UiT

NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

Institutt for helse- og omsorgsfag

Behandlingskompetanse hos sykepleiere

-en kvalitativ studie der sykepleiere deler terapeutiske erfaringer fra behandling av pasienter med diagnosen sosial angst

—

Linda K. Jensen Johannessen

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse. Mai 2016

UNIVERSITETET I TROMSØ

En ser ofte resultat av terapien

som en oppblomstring hos pasientene,

som under en vårblomstring,

hvor planter

som før var henvist til å stå på kalde,

skyggefulle steder,

får en varmere plass i solen.

Det som gir grunn til optimisme

er at mens planter

er prisgitt å vokse

på stedet dit frøene tilfeldig blåste,

kan personer med sosial angst

fjerne det som skygger,

når de får redskaper

som er tilpasset en slik oppgave (Borge and Hoffart, 2008, s. 200).

Forord

Det har vært en spennende og lærerik prosess å skrive en masteroppgave. Jeg takker mine informanter for at de delte sine synspunkter og erfaringer med meg. Uten denne velvilligheten hadde jeg ikke kunnet gjennomføre studien. Tusen takk til min veileder Siri Moe som har vist stor velvilje og kommet med gode innspill underveis i prosessen.

Inspirasjon til tema fikk jeg på en forelesning av Maria Bakland der hun delte sine erfaringer fra å ha skrevet masteroppgave. Selv om Maria skrev om alvorlig psykisk lidelse har oppgaven hennes vært til stor hjelp.

Støtten fra mannen min Frank har vært uvurderlig i krevende stunder. Takk til alle barna mine for stor forståelse og spesielt til minstejenta Sofia.

En spesiell takk til min søster Vibeke for gode faglige innspill og til slutt en takk til alle dere som på ulikt vis har bidratt med noe.

Linda K. Jensen Johannessen

Sammendrag

Bakgrunn og formål: I Norsk sykepleierforbunds «Politisk plattform for psykisk helse og rus 2013-2016» går det frem at sykepleiere har en sentral rolle i behandlingen av personer med psykisk lidelse. Politiske utredninger viser behov for at vi fremover har et faglig fokus i behandling. Vi vet fortsatt lite om innhold og kvaliteten på tjenestene i psykisk helsevern. Det er en stor økning av unge som uføretrygdes grunnet psykisk lidelse. Sosial angst debuterer tidlig og øker i omfang. Lidelsen har en tendens til å bli livslang uten behandling. Forskning viser at sykepleiere i Norge i liten grad benytter psykoterapi i arbeid med pasienter med en psykisk lidelse. Sykepleiernes tilnærming tar utgangspunkt i grunnutdanningens generelle omsorgskompetanse. Kompetansen til sykepleieren vil påvirke hvordan behandling pasienten får. Slik blir bevisstheten rundt sykepleierens kompetanse viktig. Formålet med studien er å få innsikt i hva sykepleierne erfarer som viktig kompetanse i behandling av pasienter med sosial angst, og synliggjøre hva som videre trengs i arbeidet med å behandle disse pasientene.

Problemstilling

Hvilken kompetanse erfarer sykepleiere som viktig i behandlingen av pasienter med diagnosen sosial angst?

Metode: Kvalitativ studie, materialet er innhentet ved gjennomføring av tre semi-strukturerte forskningsintervjuer.

Resultater og konklusjon:

Sykepleierne erfarer at sensitivitet og trygghet er viktig personlig kompetanse i behandling av pasienter med sosial angst. Videre erfarer de bred sykdomsforståelse som viktig kompetanse å inneha. De implementerer teoretisk og erfaringsbasert kunnskap i behandlingen, og er opptatt av behandlingsmetodikk. Sykepleierne erfarer at egen refleksjon og refleksjon med kolleger bidrar til kompetanseutvikling.

Svaret på min problemstilling blir da at mine sykepleiere erfarer at høy profesjonalitet, utvist gjennom sensitivitet, trygghet, sykdomsforståelse og refleksjon, er viktig kompetanse i behandlingen av pasienter med sosial angst.

Nøkkelord: sykepleier, sosial angst, behandling, kompetanse, allianse, sensitivitet, trygghet, sykdomsforståelse og refleksjon.

