

"Brukerens erfaring og opplevelse av gjeninnleggelse i psykiatrisk døgnavdeling."

"... de fleste mennesker har jo nok med sine egne familier, så det er ikke grunnlag for og kritisere. Men det kunne vært en person da... det kunne vært en person."

Sonja Slaughter Kjelsaas

Veileder

John Olav Bjørnstad

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet innestår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2014

Fakultet for Helse og idrettsvitenskap

Institutt for Psykososial helse

INDEX:

Forord

Del 1: Teoretisk sammenbinding

Del 2: Artikkel side 25

Del 3: Vedlegg side 43

Vedlegg 1: NSD

Vedlegg 2: REK

Vedlegg 3: Samtykkeskjema

Vedlegg 4: Intervjuguiden

FORORD

Takk til alle som stilte opp og lot seg intervju. Jeg har vært bevisst i å behandle dette materialet med respekt. Takk for at dere ville dele deres historier, tanker og erfaringer med meg. Det har gitt grobunn for mange refleksjoner og derav ny innsikt som jeg ikke kunne tilegnet meg uten deres hjelp.

Jeg vil også takke min nærmeste leder for oppmuntring og støtte.

Takk til min veileder John Olav Bjørnstad som har gitt meg konstruktive tilbakemeldinger og bidratt til mang en refleksjon underveis i denne prosessen. Det har gitt en vekst i dette feltet som jeg før start ikke kunne ane konturene av.

Familien har økt med to medlemmer underveis i denne oppgaven. Takk til min mann for tålmodighet og støtte.

Takk til mor for hjelp og tilrettelegging i hverdagen slik at skrivingen kunne gjennomføres.

Del 1:

Teoretisk sammenbinding

SAMMENDRAG

Det har de siste årene vært et skifte fra en sykehusbasert orientert omsorg i psykisk helsevern til en dreining mot en mere desentralisering av tilbud og tjenester og kommunal basert omsorg. I dagens samfunn tenker en at mennesker i størst mulig grad skal motta individualisert tilpasset hjelp der de bor i størst mulig grad. En ønsker at alle mennesker skal få den hjelpen de trenger for og kunne bo og være integrert i samfunnet. Antall sengeplasser i spesialisthelsetjenesten har over årene gradvis blitt trappet ned og det kommunale tilbudet har blitt trappet opp. Samtidig har en sett at noen mennesker til stadig gjeninnlegges i spesialisthelsetjenesten.

Denne oppgaven har til hensikt å belyse hva brukerne opplever og erfarer i forhold til gjeninnleggelser i psykiatrisk døgnavdeling. Oppgaven bygger på en kvalitativ studie med et eksplorativt design med en fenomenologisk og hermeneutisk forståelsesramme. Det ble foretatt fem dybdeintervjuer og metoden systematisk tekstkondensering ble anvendt i analysen.

Resultatet av studien viser at ensomhet, manglende nettverk og sosial isolasjon var for flere av informantene et problem i hverdagen. Dårlig samhandling i 1. og 2. - linjetjensten og mellom dem var for en av brukerne en medvirkende årsak til gjeninnleggelse.

Nøkkelord

Gjeninnleggelse, ensomhet, sosiale nettverk og samhandling.

ABSTRACT

There has been a shifting change that has been in process over the years. From a hospital oriented based care offer in psychiatric health care, to a more decentralised direction where the care is oriented through community-based service. The idea is that everyone is to receive individual and costumised help in the community where they live. One wishes that every being gets the help they need in the community so that they can have the opportunity to be integrated and live as a part of the community. The number of bedposts in psychiatric hospitals has decreased over the years, and the community-based services has increased the

offer. At the same time it has been noticed that some people are regularly admitted to the specialised health care service.

The purpose of this assignment is to examine what and how the users experience the conditions of readmission in a psychiatric ward. This study is based on a qualitative study which has an explorative design with a phenomenological and hermeneutical way of understanding. There has been done five interviews and a systematic text condensation method was used in the analysing process of the data from the interviews. The results from the study show that loneliness, lack of network and social isolation was for some of the informants a problem. Poor interaction and communication between the 1st and 2nd line of service and between them was for one of the informants a contributing reason for readmission.

Keywords: Readmissions, loneliness, social network and interaction.

Innholdsfortegnelse

1.0	INTRODUKSJON	1
1.1	Generelt om gjeninnleggelse.....	1
1.2	Hensikt med studien.....	2
1.3	Begrepsavklaring	2
1.4	Problemstilling.....	3
1.5	Intervjuguiden	3
1.6	Oppbygging av oppgaven	3
2.0	TIDLIGERE FORSKNING	4
3.0	Teoretisk referanseramme.....	8
3.1	Salutogense	8
3.2	Hermeneutikk og humanisme	9
3.3	Fenomenologi.....	9
4.0	METODE.....	10
4.1	Rekruttering og utvalg.....	10
4.2	Datainnsamling.....	11
4.3	Gyldighet og validitet	11
4.4	Informert samtykke og anonymitet	12
4.5	Tro mot informantens svar.....	12
4.6	Forskerens egen rolle i studien	12
4.7	Forskningsetiske overveielser	13
4.8	Brukermedvirkning i forskning	14
4.9	Metode kritikk	15
4.10	Analyse	16
5.0	Presentasjon av data	17
5.1	Funn: ensomhet, sosialt nettverk og sosial kapital.	17
5.2	Funn: samhandling i helsevesenet – et spørsmål om verdighet?	18
6.0	DISKUSJON.....	18
6.1	Ensomhet, sosialt nettverk og sosial kapital	18
6.2	Samhandling i helsevesenet	20
7.0	Konklusjon	21
7.1	Videre forskning	21

8.0	LITTERATURLISTE.....	23
-----	----------------------	----

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Generelt om gjeninnleggelse

Den globale deinstitutionaliseringen i psykisk helsearbeid startet for ca. 60 år siden. I Norge startet prosessen på 70-tallet. Institusjoner har blitt lagt ned og antall sengeplasser ved psykiatriske avdelinger ved sykehus har gradvis blitt redusert de siste årene (Pedersen og Kolstad, 2009). Det har vært et skifte i retning mot en mere samfunns integrert psykisk helsearbeid. Kommunene har fått en større rolle og ansvar for tjenestene og en tenker at mennesker i større grad skal få hjelp i lokalsamfunnet der de er og bor (St.mld.nr. 47, 2009, Helsedirektoratet, 2011 c og St.prp. nr. 63, 1998). Behovet for tjenester i kommunene har økt i takt med reduksjon av sengeplasser i spesialisthelsetjenesten. Økt kommunal oppfølging i psykisk helsearbeid krever at en tenker nytt omkring eksisterende tjenester og tilbud og i etableringen av nye. Noen mennesker gjeninnlegges ved psykiatriske avdelinger gjentatte ganger, noen med korte intervaller mellom innleggelsene. Det kan tenkes at gjeninnleggelser reflekterer kvaliteten på behandlingen som blir mottatt ved innleggelse, (Mgutshini, 2010). Kontinuiteten av pleie og omsorg på de ulike tjenestene i andre deler av helsevesenet kan også være av betydning for gjeninnleggelser (Vigod et al. 2013). Blir behovene for omsorg, pleie og andre tjenester kartlagt og koordinert tilstrekkelig når pasienten blir skrevet ut fra sykehus til kommune? Copper & McLees (2001) peker på at det kan føre til gjeninnleggelse for brukeren hvis det er mangelfull kartlegging av behov før utskrivelse. Det er vanskelig å si om noen av innleggelsene kunne eller skulle vært unngått. Gjeninnleggelser kan også oppleves trygt for noen mennesker da de kan få stabilisert medisiner de trenger og det kan fremme håp for bedring (Montgomery & Kirkpatrick, 2002). En meningsfull aktivitet er viktig i hverdagen. Manglende strukturert dag-tilbud kan bidra til gjeninnleggelse ved psykiatrisk sykehus (Hamden, Newton, McCauley-Elsom & Cross, 2011).

Ose & Slettebak (2013), hevder at en av fire innleggelser i psykisk helsevern kunne vært unngått om ulike kommunale tilbud hadde vært bedre utviklet og etablert.

Munk-Jørgensen peker på at i kjølevannet av deinstitutionaliseringen av psykiatrien, har det oppstått et stort rom mellom nedtrappingen av sengeplasser ved psykiatriske sykehus og

oppbyggingen av desentraliserte tjenester. Munk-Jørgenesen (1999) stiller spørsmål vedrørende om det muligens burde blitt organisert omvendt, med en oppbygging av de desentraliserte tjenestetene først og siden en nedtrapping av sengeplasser.

I st.mld. nr. 47 (2009, s. 15) står det:

”En tilrettelegging av tjenestetilbud som medfører at sykdomsutviklingen hindres, eller utsettes, er bra både for folks helse og for samfunnets økonomi.”

” Behov bør identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig. Dette vil bidra til å forhindre sykdomsutvikling og øke den enkeltes mestringsevne.”

Satsing på utvikling av de desentraliserte tjenestene er viktig i implementeringen av et enda bedre individuelt tilpasset tilbud for brukeren. Fokuset bør være rettet mot å få til en bedre helhetlig sammensetning av tilbud og tjenester på brukerens premisser.

1.2 Hensikt med studien

Hensikten med studien er å få frem brukerens opplevelse og erfaringer i forhold til gjeninnleggelser og deres tanker om hva som kan være årsak til gjeninnleggelse. Det er ønskelig å få et innblikk i deres livsverden og få frem kunnskap som kan være nyttig, slik at en kan tilrettelegge i forhold til og eventuelt forhindre gjeninnleggelse og videreutvikle tjenester slik at de blir mere brukervennlige.

En håper at dette kan bidra til å gi økt kunnskap og være et nyttig bidrag til diskusjon rundt hvorfor noen mennesker har behov for gjeninnleggelser. Det er ønskelig å få økt innsikt og bedre forståelse for hvordan det oppleves og erfares av brukeren. Det kan gi økt forståelse for hva den enkelte bruker har behov for.

1.3 Begrepsavklaring

I denne studien er det ikke satt skille mellom tidlig innleggelse og andre gjeninnleggelser, da jeg tenker at det ikke er relevant for problemstillingen.

Det er i denne studien valgt å bruke ordet gjeninnleggelse og gjentatte innleggelser framfor ordet re-innleggelse, da en tenker at ordet re-innleggelse kan være negativt assosiert. Ordet

studien, undersøkelsen og oppgaven brukes om hverandre. Videre er det valgt å skrive psykisk helse og ikke sykdom da en velger å fokusere på helse og ikke sykdom. Likeså er det valgt å skrive han om alle informantene uansett kjønn på grunn av anonymitet. Det er valgt og skrive bruker og ikke pasient, da en person er en bruker av en tjeneste.

Et stort og innholdsrikt datamateriale fremkom i denne undersøkelsen. Ikke alt kunne få plass på grunn av oppgavens lengde.

1.4 Problemstilling

Problemstillingen er som følger:

”Hvordan opplever og erfarer brukeren gjeninnleggelser i psykiatrisk døgnavdeling?”

Fokuset for problemstillingen er brukernes livsverden og deres subjektive og erfarte opplevelse av gjeninnleggelser.

1.5 Intervjuguiden

Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide. En av årsakene til det, var å få til en flyt i samtalen og la informanten formidle det han eller hun ønsket å fortelle, samtidig var det viktig å forsøke å få svar på noen av de spørsmålene som var utarbeidet. Av respekt for informantene ble det vektlagt at de skulle få rom for å formidle sin historie. (Intervjuguide, se vedlegg nr. 4).

1.6 Oppbygging av oppgaven

Denne oppgaven er todelt, del 1 er en sammenbinding og del 2 er en artikkel. Del 1 er bygd opp etter forskrifter for oppgaveskriving ved universitetet i Agder og retningslinjer ved masterhåndboken 2012. Del 2 er bygd opp etter retningslinjer for artikkel som er gjeldende ved tidsskriftet for psykisk helsearbeid. Noen av funnene presenteres i artikkelen og i del 1 er det en utdypning av funnene samt funn som ikke fikk plass i artikkelen. I del 1 er det også en større metodedel og et kapittel om tidligere forskning.

