kulissene for å få kontakt	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
jobber i kulissene for å få kontakt (2)	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
ikke på døren om man er bekymret	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
kan ta samtaler over skype	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
kjøre en tur	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
løse ting på ulike måter	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
mail	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
mail- pågående men samtidig distansert	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
mer å gå på med å oppsøke	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
møte dem andre plasser enn på kontoret	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
nettjenester	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
noe praktisk	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
nytte person	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt

pågående	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
påpakning for personlige brev	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
prøve å huke tak i de som ikke møtte	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
ringe	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
sms	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
sms skaper mindre avstand	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
ta tak i det personen ønsker	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
vi kommer til dere	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt
ærlig og oppriktig for hvorfor man ikke godtar avvisning	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
avslutter ikke, og setter på manglende motivasjons regningen	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
avvist	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
avvist, familie igjen da	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
bruke tid	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
finne en egenskap du liker	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon

Reports\oversikt koder og kategorier

Page 3 of 9

16.04.2012 12:21

Name	Folder Location
fleksibilitet	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
fleksibilitet er en form for tilnærming	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
fleksibilitet like mye tro på som relasjon	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
fungerer med stabilitet	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
gå sakte	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
gi håp	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
gi personen billett inn igjen	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
god tid	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
ha back up om man trekker seg	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
ha håp	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
helhetlig	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
hilser på foreldre og pasient	Nodes\jobbe i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon

holde ut	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
interesse for personen	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
isen brutt- oj her var det ei som ikke gav seg så lett	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
lydhør for hvordan livet er i dag	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
må trå litt feil	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
mulighet til å jobbe alternativt	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
relasjon viktig når pas er dårlig	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
se ressurser	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
si at døren står åpen	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
signalisere at vi er tilgjengelig	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
stå i den- avvisningen	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
tålmodighet	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
tenker mer vidt spekter	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
være tilgjengelig	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
vi kan se hele bildet	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
vise at du tåler å bli avvist	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
vise at du tåler dem	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
vite hva man avslutter	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\for å få kontakt\skape og bevare relasjon
å lindre på trykket	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid

Reports\oversikt koder og kategorier

Page 4 of 9

16.04.2012 12:21

Name	Folder Location
behandling, samtalerapi	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
bolig, jobb, sykemelding	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
grensesetting er omsorg	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
hovedutfordring å få pas til å komme hit	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
jobber selvstendig (Nodes)	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
kaster seg ikke over et strukturert intervju når pasienten er live redd	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
kommer fort igang, bedre kapasitet	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid

mer fokus på tidlig intervensjon	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
miljøterapi- utstrakt rehabilitering	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
motivere for innleggelse	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
omsorg	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
omsorg som andre kunne gjort	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
oppfølging nært hjemmet	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
organisere rent praktisk i ft transport	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
poliklinisk utredning	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
psykiatrisk intervensjon	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
rehabilitering	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
samtale ut fra behov	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
selvstendige terapeutiske opplegg	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
selvstendige vurderinger	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
snakke med fastlege	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
spontane samtaler	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
støttesamtaler	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
ta ting der ifra	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
tett oppfølging	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
tøft å kjøre på vinteren	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
undervisning	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
veiledning	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
veiledning av personal (kommunen)	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\klinisk arbeid
bindeledd	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\rolle
bygger broer (Nodes)	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\rolle
Reports\oversikt koder og kategorier	
	Page 5 of 9 16.04.2012 12:21
Name	Folder Location
fordeler pasienter utfra kompetanse, ikke bakgrunn	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\rolle
henviser videre der kompetanse ikke strekker til	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\rolle

jeg (spl) trenger mer hjelp til å vurdere	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\rolle
må være idealisme, glød, faglig forståelse	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\rolle
mangler kompetanse	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\rolle
psykose damene	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\rolle
rehab bit mer enn sykepleierbitNodes) (Nodes)	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\rolle
stabilisering	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\rolle
viktigste er god miljøterapi, sunn fornuft og anstendig oppførsel.....	Nodes\jobb i kulissene\hjelperne\rolle
de kommer ikke hit (VOP)	Nodes\pasienter
de passer ikke in i systemet vårt	Nodes\pasienter
en generasjon som er vant til en helt annen måte å etablere kontakt på	Nodes\pasienter
friskeste på VOP, dårligste i kommunen	Nodes\pasienter
greit når de er klart psykotisk	Nodes\pasienter
har ikke penger til båten	Nodes\pasienter
møter ikke på poliklinikk	Nodes\pasienter
pasienten glipper, mer å spille på i kommunen	Nodes\pasienter
pasienten kommer ikke pgs dårlig båtforbindelse	Nodes\pasienter
pasientene bør ha et annet tilbud enn samtaler	Nodes\pasienter
pasientene går sjelden i postkassen	Nodes\pasienter
pasientene møter ikke opp	Nodes\pasienter
pasientene trenger stabilitet over tid	Nodes\pasienter
passer ikke inn i poliklinikk	Nodes\pasienter
poliklinisk oppfølging ikke nok	Nodes\pasienter
psykoser, de er i kommunene	Nodes\pasienter
ungdommen vil ikke ha samtaletterapi	Nodes\pasienter
unntakelse, isolering, tilbaketrekkende	Nodes\pasienter
vanskelig med de som hører og ser, men ikke blir definert som psykotisk	Nodes\pasienter
administerer medisiner	Nodes\profesjon
behandlere	Nodes\profesjon
bindeledd til hjemmesykepleien	Nodes\profesjon
Reports\oversikt koder og kategorier	