Abstract

Background and purpose:

In The Norwegian nursing union`s "Political platform for mental health and substance abuse 2013 – 2016" they make it clear that the nurse plays a central part in the treatment of individuals with mental illness. Political guidelines indicate that we in the time to come need a professional focus in the treatment. We still know little about the content and quality of the services in mental healthcare. There is a big increase of young people who are on disability benefit due to a mental illness. Social anxiety debuts early and increases in extent. The disorder tends to become lifelong without treatment. Research shows that nurses in Norway rarely use psychotherapy when working with patients with a mental illness. The nurses` approach is based on the basic educations general care skills. The competence of the nurse will affect what kind of treatment the patient will receive. Thus, the awareness of nursing competence becomes important. The purpose of the study is to gain insight into what the nurse experience as valuable competence in the treatment of patients with social anxiety and to exemplify what further efforts are needed to treat these patients.

Research question:

What kind of competence does the nurses report as important to use in the treatment of patients with social anxiety?

Method:

The study is qualitative, and the material is obtained by the implementation of three semi-structured interviews.

Results and conclusions:

The nurses experience that sensitivity and confidence are important personal competences in treating people with social anxiety. Moreover, they experience that a broad understanding of the illness is an important skills to possess. They implement theoretical and empirical knowledge in the treatment and are keen on treatment methodology. The nurses experience that reflections on their work with patients and reflections with colleagues contributes to the development of expertise.

The answer to my research question is that my nurses experience high professionalism expressed through sensitivity, confidence, knowledge, reflection and understanding of the disease. These are all important competences in the treatment of patients with social anxiety.

Keywords:

Nurse, social anxiety, treatment, competence, alliance, sensitivity, confidence, knowledge of the disease and reflection.

Innhold

1 Innledning 1
1.1 Bakgrunn og formål for valg av tema 1
1.2 Tidligere forskning 2
1.3 Presentasjon av problemstilling 8
1.4 Oppgavens oppbygning 8
2 Om angst 10
2.1 Begrepet angst 10
2.2 Sosial angstlidelse 10
2.3 Behandling av sosial angst 12
2.4 Behandlingsalliansen 16
3 Teoretisk utgangspunkt 18
3.1 Hermeneutisk forståelse og tolkning 18
3.2 Kompetanse 19
3.3 Praktisk-moralsk handlingsklokskap 23
3.4 Kompetanseutvikling 24
4 Metode 27
4.1 Valg av forskningsmetode 27
4.2 Utvalg og rekruttering av informanter 27
4.3 Intervjuguide 29
4.4 Gjennomføring av intervju 29
4.5 Transkripsjon 31
4.6 Analyse 32
4.7 Forskerrollen 37
4.8 Etiske vurderinger 37
5 Presentasjon av resultater 39
5.1 Sensitivitet 39
5.1.1 Sensitivitet i kommunikasjonen 39
5.1.2 Å balansere angstutfordringene. 40
5.2 Trygghet 42
5.2.1 Å være trygg 42
5.2.2 Å strekke seg 43
5.2.3 Å være tålmodig 44

5.3 Sykdomsforståelse 45
5.3.1 Teoretisk og erfaringsbasert kunnskap 46
5.3.2 Behandlingsmetoder 46
5.4 Refleksjon 48
5.4.1 Refleksjon bidrar til utvikling av kompetansen 49
5.4.2 Refleksjon bidrar til aktive prosesser i behandlingen. 51
6 Drøfting 53
6.1 Studiens funn Sensitivitet 54
6.2 Studiens funn Trygghet 55
6.3 Studiens funn Sykdomsforståelse 56
6.4 Studiens funn Refleksjon 58
6.5 Siste del av drøfting 60
6.6 Styrker og begrensninger ved studien 61
6.7 Refleksjoner og implikasjoner 62
6.8 Studiens validitet og reliabilitet 62
7 Avslutning 64
7.1 Oppsummering 64
7.2 I fortsettelsen 65

Referanseliste

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv

Vedlegg 2 – Samtykkeskjema

Vedlegg 3 – Godkjennings skriv fra NSD

Vedlegg 4 – Intervjuguide

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål for valg av tema

Denne oppgaven handler om hva sykepleiere mener er viktig å ha kompetanse om i behandling av personer med sosial angst. Samhandlingsreformen (2008-2009) peker på at det er for lite fokus på tilbud rettet mot å redusere utviklingen av kronisk sykdom. Psykiske lidelser er i sterk vekst og hver fjerde nye som uføretrygdes har en psykisk primærdiagnose. Av uføretrygdede er det en stor økning av unge under 40 år. En tredjedel av de unge som har blitt uføretrygdet oppgir at de ikke har søkt hjelp for sin psykiske lidelse og mange opplever derfor at de uføretrygdes uten å ha fått behandling for sin psykiske lidelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009).