Tidligere forskning presenteres i neste kapittel, etterfulgt av teori. Deretter følger en redegjørelse av metoden og det teoretiske rammeverket. I kapittel fire er analysen av datamaterialet beskrevet. Videre følger en presentasjon av funnene. Siden følger en diskusjonsdel hvor funnene blir diskutert og sett i sammenheng med teori og tidligere forskning, etterfulgt av en oppsummering. Til sist i oppgaven er det presentert forslag til videre forskning.

2.0 TIDLIGERE FORSKNING

Det foreligger mye forskning utført i forhold til gjeninnleggelser ved psykiatriske sykehus avdelinger. En del undersøkelser er gjort i forhold til faktorer som kan bidra til gjeninnleggelser. Kvantitativ forskning er dominerende. Hvorav det i stor grad er helsepersonells perspektiv på gjeninnleggelser som er utforsket. Brukerperspektivet er i mindre grad tatt hensyn til i forskningen på gjeninnleggelser (Machado, Leonidas & Santos, 2012).

Det hovedsakelig kvantifiserbar (målbar) forskning og forskning som bygger på tolkning og forståelsen for hvilken mening fenomener framstår med som er de vanlige retningene i produksjon av ny kunnskap i psykisk helsevern (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009).

Det foreligger ikke så mange undersøkelser som er utført hvor brukernes opplevelser og erfaringer i forhold til gjeninnleggelser er det en er ute etter å få svar på, selv om brukermedvirkning har vært på agendaen i mange år. Det kan tyde på at endring tar tid, men det er *”en økende forskningsvirksomhet der mennesker som hører til sårbare grupper, deltar som medforskere i forskningssamarbeidet.”* (Hummelvoll, Andvig & Lyberg, 2010, s. 55).

I andre land har en kanskje kommet lengre i brukerorientert forskning og handlingsorientert forskningssamarbeid. Det har vist seg og være *”en fruktbar forskningstilnærming for å utvikle og forbedre praksisfeltet innenfor psykisk helsearbeid.”* (Beston mfl., Reason og Bradbury, sitert i Hummelvoll, 2010, s. 55).

Med tanke på at *”vitenskapeligjøring kan føre til at praksis blir forbedret”* hevder Haugsgjerd (2009, s. 62) at det er viktig at brukerne er med i denne forskningen.

Haugsgjerd (2009) peker på at det er forsket lite i fagfeltet psykisk helsevern i forhold til andre fagområder og han mener det er store utviklingsmuligheter i fagutviklingen på dette feltet.

Det er mest relevant forskning og finne på engelsk og det ble tidlig klart at det var søk på engelske ord som var det mest hensiktsmessige og produktive i forhold til forskning på gjeninnleggelser og da særlig med kvalitativ metode og fokus på erfaringskunnskap. Det ble foretatt søk i Scopus, Svemed+, Ovid SP og google med søkeordene; readmission, mental disorder, psychiatry, rehospitalization, revolving door, mental disorder, qualitative reaserch, study og interview i forskjellige kombinasjoner. På norsk var søkeordene: re-innleggelse, gjeninnleggelse, studie, svingdør, psykiatri. Det er også gjort søk i Cochrane Library og Ovid SP og Scopus med søkeordene: psyc*, mental*, lonely, loneliness, qualitative, study.

Litteratursøk ble foretatt i august 2013, desember 2013. Det gav en mengde treff. Kvantitative artikler var dominerende i funnene. En så at det er gjort en god del forskning på gjeninnleggelser, men en hovedvekt fra helsepersonells perspektiv. Det er gjort mindre kvalitativ forskning på gjeninnleggelser og hva som kan være årsak til gjeninnleggelser ut fra brukernes perspektiv.

En fant ikke at det er gjort en identisk studie, men lignende studier er gjennomført. En tenker en at det er relevant å bruke både kvalitativ og kvantitativ forskning i denne oppgaven.

Machado et al. (2012) har gjort en omfattende forsknings litteratur gjennomgang som er utført av flere forfattere. Det er en oversiktsartikkel av nyere dato. Store, grundige internasjonale søk er foretatt I denne litteratur gjennomgangen. Den har samlet, systematisert og analysert internasjonal forskning på fenomenet gjeninnleggelser ved psykiatriske avdelinger i sammenheng med deinstitusjonaliseringen. Dette er en artikkel som har høy prevelans for denne oppgaven og vil bli referert til ved flere anledninger. Artikkelen har relevante referanser og gir en god oversikt over fenomenet gjeninnleggelser ved psykiatriske avdelinger.

De fleste av forskningsartiklene funnet bygger som sagt på studier som er kvantitative, men det er også utført studier som bygger på kvalitativ metode de senere årene. Mgutshini

(2010) har utgitt en artikkel som bygger på en fenomenologisk studie hvor både brukere og helsepersonell er intervjuet. Studien har benyttet semistrukturert intervju samt fokusgruppe intervju i innsamlingen av data om risk faktorer for gjeninnleggelse i psykiatrisk sykehusavdeling. Mgutshini (2010) peker på at for brukeren kan gjentatte innleggelser forstyrre hverdagen og i noen tilfeller assosieres med fortvilelse, håpløshet og økt selvmordsfare. Sosial isolasjon og eksklusjon fra hverdagslige aktiviteter var noe som brukerne gav tilbakemelding om at var av stor betydning for den psykiske helsen og for gjeninnleggelse.

Økonomiske problemer, dårlig tilgang til sosial støtte og sammenbrudd i personlige relasjoner var noe av det som brukerne oppgav som medvirkende til at den psykiske helsen deres ble dårligere. Personalet som ble intervjuet refererte til at bolig, økonomiske problemer og tap av arbeid var mulige årsaker til at den psykiske helsen til brukeren ble dårligere (Mgutshini, 2010). Det interessante med denne undersøkelsen er at svarene er noe forskjellig i hva en mener kan føre til dårlig psykisk helse og behov for gjeninnleggelse. Det kan være en indikator på at brukerorientert forskning er viktig i psykisk helsearbeid.

Det er utført flere undersøkelser som peker på hvor viktig det er med egnet bolig i forhold til den psykiske helse og livskvalitet. Hamden, Newton, McCauley-Elsom, & Cross (2011) har utført en studie, som bygger på en kvantitativ og kvalitativ metode, av mennesker som bor eller har bodd i "community care units" (CCU). Studien peker på at mennesker som bor eller har bodd i CCU opplever bedre livskvalitet gjennom vennskap, hjemmekoselig miljø og færre gjeninnleggelser ved akutt psykiatrisk avdeling. Artikkelen setter søkelys på at arbeid og sosial inkludering bør vektlegges mere i fremtiden.

Oppfølging i hverdagen er viktig får å unngå behov for gjeninnleggelse (Silva, Bassani & Palazzo, 2009.) En studie utført i Brasil ved to psykiatriske sykehus, peker på at oppfølging etter utskrivelse er vesentlig for å redusere innleggelsesraten. Silva et al. (2009) har undersøkt faktorer som kan ha en sammenheng med gjeninnleggelser. Denne studien har anvendt en kvalitativ metode med intervju (spørreskjema), av en rekke mennesker med gjeninnleggelser ved to psykiatriske sykehus i Brasil. (N=307 og N=354 i kontroll gruppen). Undersøkelsen viser at gjeninnleggelser er et økende internasjonalt fenomen og at kontinuerlig oppfølging etter utskrivelse kan redusere gjeninnleggelse med opptil 20 %. Som

oppfølging er det kommunal psykososial støtte tjenester som viser seg og spille en sentral rolle. Som en følge av deinstitutionaliseringen og omstruktureringen av psykisk helsearbeid i Brasil, har en opprettet en rekke tilbud, blant annet Kommunal Psykososial Omsorgssentere, som gir omsorg på dagtid på et spesialisthelsetjeneste nivå (Silva et al. 2009).

Undersøkelsen konkluderer med at det er behov for mere kunnskap om tjenestetilbudet som tilbys i psykisk helsearbeid når brukeren ikke er innlagt.

Munk-Jørgensen (1999) har sett på konsekvenser av deinstitutionaliseringen av psykisk helsearbeid. I kjølevannet av deinstitutionaliseringen har det dukket opp en rekke negative faktorer. En så blant annet en økning i akutte innleggelser, en dobling av dødelighet ved selvmord og overbelegg på sengeplassene, fra 80% til 100%. Det er viktig at en øker opp kapasiteten på tilbudene i psykisk helsearbeid, samt tilpasser tjenestene mere etter brukerens behov. Deinstitutionaliseringen var en nødvendighet, men det er hvordan denne prosessen har foregått han trekker veksler på. Prosessen har ikke foregått i et forsvarlig og profesjonelt tempo og det er ikke vitenskaplig grunnlag for hvordan prosessen er gjennomført (Munk-Jørgensen, 1999).

Ose et. al (2013, s. 10) hevder at flere kommuner *“opplever at spesialisthelsetjenesten bygges ned raskere enn det kommunene har fått rammer for å bygge opp.”* Det pekes på at reduksjon av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten ikke kan bygges ned mere før en har kartlagt hvor langt kommunene har kommet i oppbyggingen av *“et forsterket kommunalt tilbud til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer.”*

St. meld. nr. 47, (2009) har blant annet fokus på at det skal satses på forebygging, samhandling mellom de ulike leverandørene av helsetjenester og ny ansvarsfordeling for innbyggernes helse. Tjenestene må koordineres bedre, spesielt der det er snakk om flere tjeneseter som skal leveres samtidig. Tilbudene på helsetjenestene må være individuelt tilpasset etter brukerens behov, slik at de vil fungere i praksis og være brukerorientert rettet.

Ose et. al. (2013) sin undersøkelse viser at det er en rekke faktorer som kan påvirke gjeninnleggelser. Det er mange momenter som er kommet frem i denne studien i forhold til hva som kan forhindre gjeninnleggelse. Rapporten har analysert og systematisert sitat og

svar som ble gitt av brukere og behandlere hvor det var årsak til gjeninnleggelse som ble utforsket:

- o Få brukeren til å ta i mot hjelp fra kommunale tjenester (mange som ikke vil ha hjelp)*
- o Bemannet bolig*
- o Bolig med tilsyn på dagtid*
- o Boligtilbud uten bemanning*
- o Bolig uten rusbelastning*
- o Lavterskeltiltak i en tidlig fase*
- o Støttetjenester (arbeid, dagsenter, støttekontakt)*
- o Bedre samarbeid mellom ulike aktører*
- o Psykiatrisk hjemmetjeneste*
- o Mer hjelp i hjemmet (avlastning, struktur, medisiner, barneavlastning)*
- o Økt kompetanse og kunnskap om ulike diagnoser i kommunene*
- o Bedre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten*

(Ose et. al. 2013, s. 37)

Bolig var det som flest mente var av stor betydning som årsak til gjeninnleggelse. Det var og flere som etterlyste aktiviteter, dagsenter, arbeid etc i hverdagen.

3.0 Teoretisk referanseramme

Oppgaven bygger på en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming med et salutogenetisk perspektiv.

3.1 Salutogenese

Antonowsky (2012) hevder at det er et kontinuum mellom helse og uhelse og at en beveger seg opp og ned på dette kontinuumet i løpet av livet. *"Salutogenese handler om å finne ut hvor på kontinuumet hver enkelt person til enhver tid befinner seg"* (Antonowsky, 2012, s. 27). I det salutogene perspektivet forsøker en å se hele mennesket og hvilke faktorer som

kan være med på å bevege personen mot helseenden av kontinuumet. Opplevelsen av sammenhengen (OAS) er avgjørende for hvor på kontinuumet en befinner seg.

Definisjon av OAS: *“Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i.”* (Antonowsky, 2012, s. 41).

3.2 Hermeneutikk og humanisme

På 1600 tallet ble hermeneutikkbegrepet tatt i bruk. Det var i religiøse, litterære og juridiske tekster en brukte hermeneutikkbegrepet først. Wilhelm Dilthey utviklet siden hermeneutikken som vitenskaplig metode i de humanistiske fagene på 1800 tallet. Han vektla at disse fagene skulle være mere forstående enn forklarende.