Name	Folder Location
bivirkning av medikamenter	Nodes\profesjon
blir utflytende til slutt	Nodes\profesjon
blitt mer og mer lik	Nodes\profesjon
de som har jobbet med psykoser før, får de med psykoser	Nodes\profesjon
De sykepleierne oppe i avdelingen de er veldig somatisk fokusert eller psykiatrisk det er enten det eller det.	Nodes\profesjon
egen teamkultur	Nodes\profesjon
en identitet	Nodes\profesjon
enten somatisk eller psykiatrisk fokusert	Nodes\profesjon
er nødt til å ha sykepleiere	Nodes\profesjon
felles etterutdanninger	Nodes\profesjon
fokus på medisiner	Nodes\profesjon
forbedringspotensiale- hva er det du bringer inn som du kan bidra med	Nodes\profesjon
fordeler pasienter utfra mengden vi har, ikke hva vi er	Nodes\profesjon
fysiske ting	Nodes\profesjon
gjør mye det samme	Nodes\profesjon
handler ikke om grunn utdanning lengre	Nodes\profesjon
har generelle sykepleie kunnskaper	Nodes\profesjon
helhetlig	Nodes\profesjon
ikke bare sykepleiert (Nodes)	Nodes\profesjon
ikke sånn at den faggruppen skal ta den problematikken	Nodes\profesjon
informere om virkning bivirkning av medisiner	Nodes\profesjon
krav om medisinsk faglig personell	Nodes\profesjon
medikamenter og somatikk	Nodes\profesjon
medisiner	Nodes\profesjon
medisinsk kompetanse	Nodes\profesjon
medisinske biten	Nodes\profesjon
Men det er klart sykepleierne har og skal ha mere sånne den her somatiske blikket inn i forhold til pasienten.	Nodes\profesjon

mye somatikk i kompliserte saker, sykepleier	Nodes\profesjon
oppmerksom på medikamentspeil	Nodes\profesjon
paradoks å snakke om tverfaglighet	Nodes\profesjon
profesjonen er der	Nodes\profesjon
Reports\oversikt koder og kategorier	
	Page 7 of 9
	16.04.2012 12:21
Name	
Folder Location	
relasjonskompetanse	Nodes\profesjon
samme etterutdanningene	Nodes\profesjon
slipper bruke energi på profesjonsstrid	Nodes\profesjon
somatikk	Nodes\profesjon
somatisk blick	Nodes\profesjon
somatisk eller psykiatrisk	Nodes\profesjon
somatisk syk- sykepleier	Nodes\profesjon
sykepleie ikke hovedfokus-terapeutisk overbyggende	Nodes\profesjon
sykepleie-miljøterapeut	Nodes\profesjon
sykepleier får medisinsk og somatisk problematikk	Nodes\profesjon
sykepleier ikke systemisk perspektiv	Nodes\profesjon
sykepleier ikke systemisk perspektiv (2)	Nodes\profesjon
sykepleierbit-en firkant nede i hjørnetNodes) (Nodes) (Nodes)	Nodes\profesjon
sykepleierrollen er der og kommer frem	Nodes\profesjon
tenker lite profesjon ift oppgaver	Nodes\profesjon
utdannet i psykose	Nodes\profesjon
utdeling av medisiner	Nodes\profesjon
vi er avhengige av hverandre	Nodes\profesjon
vi er blitt så lik etterhvert	Nodes\profesjon
vi er blitt spisset i den samme formen	Nodes\profesjon
vi er forskjellige som personer	Nodes\profesjon
vi glir inn i hverandre	Nodes\profesjon

blir sittende alene	Nodes\\System
brukerstyrt innleggelse	Nodes\\System
elektronisk journal	Nodes\\System
kommunen har ikke kunnskaper	Nodes\\System
kommunen viktigste motivatorer	Nodes\\System
kommunen viktigste relasjonsbygger	Nodes\\System
når spesialisthelsetjeneste	Nodes\\System
ønsker mer stabil kontakt med kommunen	Nodes\\System
oppfølging i kommunen	Nodes\\System
Reports\\oversikt koder og kategorier	Page 8 of 9
	16.04.2012 12:21
Name	Folder Location
tilgang til journal	Nodes\\System
tungvint journalsystem	Nodes\\System
viktig med samhandling	Nodes\\System

Vedlegg 8

Forfattererklæring vitenskapelig artikkel

Cathrine Moe, Erling Kvig, Beate Brinchmann, Berit Støre Brinchmann. *An ethical view of mental health nursing and first episode psychosis.*

Innsendt til Nursing Ethics 27.03.2012

Cathrine Moe, Erling Kvig og Berit Støre Brinchmann var ansvarlig for studiens planlegging og design. Cathrine Moe og Erling Kvig gjennomførte datainnsamling. Cathrine Moe analyserte data, med jevnlig diskusjoner og refleksjoner med Erling Kvig, Beate Brinchmann og Berit Støre Brinchmann.

Cathrine Moe skrev artikkelutkast som alle forfatterne leste gjennom og kom med innspill. Alle forfatterne har lest gjennom og godkjent artikkelen før innsending til tidsskrift.

Bodø, den 18.04.2012.

Cathrine Moe
Cathrine Moe

Berit Støre Brinchmann
Berit Støre Brinchmann

Erling Kvig
Erling Kvig

Beate Brinchmann
Beate Brinchmann