Sosial angst er en lidelse som har en tendens til å vare livet ut hvis man ikke får behandling, og lidelsen fører ofte til arbeidsuførhet (Borge and Hoffart, 2008). De som er rammet ønsker gjerne å vende tilbake til skole eller jobb, men redselen for å mislykkes gjør dette vanskelig (Erickson et al., 2009). Innenfor angstlidelsene har personer med sosial angst størst vansker med å søke hjelp og kommer ofte ikke i kontakt med hjelpeapparatet før annen tilstand oppstår (Acarturk et al., 2008, Fehm et al., 2005). Angstlidelsene er blant de mest utbredte og samfunnsmessige mest kostnadskrevende psykiske lidelsene (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009). Sosial angst alene rammer 13 % av den norske befolkning i løpet av livet (Fehm et al., 2005). Det økte behovet for behandling av psykisk syke retter fokuset mot helsepersonells behandlingskompetanse.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1997-98) ble gjennomført på bakgrunn av utredningene i Stortingsmelding nr. 25 hvor det fremkommer at behandlingskjeden har brister i alle ledd og det går frem at helsepersonell selv ikke føler de får gjort en god nok jobb (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Norsk forskningsråd, som har evaluert effekten av Opptrappingsplanen, viser til at vi fortsatt vet lite om innhold og kvaliteten på tjenestene i psykisk helsevern (Brofoss et al., 2009). De anbefaler at fokus fremover bør være på det faglige innholdet i behandling. Personer med lettere psykiske lidelser er blant de store pasientgrupper som har et mangelfullt behandlingstilbud og hvor det

anbefales at tilbudet bedres (Brofoss et al., 2009). Politiske føringer har dreid fra behandling i døgn institusjon til behandling utført lokalt ambulant og poliklinisk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Dette innebærer at også de kommunale helsetjenestene hvor det meste av hjelpen skal gis fremover må fremstå som både tilgjengelige og kompetente når befolkningen har behov for behandling (Karlsson and Kim, 2015). Sykepleiere har uavhengig av tilhørighet til spesialisthelsetjenesten eller kommune en sentral rolle i behandlingen av personer med psykiske lidelser (Norsk sykepleierforbund, 2013). Dette gjelder også i behandling av lettere psykiske lidelser som sosial angst (Norsk sykepleierforbund, 2013). Behandlingen som utføres av sykepleiere til pasienter med sosial angst består hovedsakelig av medfølelse, støtte og samtale omkring pasientens reaksjoner i sosiale situasjoner, og/eller bruk av ulike spesifikke psykoterapeutiske metoder. Samtalene som hyppigst blir gjennomført er støttesamtaler. I den norske forskningsrapporten «Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid» går det frem at sykepleiere opplever at egen rolle og funksjon er i endring, og de oppgir at de utfordres på de psykiske og terapeutiske områdene (Karlsson and Kim, 2015). Når evalueringen av Opptrappingsplanen viser at fokuset fremover bør være på det faglige området, og sykepleierne har en sentral rolle på et fagområde som utfordrer dem, blir det viktig å få mer kunnskaper om sykepleiernes kompetanse.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) viser i eget kapitel til kommunens ansvar i forhold til undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning. Det fremgår at kommunen skal sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning. Samtidig presiseres det at personell som utfører arbeid eller tjeneste etter loven selv plikter å ta del i videre- og etterutdanninger.