Hensikten med en hermeneutisk fortolkning er *“å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr.”* (Kvale & Brinkman, 2009, s. 69).

3.3 Fenomenologi

Edmund Husserl grunnla fenomenologien som filosofi. Senere påvirket Martin Heidegger fenomenologien i retning av en eksistensfilosofi. Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty satte senere sitt preg med en eksistensialistisk og dialektisk retning (Kvale, 2009).

I en postmoderne tenkning er det språket som er det sentrale. Det er her, i samtale med den andre at kunnskapen blir til.

I fenomenologien ønsker en å være i direkte kontakt med virkeligheten *“ framfor å konstruere abstrakte teorier som deretter skal identifiseres i virkeligheten.”* (Madsen, sitert i Haugsgjerd, 2002, s. 202).

I forhold til kvalitativ forskning forbindes fenomenologi med en*“interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av*

informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesket oppfatter.” (Kvale, 2009, s. 45).

Det er valgt en kvalitativ metode til problemstillingen i studien med en hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming for å få kunnskap om informantenes opplevelser og forståelse for deres livsverden.

”Studier av livsverden innebærer å gripe og beskrive menneskets holdning til og omgang med både den individuelle og den sosiale virkelighet, og forholdet mellom dem.” (Hummelvoll, 2003, s. 154).

”Fenomenologi omfatter vektlegging av bevissthet og livsverden, åpenhet overfor intervjupersonenes opplevelser, stor vekt på presise beskrivelser, forsøk på å sette forhåndskunnskap i parentes og en søken etter invariante essensielle betydninger i beskrivelsene.” (Kvale, 2009, s. 70).

4.0 METODE

4.1 Rekruttering og utvalg

Intervjuer har etter mange års arbeid ved psykiatrisk avdeling god kjennskap til fagfeltet og til fenomenet gjeninnleggelser. Den erfaringsbaserte feltkunnskapen kan være en viktig ressurs i forhold til å få til et strategisk utvalg (Malterud, 2003).

Ulike psykiatriske avdelinger ved Sørlandet sykehus ble kontaktet for rekruttering av informanter. Enhetslederne ved tre ulike enheter fikk muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. De ulike avdelingene spurte aktuelle intervjukandidater. Inklusjonskriteriene var voksne innlagt ved psykiatrisk sykehusavdeling med minimum to innleggelser i løpet av tolv måneder eller langvarig innleggelse med kort intervall før gjeninnleggelse. Diagnose var ikke et utvalgs-kriterie, da det ikke var relevant for problemstillingen. Det var ønskelig med et så randomisert utvalg som mulig. Utvalget bestod av seks informanter, tre kvinner og tre menn. Den ene informanten valgte å trekke seg under intervjuet. Intervjuet ble derfor slettet. En annen informant ville ikke prate mere med intervjuer og avsluttet noe før enn hva som var planlagt, men samtykket til at intervjuet kunne brukes. Fikk derfor ikke stilt de siste

spørsmålene til denne informanten. Utvalget ble bestående av fem informanter fra tre ulike avdelinger.

4.2 Datainnsamling

En kvalitativ metode med 5 intervjuer ble benyttet til denne studien. Intervjuene fant sted på avdelingen hvor informantene var innlagt. Det ble benyttet egnet rom hvor det kun var intervjuer og informant til stede. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Båndopptaker ble benyttet. Intervjuene ble transkribert av intervjuer selv da det gav en god mulighet til å bli godt kjent med materialet og få en helhetlig forståelse av intervjuet. Et annet moment er at i forbindelse med uklarheter eller meningen i teksten er det viktig at det er den personen som var tilstede under intervjuet som transkriberer. Dette er med på å styrke validiteten av det skriftlige materialet (Malterud, 2003). Under transkriberingen er det tatt hensyn til dialektforskjeller for å sikre anonymitet. Det var viktig siden informantene er hentet fra en relativt liten gruppe (Kvale, 2009).

4.3 Gyldighet og validitet

Validitet og reliabilitet i forhold til kvantitativ forskning har tradisjonelt sett vært lettere målbar enn ved kvalitativ forskning. I positivistisk tradisjon har det vært mer et spørsmål om sannhet eller usannhet. Kvantitativ forskning er opptatt av å forklare fenomener, mens kvalitativ forskning er opptatt av å forstå fenomener. Etter hvert har begreper som generaliserbarhet, validitet og reliabilitet i kvalitativ forskning blitt tatt inn i varmen av kvantitative forskere, hvor en tolker disse begrepene på en annen måte og positivismens dominans blir mindre (Kvale, 2009).

Stiller en seg spørsmål om metoden vi bruker undersøker det vi skulle undersøke er en på rett vei. Det er viktig som forsker å være seg bevisst i hva en ønsker å undersøke, slik at alle forberedelser og intervjuene blir utført på en slik måte at en får belyst noe av det en er ute etter å få belyst (Malterud, 2003).

Malterud (2003, s. 24) hevder at vi må *”spørre oss selv i hvilken grad metoden og referanserammen er egnet til å gi gyldige svar på de spørsmål vi har stilt.”* Det er viktig at

kartleggingen blir gjennomført på en relevant måte i forhold til det en er ute etter å få svar på. Dette er med på å gi resultatene av studien god intern validitet (Malterud, 2003). Et annet viktig moment når det gjelder validitet, er om funnene har overførbarhet, såkalt ekstern validitet. Kan konteksten der undersøkelsene ble foretatt også gjelde andre sammenhenger? Dette spørsmålet sier noe om hvorvidt det god ekstern validitet. Forsker bør tenke over om utvalget er representativt i forhold til den kunnskapen en søker. Det er med på å bestemme rekkevidden av funnene (Malterud, 2003).

4.4 Informert samtykke og anonymitet

Det ble i forkant av intervjuene gitt muntlig og skriftlig informasjon og informert samtykke ble innhentet. Informantene ble forklart at det vil være full anonymitet. For å sikre anonymitet er det valgt å skrive han om alle informantene. Under transkriberingen ble det også tatt hensyn til dialekt i forhold til anonymiseringen. Dette var viktig i forhold til at det var en relativt liten gruppe som informantene er hentet ut fra (Kvale, 2009).

4.5 Tro mot informantens svar

I forsøk på å være tro mot essensen som blir formidlet er det viktig at en forsøker å legge sin egen forforståelse til side når en analyserer datamaterialet. Forfatter har stor innflytelse på materialet og bør være seg bevisst dette slik at ikke det blir ens egne tolkninger som blir det korrekte svaret. Det er informantenes erfaringer og meninger som skal tre fram (Malterud, 2003).

4.6 Forskerens egen rolle i studien

Forskers forforståelse og perspektiv har betydning for kunnskapen som produseres. Forforståelsen til forsker vil være med en under hele prosessen noe en må være bevisst på hele tiden. Har en skylapper på under analysen av datamaterialet kan en gå glipp av vesentlig informasjon og en står i fare for å se det en vil se og ikke det som faktisk er der (Malterud, 2003). Forsker vil alltid påvirke forskningsprosessen og resultatene. *“Kunnskap er et produkt av menneskelig persepsjon og samhandling.”* (Malterud, 2003, s.44).

Forsker har forsøkt å være bevisst på å ha et åpent sinn under hele forskningsprosessen og inneha stor grad av refleksivitet. Dette for blant annet og gi rom for ettertanke, uventede konklusjoner og andre svar enn det en på forhånd hadde forespeilet seg. Det var viktig å utfordre feltkunnskap og egne fordommer underveis for å skape et sluttprodukt med god validitet. Under hele prosessen har det blitt lagt vekt på å være kritisk til eget arbeid ved å stille spørsmålsteget og reflektere underveis. Høy grad av refleksivitet kan være med på og eliminere bias (Malterud, 2003). ” *Refleksivitet innebærer at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted, i forskningsprosessen.*” (Malterud, 2003, s. 28).

Forskere nærhet til stoffet kan gjøre det vanskelig med kritisk refleksjon. Underveis vil det derfor være viktig og stille spørsmål om” *hva som er med på og bestemme det jeg ser – hva er mitt utkikkspunkt for observasjoner og tolkninger...*” (Malterud, 2003, s. 27). I og med at dette er spørsmål som påvirker kunnskapsutviklingen er det viktig og være seg bevisst dette gjennom hele prosessen (Malterud, 2003).

4.7 Forskningsetiske overveielser

I forkant av intervjuene ble det gitt muntlig og skriftlig informasjon. Intervjuer gikk igjennom dette med informanten. Det ble gitt rom for at informanten kunne prate og stille spørsmål før intervjuet startet. Dette var blant annet for å være sikker på at de forstod informasjonen som ble gitt og at de ønsket å delta i undersøkelsen.

Skulle det underveis i intervjuet bli vanskelig for informanten, var intervjuer bevisst på at intervjuet ville kunne bli avsluttet for å ivareta informantens følelser i forbindelse med dette. Skulle det komme en reaksjon hos informanten i etterkant av intervjuet ville ikke intervjuer kunne se dette. Det var derfor viktig at personalet ved avdelingen hadde kjennskap til når intervjuet fant sted, for slik å kunne fange opp eventuelle reaksjoner og vanskelige følelser skulle det oppstå i etterkant. Tanken er at på denne måten vil personale som kjenner pasienten, kunne være til stede for støtte og samtale. Det ble lagt vekt på at informanten ikke skulle føle seg presset til å delta, videre at han eller hun skulle føle seg trygg til å svare det de ville. Informantene ble rekruttert gjennom Sørlandets Sykehus hvor intervjuer også var ansatt som psykiatrisk sykepleier. Det å intervjuer mennesker som er innlagt på sykehus vil kunne by på en del etiske utfordringer, både når det gjelder samtykkekompetanse,

metode og maktforholdet som ligger mellom intervjuer og informant. Intervjuer har ikke hatt noe pasientforhold til informantene på intervjutidspunktet da en ser på det som uheldig i forhold til at de kan føle seg forpliktet til å delta. En tenker at det kan være uheldig i forhold til maktbalansen mellom pleier og pasient. Intervjuet er i utgangspunktet en asymmetrisk maktbalanse, hvor intervjuer bestemmer temaet, stiller spørsmålene, har vitenskapelig kompetanse, bestemmer hvilke svar som skal følges opp og er den som avslutter samtalen (Kvale, 2009). Intervjuer har forsøkt å være seg bevisst dette for å ivareta informanten under intervjuet.

4.8 Brukermedvirkning i forskning

I kvalitetsutviklingen i psykisk helsearbeid er det viktig og få frem brukerens erfaringer. Denne erfaringskunnskapen kan gi nyttig informasjon om tjenestene og fungere som en kvalitetssikring. *"Gjennom kvalitative studier kan en tydeliggjøre, artikulere og gjøre tilgjengelig brukerens opplevelser, erfaringer og refleksjoner."* (Bøe & Thomassen, 2007. s. 136). I forskning om brukere er det viktig at deres stemmer komme frem. I forhold til problemstillingen i denne studien, er det naturlig og viktig at det er brukerne som er informasjonskilden. Det er de som sitter på svarene om hvor skoen trykker og hva som er bra og mindre bra og hvordan det oppleves. Det er viktig at brukerne får formidlet hva de tenker, mener, opplever og erfarer i forskningen. Forskning på fenomenet gjeninnleggelse fra et brukerperspektiv kan være et nyttig bidrag i utformingen av tjenester og tilbud, og kanskje kan en forhindre noen av de uønskede gjeninnleggelsene. Denne forskningen kan gi oss verdifull informasjon, slik at en bedre kan forstå og få større innsikt i hvordan det oppleves og erfares av brukeren.

Pasientens opplevelse av egen psykisk helse og hans behov kan være motstridende til hvordan hjelpeapparatet i helsevesenet opplever og mener at tilstanden på den psykiske helsen er og behovene som følge av dette. Hvem har fasiten? En tenker at begge parter bør forsøke å lytte til hverandre, men til syvende og sist bør brukerens opplevelse være den som er avgjørende. Den som skal motta tjenestene bør være enig i hvilke tjenester det er behov for og hvordan de skal organiseres. Dette av respekt for brukeren men også for å oppnå god og effektiv utbytte av tjenestene.

4.9 Metode kritikk

En kan stille spørsmål ved svarene som blir gitt av informantene er det som er de sanne svarene eller om respondentene svarer det de tror er de "riktige" svarene. Det er også en fare for at informasjonen som blir gitt er det informanten tror intervjuer ønsker og høre. En velger å tro at informasjonen som er gitt under intervjuene er sanne og derfor gyldige. Et annet moment som er viktig er tidspunktet for når intervjuene finner sted. Ville svarene blitt annerledes hvis intervjuene hadde funnet sted når brukeren var i en annen fase av innleggelsen. Eller etter at de var utskrevet?

Det kan stilles spørsmål om det er en begrensning at utvalget er hentet ut av helsepersonell ved de ulike psykiatriske avdelingene og ikke randomisert? Burde alle pasientene ved avdelingene fått tilbud om og delta, uavhengig av om personalet ved avdelingene tenker de er i god nok helse til og delta? Her er det en avveining mellom graden av autonomi og ansvar i forhold til beskyttelse. *"Forskningsetiske retningslinjer (for eksempel Helsinkideklarasjonen 2002) understreker at forskeren har et særlig ansvar for sårbare og utsatte grupper, som derfor har behov for særlig beskyttelse"* (Hummelvoll, Andvig & Lyberg, 2010, s. 37). En tenker at det er en balansegang mellom autonomi og paternalisme som til sist er forskers ansvar. Det er i slike tilfeller en fare for at *"brukerens stemme overdøves av en velment, men overbeskyttende holdning"* (Hummelvoll, 2010, s. 38).

Økt grad av brukermedvirkning har vært på agendaen i mange år. En kan derfor stille seg undrende til hvorfor en ikke har mere forskning som tar utgangspunkt i hva brukerne mener, opplever, og ønsker å formidle. Det er naturlig å tenke at brukerne av en tjeneste skal få være med på å bestemme hvordan denne tjenesten skal utformes. Brukernes kunnskap bør kanskje få større innflytelse på psykisk helsearbeid enn den har i dag. Skal tjenestene kvalitetsforbedres i helse- og omsorgstjenestene bør en kanskje tenke på hvor viktig det er at brukeren bidrar med sin erfaringskunnskap i denne prosessen.

"Brukere skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon/samtale. Brukerne opplever hvordan tjenesten fungerer i praksis og kan derfor ofte komme med de beste forslagene til forbedringer av systemet. Forbedringer som skal komme brukeren til gode, tar derfor utgangspunkt i nettopp

brukerens er faringer og synspunkter. Systematisk inn- henting av bruker erfaring er et viktig verktøy i så måte.”

(Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 23.

I etterkant ser jeg at jeg kunne ha snakket med brukere som har erfaring med gjeninnleggelser i utformingen av blant annet intervjuguiden.

Brukermedforskning ville kanskje ha belyst problemstillingen enda bedre. En god måte og innhente brukererfaringer på en når brukeren er med på planleggingen og gjennomføringen av forskningen (Bøe, 2007).

4.10 Analyse

Ut fra problemstillingen er det valgt en deskriptiv analyse med systematisk tekstkondensering. Den systematiske tekstkondenseringen er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse. Giorgi hevder: *”formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innen et bestemt felt.”* (Giorgi sitert i Malterud, 2003, s. 99). Det er essensen av det vi studerer en er ute etter å finne. Samtidig er det viktig at vår egen forforståelse settes til side underveis i vår søken. Å sette vår egen forforståelse helt til side er ikke mulig å få til, den er alltid med oss. Det er viktig å forstå dette slik at en kan reflektere rundt ens egen innflytelse på materialet (Malterud, 2003). Dette for blant annet å sikre størst mulig grad av lojalitet overfor informantene. Forfatter vil alltid farge det som velges og vektlegges, men kan forsøke å ha i minne at det er brukerens stemme som skal formidles. *”Fortolkningen av en tekst er ikke forutsetningsløs.”* (Radnitzky, sitert i Kvale, s. 217)

”Bevissthet om den teoretiske referanserammens betydning er avgjørende i forhold til en forsvarlig og kreativ tolkning av empirien.” (Malterud, 2003, s.96).

Først ble intervjuene lest igjennom for å få en helhetlig forståelse av intervjuene. Underveis i dette arbeidet så en konturen av forskjellige temaer. Deretter ble det foretatt en grundig gjennomgang av materialet for å identifisere meningsbærende enheter. Underveis ble de

meningsbærende enhetene systematisert i form av koding. Det ble gjort anmerkninger i teksten i form av blant annet bruk av forskjellige farger.

Siden fulgte en prosess med å kondensere de meningsbærende enhetene og sette dem i grupper med tanke på problemstillingen og hva en er ute etter å belyse. Her ble det reflektert en del rundt de forskjellige gruppene. Noen av gruppene ble forandret. En så også at det en trodde var forskjellige temaer egentlig passet sammen som ett tema. Noen temaer ble også delt opp. Etter nok en gjennomgang fikk de ulike gruppene overskrifter. Etter den systematiske analysen, ble resultatene sett opp mot materialet for å se om det var likhet i det som opprinnelig ble sagt (rekontekstualisering).

Underveis i analysen ble det lagt vekt på både konsensus og minoritetsoppfatninger, da en anser begge deler som likeverdige. Det er viktig i søken etter funn at en ikke bare leter etter det som det er konsensus om, det kan stenge for ny innsikt, men gir rom for at minoritetsoppfatninger kan være viktig i forhold til å utfordre gamle sannheter (Malterud, 2003).

5.0 Presentasjon av data

For å få fram den verdifulle erfaringskunnskapen som informantene besitter var det viktig for intervjuer å la informantene få fortelle sin historie med egne ord. Det å være tro mot svarene som informantene gav har vært spesielt viktig gjennom utarbeidelsen av oppgaven.

I del 2 er det presentert 3 temaer som en så utkrystalliserte seg etter analysen av datamaterialet. De tre var: bolig, ytre påkjenninger og ensomhet. Det vil i denne delen bli presentert flere viktige funn og noen av funnene i del 2 vil utdypes videre.

I del 2 ble funnet ensomhet belyst. Det ble ikke mulighet til og ta med forlengelsen av en del momenter knyttet til dette temaet i del 2. Det vil i denne delen bli belyst sosial nettverk og sosial kapital i forbindelse med temaet ensomhet som ble presentert i del 2.

Andre viktig funn som ikke kunne komme med i del 2, er samhandling i helsevesenet, som også vil bli belyst i denne delen.

5.1 Funn: ensomhet, sosialt nettverk og sosial kapital.

” Ensomhet, det er jo litt ensomt hjemme.”

Informanten utrykte tydelig at han var ensom i det daglige. Den samme informanten etterlyste mere oppfølging for å gjøre sosial ting i hverdagen, slik som og gå på kafe etc. En informant formidlet at han ikke følte seg inkludert i det daglig der han bodde.

"... det vil jo bli stigmatisert holdninger i nabolaget om at det her er ikke en mann du kan bruke."

"...jeg føler ikke det er trygt å bo der for det er ingen som bryr seg."

Liten grad av inkludering i nærmiljøet fører til at denne informanten ikke føler det trygt i hverdagen. Informanten uttrykker at han opplever utestengelse fra den sosiale arenaen.

5.2 Funn: samhandling i helsevesenet – et spørsmål om verdighet?

En informant formidlet at han var fortvilet over og ha gått fra avdeling til avdeling:

"Nå har jeg gått fra bygg til bygg. Første gang jeg var her oppe var jeg først på 6-bygget, så er det ned på 4-bygget, så er det opp igjen på 6-bygget, så havnet jeg på 7-bygget."

Informanten uttrykte også stor grad av håpløshet rundt sin situasjon. Det fungerte ikke i det daglige for han der han bodde. Han hadde hatt gjentatte innleggelse ved sykehuset den siste tiden. Han uttrykte stor bekymring for sin situasjon som synes og være uhåndterbar.

"...det går ikke å bo i et bo fellesskap, fordi det er ingen som vil bo sammen med meg."

"Jeg kan ikke bo noen plasser. Jeg vet ikke hvor jeg skal bo hen."

Informanten formidler at han har en bo situasjon som ikke fungerer i det daglige for han, og vet ikke hva han skal gjøre.

6.0 DISKUSJON

6.1 Ensomhet, sosialt nettverk og sosial kapital

"Opplevelse av ensomhet forteller om svikt i vår sosiale tilhørighet." (Halvorsen, 2012. s. 47).

"Dersom vi som individer har gode, tillitsfulle og varige relasjoner til andre mennesker, har vi et godt utgangspunkt for å håndtere mange av livets utfordringer." (Bø, 2007. s. 158)

Forskning tyder på at det er en sammenheng mellom sosialt nettverk, negative livshendelser og psykisk helse. Et dårlig sosialt nettverk kan føre til utvikling av psykiske lidelser, men det kan også være en konsekvens av psykiske lidelser (Dalgard, Døhlle & Ystergaard, 1995). Hamden (2011) viser til at sosial inkludering og arbeid er to områder som bør vektlegges i større grad.

Det å ha et godt nettverk er viktig, både for å få dekt vårt sosiale behov, men det gir også tilgang til ressurser. Kan en få hjelp og støtte av forskjellige typer kan det være avgjørende for hverdagen. Befinner en seg i en vanskelig situasjon som en ikke klarer å mestre på egen hånd, kan det være viktig å få trøst og omsorg av andre slik at en klarer å håndtere situasjonen. Det kan være til stor hjelp å ha andre som en kan bytte og låne av, eller legge inn et godt ord for oss og som kan hjelpe oss til å fatte riktige beslutninger (Bø, 2007). Graden av relasjonstyrken kan være avgjørende for hvor stor ressurs tilgang vi har. *"Å ha suksess er et sosialt fenomen: Det avhenger av våre relasjoner til andre."* (Bø, 2007. s. 158).

Sosial kapital er blitt helt essensielt i dagens samfunn på mange måter. Pierre Bourdieu (2008) hevder at kapital fremstår på tre måter: økonomisk kapital, kulturell kapital og sosial kapital og at de virker inn på hverandre. Har en god kulturell kapital, kan det gi tilgang til større økonomisk kapital fordi en har større mulighet til å lykkes i utdanningssystemet. God kulturell kapital er også viktig for sosial kapital. Det er ikke tilfeldig hvor stor kapital nettverket har, det er avhengig av blant annet den kulturelle kapitalen som en rår over (Bø, 2007).

Nettverk er en viktig del av et menneskets liv. Det kan være en svært viktig og avgjørende ressurs for de fleste mennesker. Ross Speck og Carolyn Attneave banet vei for hvordan et nettverk kunne anvendes i nettverksarbeid på det psykososiale området (Seikkula, 2007). Nettverkstenkning handler om å finne ressursene i nettverket til brukeren og planlegge aktiviteter etter dette. Ved å samle nettverket til brukeren, brukeren og fagpersonene kan en ha arrangere et såkalt nettverksmøte. Når et nettemøte finner sted tenker en at alle stemmer er likeverdige og at løsninger skal bli til under møtet. Her er det viktig at fagpersonene ikke har forberedt seg og stiller til møtet med ferdige løsninger og tiltak, men mer har en funksjon som tilrettelegger for dialogen. Dette gir en større grad av brukermedvirkning ved at en er åpen for medvirkning fra brukeren og hans nettverk, være

hans familie og andre personer i nettverket hans (Bø, 2007). Kanskje er det større mulighet for at løsningene en kommer fram til vil fungere for brukeren når han selv får medvirke til hva og hvordan.

Det å ha et godt sosial nettverk og god sosial kapital er viktig for den psykiske helsen. Et annet moment som er nærliggende og viktig er medborgerskap.