1.2 Tidligere forskning

Til tross for at jeg har søkt systematisk etter forskningsartikler gjennom hele forskningsprosessen har det vist seg å være utfordrende å finne relevant forskning. I flere omganger har jeg foretatt litteratursøk i databasene; Norart, CINAHL, MEDLINE og Psycinfo. Jeg startet søkene med å benytte ulike kombinasjoner av ordene; nurse, psychiatric nurse, social anxiety, social phobia, therapy, competence, professional

competence og therapeutic alliance. Oversatt til norsk blir søkeordene; sykepleier, psykiatrisk sykepleier, sosial angst, sosial fobi, behandling, kompetanse, profesjonell kompetanse og terapeutisk allianse.

Utvelgelsen av søkeord er gjort med bakgrunn i problemstilling og studiens tema. Det viste seg at søkeordene ga få relevante treff, og jeg utvidet derfor søket til mer generelle begreper hvor sosial angst og sosial fobi ble erstattet med angst lidelser (anxiety disorders), og deretter psykiske lidelser (mental disorders – mental illness). Sykepleier ble også kombinert med helsepersonell (health care professionals). Det viste seg at det var gjennomført mange kvantitative studier, der man har benyttet ulike kvantifiseringer som har målte angst før og etter en behandling. Det virker som om lite oppmerksomhet har vært viet sykepleiernes egne opplevelser av hvilken kompetanse som er viktig i behandling av sosial angst og angstlidelser generelt, og at det samme også gjaldt for pasientens opplevelser av behandling. Man kan således si at denne studien kan være med på å tilføre kunnskaper på fagfeltet. Søkeprosessen viste at det var en del forskning om sykepleiernes opplevelser i forhold til alvorlig psykisk lidelse/schizofreni, og også forskning om bedringsprosesser i forhold til dette. Eksempel på søkestrategier i de senere søk vises nedenfor. Dette søket er foretatt 16.03.16 i PsycINFO;

Ovid Technologies, Inc. Email Service----------Search for: 4 and 5 and 6Results: 1

Database: PsycINFO <1806 to March Week 2 2016> Search Strategy:

---

1 exp nurses/ (25263)

2 nursing/ (16817)

3 counselor role/ or therapist role/ (2856)

4 or/1-3 (38388)

5 exp anxiety disorders/ (68771)

6 professional competence/ or competence/ (17765)

7 4 and 5 and 6 (1)

Litteratursøket resulterte i fire studier. I det følgende presenteres resultater fra studier som belyser temaet på forskjellig vis.

Karlsson and Kim (2015) har gjennomført en studie som baserer seg på både kvalitative og kvantitative metoder for å se nærmere på sykepleierens rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i Norge. Fokusgruppeintervjuer ble gjort i 12 kommuner med 56 sykepleiere som arbeider med psykisk helse og rus i ulike kommunale tjenestetilbud. 70 % av brukerne i studien hadde en diagnostisert psykisk lidelse som den største helseutfordringen. Det går frem at sykepleierne opplever sin egen rolle og funksjon som delvis flytende og i endring og de gir uttrykk at de utfordres på de psykiske og terapeutiske områdene. Sykepleiernes kunnskaper og selvstendige bidrag i møte med brukerne er samtidig bestandige. De er fleksible, handlingsorienterte og pragmatisk orienterte med utgangspunkt i relasjonen og det relasjonelle samarbeidet. Viktigste arbeidsmåter er direkte klinisk arbeid, møter med annet helsepersonell med og om brukere og dokumentasjon av klinisk arbeid. Støttesamtalen er den viktigst og mest brukte terapeutiske arbeidsmåten, deretter motivasjonsarbeid, relasjonsbygging samt veiledning og konsultasjon. Psykoterapi var den minst brukte terapeutiske arbeidsmåten, selv om de som arbeider innen psykisk helse- og rus oftere utøver dette enn sykepleiere i de andre tjenesteområdene. Sykepleierne vektlegger i sine arbeidsmåter hverdags mestring, de støtter og hjelper brukere i deres hverdag mer enn å behandle deres psykiske vansker i mer tradisjonell forstand. De er recovery inspirert i sin sykepleiefaglighet, forankret i et perspektiv hvor man er opptatt av hva pasienten trenger og hva som er viktigst i dennes bedrings- og mestringsprosesser. Sykepleierne bestreber å lytte til, vise imøtekommenhet og vennlighet i møter med pasienter, støtte og respektere pasientens valg, ambisjoner og mål. Funnene knyttet til sykepleiernes forståelse og erfaring med egen sykepleiefaglighet viste at sykepleierne fungerer meget godt i forhold til å ta imot og møte pasienter. Samtidig som sykepleierne har forbedrings potensiale i å involvere pasientene sterkere i pasientens egne ønsker og behov for hjelp, og spesielt for å ta i bruk systematisk evaluering av mål for behandling og at man når disse. Den faglige forståelsen tar utgangspunkt i det helhetlige perspektivet hvor man ser mennesket som en helhet i betydningen av det psykiske, fysiske, det sosiale og det eksistensielle. Det andre perspektivet er det sykepleiefaglige blikket og den somatiske kunnskapen.