Medborgerskap handler blant annet om hvordan vi deltar i samfunnet og hvilken relasjon vi har til våre medmennesker. Noen stikkord her er; medvirkning, selvbestemmelse, bruk av ytringsfriheten, viktigheten av å ha en inntekt, politisk engasjement og organisasjonstilknytning. Det handler om sivile, politiske og sosiale rettigheter og om hvordan mennesker skal få hjelp til å delta på alle nivåer i samfunnet (Svisdahl, 2008). Utestengelse fra forskjellige arenaer vil kunne føre til liten grad av opplevd medborgerskap som igjen kan føre til at en ikke føler seg som fullverdig deltaker i samfunnet og like betydningsfull som andre mennesker. Hvis en ikke føler seg som like mye verdt, inkludert og respektert av samfunnet kan det påvirke den psykiske helsen. Det å få lov til å utøve medborgerskap i den grad den enkelte selv ønsker det bør derfor sees på som svært viktig å få til for alle mennesker.

6.2 Samhandling i helsevesenet

Etter ti år med satsing på å styrke det psykiske helsevernet, med Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999), oppsummerte helsedirektoratet med at det fortsatt ikke var godt nok samarbeid og samordning mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Når så St.mld.nr. 47 (1999) kom, var det naturlig at samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og også innad i kommunen var et område som ble belyst som viktig å arbeide med å forbedre. *“...bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover.”* (St.mld.nr. 47, 2009, s. 13) I forlengelsen av St.mld.nr. 47, er det laget lovpålagte samarbeidsavtaler. For mennesker som har behov for koordinerte tjenester, er det helt essensielt at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen fungerer godt.

Noen av de grunnleggende årsakene til helse- og omsorgstjenestens samhandlingsproblemer er i følge St.mld.nr. 47 (2009, s. 21) at : *"pasientenes behov for koordinerte tjenester bevares ikke godt nok"* og *"tjenestene preges av for lite innsats for å begrense og forebygge sykdom."*

En kan tenke seg at begge disse momentene kan være en årsak til gjeninnleggelse. Blir tjenestene koordinert godt nok kan det føre til at det fungerer bra for brukeren, han opprettholder best mulig helse, og en kan unngå gjeninnleggelser. Dette vil igjen kunne være med på å begrense og forebygge sykdom. Manglende koordinering av behov og tjenester kan føre til gjeninnleggelser og gi lavere opplevd livskvalitet (Marchinko & Clarke, 2011).

Det og bli sendt fra avdeling til avdeling kan tenkes og oppleves uverdigg og lite hensiktsmessig i forhold til relasjonsbygging og behandling. *"Pasienter som mer eller mindre vilkårlig møter først en behandler, så en annen og så en tredje, vil vanskelig få det man kaller et fullverdigg behandlingstilbud."* (Haugsgjerd, 2009, s. 121).

7.0 Konklusjon

Flere av informantene uttrykte at de var ensomme. Stigmatisering og liten grad av sosial inkludering i lokalsamfunnet opplevdes vanskelig. Det er derfor viktig at sosial inkludering vektlegges i større grad i psykisk helsearbeid fremover. Ved og styrke det sosiale nettverket til den enkelte kan det bidra til å redusere ensomhetsfølelse og gi en positiv helsegevinst.

For og få til en god koordinering av ulike tilbud og tjenester til brukere med sammensatte behov er det viktig at samhandlingen er optimal i spesialisthelsetjenesten, i kommunene og dem imellom. Et enda bedre samarbeid mellom bruker, pårørende, 1. og 2-linjetjenesten i identifiseringen av behov og utvikling av tjenester deretter kan tenkes å være riktig vei å gå.

7.1 Videre forskning

Brukerens opplevelse og livsverden i forhold til fenomenet gjeninnleggelser er lite utforsket. En tenker at det i fremtiden vil være ønskelig med mere forskning som er kvalitativ med brukeren som informant. Det er viktig at en tilegner seg en økt forståelse for hvordan gjeninnleggelser oppleves og erfares av brukeren med tanke på utforming av tilbud og

tjeneste i psykisk helsevern. Forskningen bør tilrettelegges og gjøres tilgjengelig for brukeren slik at han kan få ta del som medforsker i større grad.

8.0 LITTERATURLISTE

Antonowsky, A. (2012). Helsen's mysterium. Den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bø, I. & Schiefloe, P. M. (2007). Sosiale landskap og sosial kapital. Innføring i nettverkstenkning. Oslo: Universitetsforlaget.

Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk. Oslo: Universitetsforlaget.

Cooper, M., McLees, S. (2001). Brief Clinical Reports. "Can we prevent readmission? Needs for care and gaps in service provision". Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29, 497-500. Cambridge University Press.

Dalgard, O. D., Døhlle, E. & Ystgaard, M. (1995). Sosialt nettverk, helse og samfunn. Oslo: Universitetsforlaget AS

Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Halvorsen, K. (2012). Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2002). Perspektiver på psykiske lidelse – å forstå, beskrive og behandle. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). Perspektiver på psykiske lidelse – å forstå, beskrive og behandle. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hummelvoll J. K. (Red) (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvoll, J.K., Andvig, E. & Lyberg, A. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hamden, A., Newton, R., McCauley-Elsom, K. & Cross, W. (2011). *Is deinstitutionalization working in our community?* International Journal of Mental Health Nursing 20, 274-283.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Det kvalitative forskningsintervju (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Machado, V. V., Leonidas, C. C., Santos, M. A., & Souza, J. J. (2012). *Psychiatric readmission: an integrative review of the literature*. *International Nursing Review* 59, 447-457.

Malterud K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Marchinko, S & Clarke, D. (2011). *The Wellness Planner: Empowerment, Quality of Life, and Continuity of Care in Mental Illness*. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 25, No. 4, 284-293.

Mgutshini T. (2010). *Risk factors for psychiatric re-hospitalization: An exploratory study*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 257-267.

Montgomery, P & Kirkpatrick, H. (2002). *Understanding Those Who Seek Frequent Psychiatric Hospitalizations*. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. XVI, No. 1, 16-24.

Ose, O. S. & Slettebak, R. (2013). *Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene*. Oslo: SINTEF

Povl Munk-Jørgensen (1999). *Has deinstitutionalization gone too far?* *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 199, 249: 136-143.

Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Silva, C. N. Bassani, G. D & Palazzo, S. L. (2009). *A Case-Control Study of Factors Associated With Multiple Psychiatric Readmissions*. *Psychiatric Services* 60:786-791.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *.....og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitet i sosial- og helsetjenesten*.

St.meld.nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 63 (1998). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*.

Svisdahl M. (2008). *Veien ut av psykisk lidelse. Erfaringer, bedringsprosesser og medborgerskap*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Vigod, S. N, Kurdyak, P. A, Dennis, C, Leszcz, T, Taylor, V. H, Blumberger, D. M, & Seitz, D. P. (2013). *Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review*. *The British Journal of Psychiatry*, 202: 187-194.

Del 2:
Artikkel

FORFATTER: Sonja Slaughter Kjelsaas

FØDSELSÅR: 1976

UTDANNING & ARBEIDSSTED: Psykiatrisk Sykepleier, SSHF.

ADRESSE: Arenfeldts vei 33, 4630 KRISTIANSAND

MAIL: sonjaslaughter@hotmail.com

TITTEL: Brukernes erfaringer og opplevelser av gjeninnleggelser i psykiatrisk døgnavdeling.

ANTALL TEGN BRUK I MANUS MED MELLOMROM: 28766

Brukerens erfaring og opplevelse av gjeninnleggelse i psykiatrisk døgnavdeling.

Sonja Slaughter Kjelsaas

sonjaslaughter@hotmail.com

Sammendrag

I kjølevannet av deinstitutionaliseringen og desentraliseringen har det oppstått et fenomen; en gruppe mennesker som gjeninnlegges ved psykiatrisk døgnavdeling inntil flere ganger i året. Denne studien ønsker å belyse hvordan det oppleves og erfares for de menneskene som gjeninnlegges. Forskningsspørsmålet var som følger; **”Hvordan opplever og erfarer brukeren gjeninnleggelser i psykiatrisk døgnavdeling?”** Studien bygger på et hermeneutisk, fenomenologisk perspektiv med en salutogenetisk forståelse. Det ble foretatt fem kvalitative intervjuer av brukere med erfaring fra gjeninnleggelser i psykiatrisk døgnavdeling. En systematisk tekstkondensering med et deskriptivt og eksplorativt design ble anvendt til analysen. Funn fra studien peker på at et tilpasset bo tilbud er viktig, med eller uten bemanning. Stress og andre ytre påkjenninger var årsak til gjeninnleggelse for flere og at ensomhet og manglende sosial integrasjon var et problem i hverdagen.

Nøkkelord: Gjeninnleggelse, bolig, ensomhet, sosial integrasjon og stress.

Abstract

With the deinstitutionalization and the desentralization we have seen a new phenomenon; a group of people who repeatedly are readmitted to a psychiatric hospital. The aim of this study is to explore how people who are readmitted to a psychiatric hospital experience the readmission. The question that was explored was: "how do patients experience readmission to a psychiatric hospital." The study is based on a phenomenological and hermeneutical perspective with a salutogenetic way of understanding. Five qualitative interviews of people

with experience with readmission to a psychiatric hospital was conducted. In analysing the data a systematic tekstcondensation with an explorative and descriptive design was used.

Findings show that the right housing facility with or without staff was of great importance. External stresses was a cause of readmission for several of the informants and loneliness and poore sosial integration was a problem in everyday life.

Keywords: readmission, housing, loneliness, sosial integration and stress.

Innledning

De siste 30 årene har en hatt en utvikling fra de gamle sentralinstitusjonene mot en deinstitusjonalisering og desentralisering av tjenester til mennesker med psykiske utfordringer. De siste årene har det vært økt fokus på at de skal få det tilbudet de trenger der de bor av det kommunale hjelpeapparatet jamfør St. mld.nr. 47, (2009)

Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Antall sengeplasser ved institusjonene har blitt trappet ned de siste årene (Ose & Slettebak, 2013).

Samhandlingsreformen tar sikte på at kommunene skal overta mye av ansvaret for helsetilbudet til befolkningen. Denne omstruktureringen krever store ressurser og er tidkrevende. Det kan tyde på at kommunene ikke helt har klart å bygge opp hjelpeapparatet i forhold til ansvaret de nå har fått. I følge Ose & Slettebak (2013) tyder en omfattende undersøkelse som ble utført på at hver fjerde innleggelse kunne vært unngått hvis det hadde vært et tilstrekkelig tilbud i kommunen.

”De kommunale tjenestene må bygges ut, og de må ha god forebyggingskompetanse og et bredt tilbud både med bolig, lavterskeltiltak, støttetjenester (arbeid, dagsenter, støttekontakt), gode hjemmetjenester mm.” (Ose & Slettebak, 2013, s. 4).

At en gruppe mennesker får behov for gjentatte innleggelse er ikke et nytt fenomen. Det kan være at nedtrappingen av sengeplasser og det påfølgende økte presset på gjenværende senger fører til tidlig utskrivelse. I følge en Sør Afrikansk studie førte dette til en økt risiko for gjeninnleggelse (Niehaus sitert i Machado, Leonidas & Santos, 2012).

Metode

Det kvalitative forskningsintervjuet ble valgt for å få fram informantenes forståelse og livsverden i forhold til temaet om gjeninnleggelse. En har valgt å belyse hva informantene mener om hvorfor det blir mange gjeninnleggelser og hva en kan gjøre for å forhindre det ut fra en fenomenologisk hermeneutisk forståelse. Ved å benytte denne tilnærmingen ønsker en at informantene skal forsøke å beskrive verden slik som de opplever den med tanke på at virkeligheten er den som mennesket opplever som virkelig. En kan ikke skille et fenomen fra fortolkningen av det. Hvordan en atferd blir tolket kommer an på personen som tolker. Vi tolker alle forskjellig når *”ens fortolkning av et fenomen fremstår som ens forståelse”* (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2006, s. 56).

Den erfaringen informantene besitter om hvordan deres livsverden arter seg og deres erfaringer med gjeninnleggelser vil bli vektlagt. Det er nettopp denne erfaringskunnskapen som det er ønskelig å få fram.

Studiens design

Studiens hensikt var å få frem brukerens opplevelse og erfaringer i forhold til gjeninnleggelser. For å få frem kunnskap om brukerens livsverden og opplevelser ble det valgt en kvalitativ metode med fem dybdeintervjuer med en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming (Kvale & Brinkman, 2009). En semistrukturert intervjuguide ble benyttet blant annet fordi det var viktig for denne studien og få fram brukerens fortolkning rundt dette temaet samt for å få til en flyt i selve intervjuet spesielt med tanke på at informanten skulle få muligheten til å formidle sin historie i intervjuet.

Utvalg

Informasjonsskriv om studien og studiens hensikt ble gitt til ulike psykiatriske avdelinger ved Sørlandet Sykehus, som formidlet kontakt med informantene. Inklusjonskriteriene var voksne innlagt ved psykiatrisk sykehusavdeling med minimum to innleggelser i løpet av tolv måneder eller langvarig innleggelse med kort intervall før gjeninnleggelse. Diagnose var ikke et utvalgs-kriterie, da det ikke var relevant for problemstillingen. Utvalget bestod av fem informanter.

Datainnsamling

Gjennomføringen av intervjuene fant sted sommer/høst 2013. Informantene har samtykket muntlig og skriftlig. Studien er godkjent hos NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste). Intervjuene ble foretatt på avdelingen som informantene var innlagt på. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og senere transkribert i sin helhet. Det ble foretatt 5 intervjuer med en varighet på 13- 46 minutter. Under transkriberingen ble det tatt hensyn til dialekt i forhold til anonymiseringen av informantene.

Dataanalyse

Malteruds (2003) systematisk tekstkondensering er anvendt i analysen. Etter transkriberingen ble tekstene lest igjennom for og få en helhetlig forståelse av intervjuene. De fire trinnene for analyse som ble anvendt. Først ble de meningsbærende enhetene identifisert og kodet ved en grundig gjennomgang av materialet. Deretter ble de meningsbærende enhetene kondensert og satt sammen i grupper i forhold til problemstillingen. Det ble foretatt nok en gjennomgang og utformet nye overskrifter til de ulike gruppene. Til sist ble resultatene satt opp mot det opprinnelige materialet for og sikre at det var likhet i det som opprinnelig ble sagt (rekontekstualisering) (Malterud, 2003).

Forskningstiske refleksjoner

Artikkelen bygger på en studie som ble gjennomført som en del av et mastergradsprosjekt i psykisk helsearbeid ved Universitet i Agder. Da det var noe uklart om det trengtes godkjenning fra REK, ble prosjektet søkt godkjent hos dem. REK konkluderte med at det ikke trengtes godkjenning fra dem (se vedlegg 2). Det er søkt godkjenning hos Norsk samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, NSD, studien er godkjent, 04.02.2013, nr: 32826 (se vedlegg 1). Informantene som deltok ble informert om hensikten med prosjektet og samtykket i og delta. Alle informantene fikk beskjed om at de når som helst kunne trekke seg.

Skulle det dukke opp vanskelige følelser i forbindelse med intervjuet, var intervjuer bevisst at intervjuet ville kunne avsluttes for og ivareta informantens følelser.

Funn

Fokuset for problemstillingen var brukernes livsverden og den erfaringskunnskapen de besitter.

Intervjuene fikk fram flere temaer. Det utkrystalliserte seg 3 temaer som var betydningsfulle for brukeren:

- Riktig botilbud i forhold til deres behov, med eller uten bemanning.
- Stress i form av påkjenninger i hverdagen som økonomi, rus og relasjoner førte til uhelse.
- Ensomhet og sosial ekskludering.

Egnet bolig

Flere informanter formidlet at hvilken type bolig de hadde, var av stor betydning for hvordan det fungerte i hverdagen for dem og for deres psykiske helse. For noen av informantene opplevdes det og bo i bofellesskap som en god løsning for dem. Det at bofellesskapet var bemannet var av stor betydning for noen.

En av informantene uttalte:

”Jeg kan ikke bo noen plasser. Jeg vet ikke hvor jeg skal bo henn.”

Denne informanten hadde egen leilighet hvor han fikk oppfølging av kommunene, men det fungerte ikke for han. Han uttrykte at han ønsket og bo i et bofellesskap.

”...det har ikke fungert.. Jeg kan ikke bo der. Det går ikke.”

Det å ha bemanning ved boligen var for noen av informantene viktig. Selv med bemanning formidlet noen av informantene at de ble psykisk dårlig og fikk behov for innleggelse ved psykiatrisk døgnavdeling. Bemannet bolig var ikke ens betydende med at brukeren ikke fikk behov for innleggelse, men informanten formidlet at det opplevdes trygt å ha personale tilgjengelig ved behov.

”... de på boligen fanger opp hvis jeg begynner å bli dårlig” ” og da prøver de jo å unngå innleggelse, men det er ikke alltid det nytter.”

En informant trakk fram at det var spesielt viktig med bemanning også på nattestid. Det var trygt å ha personale tilgjengelig på nattestid dersom det skulle det være behov for hjelp.

Denne informanten formidlet:

” Det er jo personale der jeg bor. Får jeg problemer på natta så er der nattevakt som kan komme...”

Det kom også fram av undersøkelsen at bofellesskap ikke var ønskelig for alle. For noen opplevdes det destruktivt for deres helse. En informant fortalte at han ikke ønsket å bo i et bokollektiv, han mente det var ødeleggende for han.

”...de plasserer meg i bokollektiver med bare narkomane og jeg sier at da går det til helvete. Og det var det som skjedde.”

Denne informanten var tydelig i hva han mente ikke fungerte for han. Han sa videre;

”Jeg sa det til de, at skal jeg klare å slutte, så kan de ikke flytte meg inn i rusboliger...”

Denne informanten fortalte at han hadde blitt tildelt forskjellige type boliger. Felles for dem alle var at det bodde andre mennesker der med rus problemer. Han formidlet at han synes det var slitsomt å bo på plasser hvor det var et rusmiljø.

”...jeg trenger ikke noe bokollektiv og sånt for jeg har alltid greid meg sjøl. Jeg er nødt til å ha litt mere ro rundt meg hvis jeg skal greie meg.”

Han etterlyser et annet bo tilbud, som han mener kan fungere bedre for han.

Stress i form av ytre påkjenninger i hverdagen

Noe som flere av informantene trakk fram var at de hadde hatt store påkjenninger i forkant av innleggelse ved psykiatrisk avdeling. En informant formidlet:

”... det skjedde så mye ute, i familien og sånn. Det var påkjenninger som ble for store, jeg taklet det ikke.alt på en gang. Det var voldsomt, jeg taklet ikke det.”

Informanten formidler at det var for store påkjenninger i hverdagen og at det ble vanskelig for han å håndtere. Det førte til dårligere psykisk helse og behov for innleggelse.

En annen informant uttrykte:

” Det var mye som skjedde i livet mitt utforbi, som gjorde at jeg ble innlagt.”

Begge disse informantene var tydelige på hva som hadde vært med på å forårsake dårligere psykisk helse og behov for innleggelse ved psykiatrisk avdeling. Begge informantene bodde i bokollektiv med bemanning. Selv om det var personale tilgjengelig for dem, klarte de ikke alltid å håndtere normale stress-situasjoner i livet.

En informant formidlet at økonomi var en stor påkjenning i hverdagen. Han formidlet at det var av betydning for livskvaliteten i hverdagen.

”...økonomi betyr en del, det er betydningsfullt å få inn penger sånn at du kan fylle opp kjøleskapet...”

”...har et meningsfylt liv, bortsett fra økonomi .”

Økonomi kommer tydelig frem som avgjørende i hverdagen. Og fravær av god økonomi blir nevnt som så belastende at det går ut over livskvaliteten.

Av ytre påkjenninger var det flere momenter som ble nevnt. Økonomi, familiære årsaker og rus var noen av de tingene som kom frem når informantene formidlet hvilke ulike ytre påkjenninger de hadde og som de synes var vanskelige og håndtere.

Ensomhet, sosial ekskludering og utrygghet.

Et tredje moment som ble trukket fram av flere av informantene var ensomhet. Det kom frem at flere av informantene opplevde ensomhet i hverdagen.

” Ensomhet, det er jo litt ensomt hjemme.”

Denne informanten formidlet klart at han var ensom. I samtalen fortalte han også at han ønsket mere oppfølging for å gjøre sosial ting.

En annen informant sa:

”...de fleste mennesker har jo nok med sine egne familier, så det er ikke noe grunnlag for å kritisere. Men det kunne vært en person da..... det kunne vært en person.”

Ensomhet i hverdagen var tydelig hos flere av informantene. Stigmatisering og sosial ekskludering var av betydning for følelsen av ensomhet og utrygghet i hverdagen.

”Jeg kan ikke bo på en sånn plass hvor ingen bryr seg.”

Flere informanter uttrykte at de ønsket mere sosial kontakt med andre mennesker. En informant uttrykte at han var fornøyd med at han fikk jevnlig besøk av ACT-teamet, og at han gjerne kunne tenke seg at de kom på besøk oftere og gjorde sosiale ting sammen.

DISKUSJON

Egnet bolig

Flere av informantene formidlet hvor viktig det var med riktig bolig i forhold til deres behov. Bemannet bolig ble sett på som trygt og nødvendig. Det at den bemannede boligen var bemannet også på natten ble trukket fram av en av informantene som viktig. Ose & Slettebak (2013), hevder det er et større behov for døgnbemannede boliger i Norge. Riordan, Haque og Humphreys (2006) viser til at informantene i studien hadde fire og en halv ganger så stor mulighet for en endelig utskrivelse hvis de bodde i en bemannet bolig eller en bolig med tilsyn. Ut fra denne undersøkelsen kan en tenke at det er en sammenheng mellom det og bo alene og gjeninnleggelse. Dette indikerer at det er viktig med emosjonell og materiell støtte fra andre mennesker en bor i tilknytning (Riordan et al. 2006). Å bo i et bofellesskap kan gi økt livskvalitet gjennom vennskap med andre som bor der. Det kan føre til færre gjeninnleggelser med en slike boform med oppfølging (Hamden, Newton, McCauley & Cross, 2011).

En australsk studie indikerer at livskvaliteten er bedre for dem som bor i såkalte ”group homes” og at de er mere fornøyd med bosituasjonen i forhold til dem som bor alene (Simpson, Hyde & Faragher, 1989).

Identifisering av individuelle behov er helt essensielt i forhold til å kunne gi det rette tilbudet som det er behov for. Det er litteratur som peker på at dette kan bidra til å redusere gjeninnleggelser (Cooper & McLees, 2001). Copper og McLees peker på hvor essensielt det er med et fleksibelt og ansvarlig system i forhold til gode og individuelt tilpassede tilbud og at flere av menneskene som ble gjeninnlagt hadde behov som ikke ble møtt. Det er viktig at kartlegging av individuelle behov blir gjort før utskrivelse. Det kan tenkes at det da ligger et ansvar på spesialisthelsetjenesten i å kartlegge de individuelle behov pasienten har, både de

kliniske og de sosiale, i god tid før utskrivelse slik at de nødvendige tilbudene og tiltakene kan settes inn og være på plass når utskrivelse finner sted (Cooper & McLees, 2001).

Det at de ulike instansene i helsevesenet samhandler der det er behov for flere tjenester samtidig, trekker samhandlingsreformen frem som særlig viktig. *"Det er ofte de mest sårbare og vanskeligstilte som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste."* (St.mld.nr. 47, 2009, s. 51) Samtidig peker Samhandlingsreformen på at de koordinerte tjenestene ikke er godt nok ivaretatt.

Riktig botilbud?