Sampaio et al. (2015) gjennomførte en litteraturgjennomgang av 151 studier skrevet på engelsk, spansk eller portugisisk for perioden 2003-2013 for å sammenfatte nåværende kunnskap om sykepleiernes psykoterapeutiske intervensjoner hos voksne. Gjennomgangen viste at det tidligere hovedsakelig var gjort studier på pasienter med depresjon, men den inneholder også en liten andel studier hvor pasientene hadde angstlidelser. Det viste seg at intervensjonene hovedsakelig var basert på kognitiv atferdsbaserte tilnærminger og det psykoterapeutiske forholdet mellom sykepleieren og pasienten så ut til å være den viktigste positive psykoterapeutiske intervensjonen. Videre gikk det frem at det terapeutiske forholdet virket til å være en viktig mekanisme for endring og alltid bør ses på som svært sentralt når sykepleiere utformer psykoterapeutiskes intervensjoner. I studien vises det til at uten en god psykoterapeutisk relasjon, er ingen teoretisk metode effektiv. I studien minnes det om at effekten av sykepleiernes psykoterapeutiske intervensjoner er bredt dokumentert i mange studier. Det oppgis å være empirisk evidens for at psykoterapeutiske intervensjoner utført av sykepleiere er ekstremt effektive (hovedsakelig på kort sikt), og i noen tilfeller er pasienter mer fornøyd med intervensjoner av sykepleiere enn annet helsepersonale. Studien slår fast at det er behov for en utvidet forståelse av sykepleiernes psykoterapeutiske intervensjoner, dets konseptuelle grenser, både for å forbedre kunnskapen om psykiatrisk sykepleie og skape modeller for psykoterapeutiske intervensjoner av sykepleiere. Funnene i studien viser et stort behov for fremtidige studier som kan vise kostnadseffektivitet i forhold til psykoterapeutiske intervensjoner av sykepleiere, slike funn ser ut til å være den eneste måten å få øket tilgjengeligheten for psykoterapeutisk intervensjoner utført av sykepleiere og slik øke kvaliteten på den hjelpen som gis.

Forgående studier omhandler sykepleiernes kompetanse innenfor det psykiske helsefeltet og belyser også relasjonens sentrale posisjon i sykepleier – pasient forholdet. De følgende studier belyser utfordringer pasientene har i forhold til å søke behandling og hva de opplever som viktig i behandlingen med kognitiv atferdsterapi i gruppe. Sykepleierne har behov for innsikt i pasientperspektivet for å få pasientenes beskrivelser av hva pasienten opplever som virkningsfullt, og således er studier som belyser pasienters opplevelse nyttige.

Olfson et al. (2000) undersøkte om voksne med sosial angst som deltok i «National Anxiety Disorders Screening Day» i 1996, rapporterte vansker med å søke behandling. I screeningen ble personer med og uten symptomer på sosial angst sammenlignet. Det viste seg i studien at sosial angst var sterkt assosiert med funksjonsfall, følelse av sosial isolasjon og suicidale tanker. Sammenlignet med deltakerne som ikke hadde sosial angst, var de med sosial angst mer usikker på hvor de skulle søke hjelp, og frykten for hva andre kunne tenke og si forhindret dem fra å søke behandling. Samtidig som pasientene med sosial angst i betydelig mindre grad søkte behandling, da de ikke trodde de hadde sosial angst. Studien konkluderer med at pasienter med sosial angst har store vansker med å søke behandling, og tilgangen på behandling bør bedres ved lokale tilbud. Dette for å lette den psykiske og økonomiske byrden pasientene opplever når de søker behandling, og samt øke helsepersonells bevissthet om dets kliniske betydning.