"Jeg sa det til de, at skal jeg klare å slutte, så kan de ikke flytte meg inn i rusboliger, da går det til helvete." Denne informanten formidlet at han ikke fikk rett type bolig. Det å holde seg rusfri ble da vanskelig for denne informanten. Det er nærliggende å tenke at en stor konsentrasjon av mennesker med ruslidelser kan skape et tøft miljø og at det kan bli vanskelig å holde seg rusfri. Trenden de siste årene er at det lages egne bofellesskap for mennesker med psykiske utfordringer & rusproblematikk (ROP-lidelser). Er dette det rette tilbudet og gi alle mennesker med rusproblematikk? I følge informanten i denne undersøkelsen var ikke dette tilbudet riktig utformet for han.

Mennesker med både psykiske lidelser og ruslidelser (ROP-lidelser) står for nærmere halvparten av akuttinnleggelsene i psykisk helsevern. ¼ av denne gruppen mennesker er også bostedsløse (Helsedirektoratet, 2011). Det krever et robust samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten for å hjelpe disse menneskene (Schjødt, Hoel & Onsøien, 2012). Det kan tenkes at en må forsøke å tenke nytt i forhold til hvordan en kan hjelpe denne gruppen. Kanskje er det behov for et tettere og bedre samarbeid mellom de ulike instansene som skal bistå og hjelpe. Et mere individualisert, tilpasset og koordinert helhetlig tilbud er muligens påkrevd.

Stress og andre ytre påkjenninger i hverdagen

Verdens helseorganisasjon(WHO) definerer psykisk helse som *"en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet."* (WHO, sitert i Folkehelseinstituttet, 2011, s. 15).

God psykisk helse er mye mere enn fravær av sykdom. Antonowsky (2012) hevder at helsen er i stadig bevegelse, fra en god psykisk helse til dårlig psykisk helse, et såkalt kontinuum. I løpet av livet kan helsen bevege seg opp eller ned på dette kontinuumet. Ulike faktorer kan være helsefrembringende på vår psykiske helse. Støtte, oppmuntring, mestring, veiledning og høy grad av velvære, selvbilde og positiv atferd er noen av faktorene som kan være helsefrembringende. I det salutogene perspektivet er det nettopp de helsefrembringende faktorene som gjør at en befinner seg på helseenden av kontinuumet som er i fokus (Antonowsky, 2012) .

Informant: "... det skjedde så mye ute, i familien og sånn. Det var påkjenninger som ble for store, jeg taklet det ikke.alt på en gang". "Det var voldsomt, jeg taklet ikke det."

En annen informant uttrykte: " Det var mye som skjedde i livet mitt utforbi, som gjorde at jeg ble innlagt."

I følge Antonowsky (2012) kan hvordan en opplever stress være avgjørende for hvorvidt det er positivt eller negativt. I noen tilfeller kan stress være ødeleggende for helsen, men i andre tilfeller kan det positivt og bra. Det avhenger av opplevelsen av sammenhengen.

Opplevelsen av sammenhengen, OAS, er noe Antonowsky (2012) hevder kan være avgjørende for hvordan en takler ulike påkjenninger. Håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet er de tre komponentene som er avgjørende for OAS (Antonowsky, 2012).

Med begripelighet menes det her hvordan en opplever stimuli som forståelig og velordnet. Opplevs det som forståelig er det av betydning for hvordan en i framtiden forventer at stimuli en utsettes for opplevs. Derfor er det viktig at informasjon opplevs som sammenhengende, klar og strukturert i motsetning til kaotisk, uorganisert og uforståelig. Høy grad av opplevelse av håndterbarhet kan være avgjørende for hvordan man føler at livet er og at man ikke føler seg som et offer for omstendighetene. Livet kan gå opp og ned, men det at man er i stand til å takle de store hinderene som dukker opp er avgjørende. Det tredje momentet, som kanskje er et av de viktigste, er meningsfullhet. Det at en har noe meningsfullt å engasjere og involvere seg i rent følelsesmessig. Noe som en synes er verd å bruke krefter på, og som en gjerne ser på som utfordring og ikke en belastning er viktig for utviklingen av en sterk OAS (Antonowsky, 2012).

I følge denne tenkningen til Antonowsky (2012), kan det at en får hjelp i hverdagen til å takle forskjellige utfordringer og stress være avgjørende for den psykiske helsen. Når livet blir vanskelig kan det at andre hjelpe oss til å håndtere situasjonen og gi oss en følelse av at vi opplever den som forståelig være avgjørende. I et døgnbemannet bofellesskap er det helsepersonell tilstede, noen plasser døgnet rundt. Det kan tenkes at det kan oppleves trygt det at en vet at en kan få veiledning og støtte skulle utfordringene i hverdagen bli vanskelige og håndtere. Dette kan igjen gi økt mestringfølelse hvilket er helsefrembringende på den psykiske helsen. I følge en Engelsk undersøkelse er det fem ganger så stor mulighet for gjeninnleggelse når brukeren mangler tett oppfølging og sosial støtte (Riordan et al. 2006).

Informant: " Det er jo personale der jeg bor. Får jeg problemer på natta så er der nattevakt som kan komme og.."

Denne informanten snakket positivt om det å ha personale tilgjengelig 24 timer i døgnet. Hun uttrykte det som trygt at personale var der for henne skulle det bli behov for hjelp.

Det og få denne tryggheten i hverdagen kan være avgjørende i noen tilfeller for hvorvidt en person klarer å opprettholde god psykisk helse og unngå innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

I følge samhandlingsreformen er det og forebygge og få hjelp til å redusere sykdomsutvikling viktig og noe som skal satses og styrkes fremover. *"En tilrettelegging av tjenestetilbudet som medfører at sykdomsutviklingen hindres, eller utsettes, er bra både for folks helse og for samfunnets økonomi."* (St.mld.nr. 47, 2009, s. 15). Samhandlingsreformen sier også at mennesker skal motta hjelp der en er og bor (St.mld.nr. 47, 2009). Det kan bli naturlig og tenke at det og få hjelp i hverdagen der en bor, i et bemannet bofellesskap blir i noen tilfeller en viktig, riktig og helhetlig måte og møte mennesker med slike behov på.

Ensomhet, sosial ekskludering og trygghet

For mennesker med utfordringer med den psykiske helsen kan ensomhet være med på og forverre hvordan en har det i hverdagen, både når det gjelder på det sosiale planet og det emosjonelle og det kan redusere den opplevde livskvaliteten (Nilsson, Nåden & Lindstrøm, 2008). Nilsson (2008) antyder at noen mennesker med høy grad av psykisk uhelse som bor

alene, opplever det som så ensomt at de lar være å ta nevroleptika medisinene for og få omsorg.

Det er flere studier som viser at ensomhet og mentale uhelse kan påvirke hverandre. En undersøkelse utført i Finland (Numela, Seppänen & Uutela, 2011) blant eldre mennesker viser at når den opplevde ensomheten minsker kan det føre til en bedring i den fysiske og mentale helsen. Motsatt kan det føre til en forverring av opplevd ensomhet hvis den fysiske og mentale helsen blir dårligere. Studien er riktig nok utført blant eldre mennesker, men en tenker en kan trekke vekslers på disse funnene til og gjelde andre mennesker og.

Ensomhet kan ramme alle. Det er en individuell subjektiv opplevelse som dessverre kan gi redusert livskvalitet både fysisk og psykisk. Lars Svendsen hevder at "ensomheten er allmennmenneskelig, men likevel helt personlig." (Lars Svendsen, sitert i Halvorsen, 2005, s. 27).

Noen mennesker bekrefter at ensomhet gjør at de føler seg sosialt og følelsesmessig ekskludert. Dette fører til at de ikke har en tilhørighet og føler seg satt på sidelinjen som igjen gir dem følelsen av å være ubetydelig (Lindgren, Sundbaum, Eriksson & Graneheim, 2013). Lindgren trekker vekslers på Tillich som indikerer at følelsen av og ikke være betydelig, bli sett og hørt kan føre til resignasjon, frustrasjon og desperasjon (Tillich, fra Lindgren, 2013).

Det motsatte av ensomhet er god sosial støtte.

"God sosial støtte innebærer at en får kjærlighet og omsorg, blir aktet og verdsatt, og at en tilhører et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser.

Vårt sosiale nettverk har betydning for helsa vår, først og fremst ser det ut til at det er sosial støtte som er den helsefremmende faktoren." (Dalgard, 2008).

Ensomhet har både en kvalitativ og en kvantitativ dimensjon. Med emosjonell ensomhet tenker en på fravær av nær tilknytning til en person og med sosial ensomhet på fravær av sosial støtte (Halvorsen, 2005). Det er nettopp den sosiale støtten som en ser som positivt for den psykiske helsen vår. Det å ha et sosialt nettverk og tilgang til sosial støtte kan være direkte helsefrembringende. Riordan et al. (2006) viser til at mennesker som var utskrevet

fra psykiatrisk avdeling, hadde fem ganger så stor sannsynlighet for gjeninnleggelse hvis de ikke hadde nær sosial støtte.

Ensomhet kan for noen oppleves så akutt vondt at de foretrekker tvangs innleggelse ved psykiatrisk avdeling (Nilsson et al. 2008).

Ensomhet er sett på som en humanitær utfordring. I en rangering fra Fafo (2009), blir ensomhet satt på 7. plass og sosial kapital på 10. plass over humanitære utfordringer i samfunnet. Det kan være en indikator på hvor omfattende problemet er i vårt samfunn.

Det kan tyde på at noen mennesker trenger hjelp til å delta i det sosiale liv. Men det er viktig å få fram at det er individuelle behov også her. Noen mennesker kan ha mindre behov enn andre i å delta sosialt, de trives med å være alene. De skal få lov til å være i fred, og ikke påtvinges tilbud av hjelpeapparatet.

Ensomhet kan også være bra i den grad det oppleves positivt (solitude). Ved å være alene kan en finne ro og rom for personlig ettertanke og selvrefleksjon hvilket kan bidra til ny forståelse av seg selv. Det kan gi en viss form for frihet ved og være alene og kunne velge sine aktiviteter og tanker (Halvorsen, 2005).

Sosial nettverk og sosial kapital

Det og ha personer i sitt nettverk som en kan støtte seg til ved behov og få hjelp, støtte og oppmuntring fra er viktig for alle mennesker. *".. når ensomme mennesker opplever noe negativt i livet, vil de ikke kunne få den sosiale støtten som trengs for å mestre en slik situasjon, praktisk og emosjonelt."* (Halvorsen, 2005, s. 16). Det kan tenkes at det er spesielt viktig for mennesker som er sårbare og ensomme å få den sosiale støtten de trenger når de opplever noe negativt i livet.

"Ensomhet er et symptom på hvordan de samfunnsmessige institusjonene og nærmiljøene fungerer overfor borgerne." (Halvorsen, 2005, s. 47). Bli en ikke sosialt integrert, men satt på sidelinjen kan en få følelsen for at ingen har bruk for en. Videre kan dette gi liten grad av medborgerskap. Det kan tenkes at medborgerskap er viktig i hverdagen i forhold til meningsfullhet. At en kan engasjere seg politisk eller få tilgang til og ytre hva en mener, at en har muligheten til å være deltaker i prosesser som er med på å forme ens skjebne er verdifullt for alle mennesker.

Oppsummering

Studien viste at et tilpasset bolig tilbud var viktig for hverdagslig fungering for flere av informantene. Bofellesskap ble trukket fram av noen av informantene som positivt, da det var med på å gi økt trygghetsfølelse og opplevdes som betydningsfullt i hverdagen. Som nevnt tidligere i oppgaven kan det og bo i et bofellesskap gi bedre livskvalitet kontra dem som bor alene. Det var ikke alle informantene som synes bofellesskap var positivt. En av informantene formidlet at han ikke ville bo i bofellesskap, at det var ødeleggende for ham.

Påkjenninger som stress i hverdagen var for flere av informantene et problem og førte til dårligere psykisk helse og behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Undersøkelsen viser og at noen av informantene var ensomme, opplevde liten sosial integrering og stigmatisering. Ensomhet og utestengelse fra den sosiale arenaen er et problem for noen mennesker og det kan føre til dårlig psykisk helse. Har nedbyggingen av institusjonene skapt mere ensomhet eller er det samfunnet generelt som er blitt slik at det har skapt mere ensomhet? Ensomhet kan være negativt både for den psykiske og den fysiske helsen. Forebygging av ensomhet kan være en viktig helsefrembringende faktor som en tenker det er viktig og ha økt fokus på fremover.

LITTERATURLISTE

Antonowsky, A. (2012). *Helsen Mysterium*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Cooper, M., McLees, S. (2001). Brief Clinical Reports. "Can we prevent readmission? Needs for care and gaps in service provision". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 497-500. Cambridge University Press.

Dalgard, O. S. (2008). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. Hentet 09.12.2013 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=69765>

Fløtten, T, Hansen, S. I. L, Kavli, H, C, (2009). *De ti største humanitære utfordringene i Norge*. Fafo-notat 2009:5

Halvorsen, K. (2005). *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hamden, A, Newton, R, McCauley-Elsom, K, & Cross, W. (2011). *Is deinstitutionalization working in our community?* *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 274-283.

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J. A. (2006). *Perspektiver på psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju (2.utg)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lindgren, B. M., Sundbaum, J., Eriksson, M. og Granheim, U. H. (2013). *Looking at the world through a frosted window: experiences of loneliness among persons with mental ill-health*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2014, 21, 114-120

Machado et. al. (2012). *Psychiatric readmission: an integrative review of the literature*. *International Nursing Review* 59, 447-457.

Major, F. E, Dalgard, O. S, Mathisen, K. S, Nord, E, Ose, S, Rognerud, M & Aarø, L. E. (2001). *"Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger"*. Folkehelseinstituttet.

Nummela, O., Seppänen, M. og Uutela, A. (2011). *The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): A longitudinal study among aging people*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2011, 53, 163-167

Nilson, B, Nåden, D & Lindstrøm, U. Å. (2008). *The tune of want in the loneliness melody – loneliness experienced by people with serious mental suffering*. Scandinavian Journal of Caring Science: 22, 161-169.

Ose, O. S. & Slettebak, R. (2013). *Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene*. Oslo: SINTEF

Riordan et. al. (2006). *Possible Predictors of Outcome for Conditionally Discharged Patients – A Preliminary Study*. The University of Birmingham. Med. Sci. Law (2006) Vol. 46, No. 1

Schjødt, B.R.H, Hoel, K. A & Onsjøen, R. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Simpson, C. J, Hyde, C. E, & Faragher, E. B. (1989). *The chronically mentally ill in community facilities. A study of quality of life*. The British Journal of Psychiatry, 154: 77-82

St. meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Helsedirektoratet (2011). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus lidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*.

Del 3:

Vedlegg



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Jon Olav Bjørnstad
Institutt for psykososial helse
Universitetet i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 08.02.2013

Vår ref:32826 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.01.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 04.02.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

32826

Re-innleggelse i psykiatrisk avdeling. Hva mener pasientene selv kan være medvirkende til gjentatte re-innleggelse og hva kan bidra til å unngå re-innleggelse?

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Universitetet i Agder, ved institusjonens overste leder
Jon Olav Bjørnstad
Sonja Slaughter

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Venlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Sonja Slaughter, Arenfeldtsvei 33, 4630 KRISTIANSAND S

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07 kyrrsvarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36 nsdmaa@sv.uit.no



Prosjektets formål er å kartlegge brukernes opplevelser av deres gjentatte innleggelser på psykiatrisk sykehus. Utvalget består av pasienter innlagt i psykiatrisk sykehusavdeling, med tidligere erfaring med gjentatte sykehusinnleggelser (mer enn fem siste året). Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas.

Det skal gjennomføres personlige intervju med fokus på pasientenes opplevelse av innleggelser, behandling, utskrivelse og oppfølging i etterkant. Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Ingen enkeltpersoner skal gjenkjennes i publikasjon. Vi legger til grunn at student er bevisst på å avslutte intervjuene dersom informantene viser tegn til ubehag/annet.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig og skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår forutsatt at følgende endres/tilføyes:

- prosedyre for førstegangskontakt og rekruttering må beskrives, for eksempel slik: "For å sikre at din deltakelse er helt frivillig, kontaktes du av ansvarlig behandler på den avdelingen du er innlagt. Masterstudent vet ikke hvem som blir forespurt, før du eventuelt samtykker til deltakelse og ansvarlig behandler har ingen tilknytning til prosjektet. Da jeg har jobbet innen fagfeltet i mange år, gjør jeg oppmerksom på at det er en mulighet, om enn liten, for at vi har møttes tidligere i behandlingsøyemed."
- utsagnet om at det så langt som mulig søkes å publisere resultatene slik at identiteten til inkluderte ikke kommer fram, må slettes og det må heller tilføyes at "ingen enkeltpasienter vil kunne gjenkjennes i publikasjon".
- det må tilføyes at i tillegg til at lydopptak slettes våren 2013, vil også øvrig datamateriale anonymiseres/slettes
- kontaktopplysninger til veileder må også føres på.

Personvernombudet legger til grunn for sin godkjenning at revidert skriv ettersendes før det tas kontakt med utvalget. Skrivet sendes til: personvernombudet@nsd.uib.no. Vi finner at behandlingen kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 første alternativ og 9 a) (samtykke).

Prosjektet skal avsluttes 31.05.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Mail fra NSD:

Vi viser til mottatt statusskjema den 06.06.2013 og bekrefter med dette at prosjektperioden forlenges fra 31.05.2013 til 31.05.2014. Merk at ved en eventuell ytterligere forlengelse av prosjektperioden må det påregnes å informere utvalget.

Vi legger til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret. Du vil motta en ny statushenvendelse ved prosjektslutt.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,
Hildur Thorarensen - Tlf: 55 58 26 54
Epost: Hildur.Thorarensen@nsd.uib.no

Personvernombudet for forskning,
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Tlf. direkte: (+47) 55 58 81 80

Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Jørgen Hardang	Telefon: 22845516	Vår dato: 29.01.2013	Vår referanse: 2012/1719/REK sør-øst A
			Deres dato: 28.11.2012	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

John Olav Bjørnestad
Universitetet i Agder
Fakultet for helse og idrettsvitenskap

2012/1719 Re-innleggelser i psykiatrisk avdeling

Prosjektleder: John Olav Bjørnestad
Forskningsansvarlig: Universitetet i Agder

Søknaden ble behandlet i møtet 18.10.2012 og det ble gjort et utsettende vedtak. Prosjektleder har i tilbakemelding mottatt 28.11.2012 svar på komiteens merknader.

Tilbakemelding

Til spørsmål 1 om formålet med undersøkelsen: "Prosjektet skal ha fokus på HELSETJENESTEN, ikke behandlingen." "Videre: Det skal IKKE innhentes kliniske helseopplysninger, verken tidligere sykdomshistorie, eller nåværende."

Til spørsmål 2 om hva som ligger i uttrykket "psykiske erfaringer". "Når det gjelder tilbakemeldingen fra REK, pkt 2, menes det med forrige utgave av prosjektprotokoll med psykisk erfaringer, erfaringer som psykiatriske pasienter har med helsetjenesten ifm sykehusinnleggelser. Formål med undersøkelsen: Få tak i pasienters forståelse og opplevelse av HELSETJENESTEN, samt få nyttig og nødvendig innsikt for å kunne tilrettelegge hjelpeapparatet på en bedre måte en i dag."

Komiteens vurdering

Prosjektleders tilbakemelding gjør klart at prosjektets formål er å få tak i pasienters forståelse og opplevelse av helsetjenesten.

På denne bakgrunn oppfatter komiteen studien som forskning på pasienters oppfatninger om et gitt helsetjenestetilbuds effekt og kvalitet. Formålet med prosjektet er på sikt å kunne bidra til en bedre organisering av en del av helsetjenesten. Resultatene fra undersøkelsen skal gi utbyggingen av denne tjenesten et grunnlag i "erfaringer og forskningsbasert praksis".

Prosjektet skal ikke bidra til å utvikle en bedre metode for diagnostisering eller behandling av sykdom, men skaffe kunnskap om hva som kreves for at denne delen av helsetjenesten kan fungere tilfredsstillende. Det skal ikke registreres personidentifiserende helseopplysninger om deltakerne i prosjektet.

Prosjektet er helserelatert, og det har et systematisk opplegg, men formålet slik det er beskrevet ovenfor faller ikke inn under helseforskningslovens virkeområde. Det kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor de ordinære ordninger for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vedtak

Etter søknaden retter forskningsprosjektet seg mot organiseringen av helsetjeneste og faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sorøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen
Professor
Leder

Jørgen Hardang
Komitésekretær

Kopi til: eli.andas@uia.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hva mener pasientene selv kan være medvirkende til gjentatte re-innleggelser og hva kan bidra til å unngå re-innleggelser?”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å identifisere faktorer som kan bidra til å forhindre re-innleggelser, samt forståelse av hva den enkelte pasient har behov for. Personene som velges ut til å delta i undersøkelsen er pasienter som har hatt gjentatte innleggelser over en periode på 12 måneder. Undersøkelsen gjøres i regi av Universitetet i Agder, som en del av et masterprogram.

Hva innebærer studien?

I studien vil det bli foretatt intervjuer av pasienter. Intervjuene vil tas opp på lydbånd og senere bli skrevet ned og analysert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. For å sikre at din deltagelse er helt frivillig, kontaktes du av ansvarlig behandler på den avdelingen du er innlagt. Masterstudent vet ikke hvem som blir forespurt, før du eventuelt samtykker til deltakelse og ansvarlig behandler har ingen tilknytning til prosjektet. Da jeg har jobbet innen fagfeltet i mange år, gjør jeg oppmerksom på at det er en mulighet, om enn liten, for at vi har møttes tidligere i behandlingsøyemed. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Sonja Slaughter på telefon 38074247 eller John Olav Bjørnstad på telefon 38141830.

Mulige fordeler og ulemper

For noen pasienter kan det være en påkjenning å prate om hvorfor en har gjentatte innleggelser. I de tilfellene vil intervjuer være seg bevisst dette. For noen pasienter kan det tenkes at det kan føles godt å bli sett og lyttet til med hensyn til hvorfor de har gjentatte innleggelser. En tenker at fordelene veier opp for eventuelle ulemper.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til opplysninger som kan identifiseres tilbake til deg. Alle lydbåndene vil bli slettet etter oppgaven er ferdig våren 2013 og øvrig datamateriale anonymiseres/slettes.

Ingen enkelt pasienter vil kunne gjenkjennes i publikasjon.

Informasjon om utfallet av studien

Deltakere i studien har rett til å få informasjon om utfallet av studien.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Intervjuguide

Informasjon før intervjuet starter:

- Kortfattet informasjon om prosjektet.
- Informere om at dersom de ønsker det kan de trekke seg fra intervjuet når som helst. Er det spørsmål de ikke ønsker å svare på, behøver de ikke det.
- Gi informasjon om taushetsplikten til intervjuer å forklare hvordan og hvorfor lydbånd vil bli brukt under intervjuet.

Innleggelsen:

Med tanke på sist gang du ble innlagt, hvordan opplevde du innleggelsen? Kan du fortelle litt om hvordan det var?

Hva mener du kan være medvirkende til at du har hatt gjentatte re-innleggelser?

Behandlingen:

Siste gang du var innlagt, hvordan opplevde du behandlingen og oppholdet på sykehuset? Kan du fortelle litt om hvordan du synes det var?

Utskrivelsen:

Siste gang du ble utskrevet, hvordan opplevde du at det forløp?

Etter utskrivelsen, opplevde du at du fikk den oppfølgingen som du trengte?

Oppfølgingen:

I forkant av at du ble innlagt, hva skjedde da, kan du fortelle litt om hvorfor du tror at du fikk behov for en ny innleggelse?

I perioden du ikke hadde behov for innleggelse: Hadde du da noen du kunne henvende deg til hvis det ble vanskelig?

Med tanke på dine erfaringer, er det noe du mener kunne vært gjort annerledes som kunne vært med på å forhindre en re-innleggelse?

Er det noe som jeg ikke har spurt om som du mener er viktig i forhold til dette temaet?