Linnerud and Karlsson (2009) utførte en kvalitativ studie hvor hensikten var å utforske opplevd utbytte av kognitiv gruppeterapi for polikliniske pasienter med ulike psykiske lidelser, deriblant sosial fobi. Av de ni pasienter som gjennomførte behandlingen som var basert på prinsipper fra kognitiv terapi, ga seks deltakere svar om deltakelse i studien. Det refereres til at det i tidligere studier er gitt lite oppmerksomhet til pasientenes egne opplevelser av behandlingen, i hovedsak er det gjennomført kvantitative studier hvor effekt av kognitiv terapi er undersøkt. Særlig er effekten godt dokumentert når det gjelder angstlidelser. Pasientene fremhevet følgende faktorer som nyttige; at behandling ble gitt i gruppe, at de fikk kunnskaper om angst og ble klar over tankenes sentrale rolle ved angst og viktigheten av eksponering. Alle med sosial fobi uttrykte at de ønsket å bruke gruppen enda mer når det gjaldt eksponering, da de opplevde det som mest virkningsfullt. Pasientene i studien som uttrykte størst grad av motivasjon, var de som erfarte de største endringene. I studien fremmes viktigheten av kvalitativ forskning som fokuserer på pasientenes opplevelser av behandlingen. En slik tilnærming er forenelig med nyere forskning innen psykoterapi samt helselovgivningen vektlegging av brukermedvirkning. Det vises til Duncan (1997) som beskriver at han la fra seg kappen som den terapeutiske supermann, frigjorde seg fra forestillingen om at det var han som skulle finne den rette teknikken. Det viktigste var derimot å stoppe opp, lytte til pasienten, oppdage og respekter pasientens egne tanker om endring, gyldig gjøre deres ressurser og positive erfaringer fra terapien. Samtlige av gruppedeltakerne i

studien erfarte delvis eller fullstendig reduksjon av angstsymptomer etter endt behandling. Deltakerne oppga å oppleve større grad av frihet og færre begrensninger i livet på grunn av angstreduksjon.

Kort oppsummert viser forskningen at sykepleiere nasjonalt opplever at de utfordres på de terapeutiske områdene, deres rolle og funksjon virker til å være i endring og de er mer opptatt av hverdagsmestring enn å behandle i mer tradisjonell forstand. De bruker lite systematiske målinger som evaluerer behandlingene. Arbeidet tar utgangspunkt i relasjonen (Karlsson and Kim, 2015). Internasjonal forskning viser at terapeutiske intervensjoner gjort av sykepleiere oppgis å være ekstremt effektive (hovedsakelig på kort sikt). Intervensjonene er hovedsakelig basert på kognitive atferdsbaserte tilnærminger og det terapeutiske forholdet er oppgitt som den viktigste positive terapeutiske intervensjonen, og en viktig mekanisme for endring (Sampaio et al., 2015). Resultatene i disse studiene viser både nasjonalt og internasjonalt relasjonens sentrale posisjon i sykepleier – pasientforholdet. Sykepleierne internasjonalt benytter hovedsakelig en kognitiv atferdsbasert tilnærming og deres intervensjoner oppgis å være svært effektive, mens sykepleierne nasjonalt oppgir at de oftest utfører støttesamtaler og at de utfordres på de terapeutiske områdene. Ut fra dette er det interessant å se nærmere på sykepleiernes terapeutiske arbeid nasjonalt og hva de mener det er viktig å ha kompetanse om i behandlingen av pasienter, i denne studien, i behandling av personer med sosial angst.

Forskning viser at personer med sosial angst har store vansker med å søke behandling da de er usikre på hvor de skal søke hjelp, og hva andre vil tenke. De trudde også i betydelig mindre grad de led av sosial angst. Det er derfor også viktig å øke helsepersonells bevissthet om utfordringenes kliniske betydning (Olfson et al., 2000).

Personer med ulike psykiske lidelser deriblant sosial fobi fortalte om deres opplevde utbytte av kognitiv gruppeterapi. De fremhevet som nyttig at behandlingen ble gitt i gruppe, at de fikk kunnskaper om angst og ble klar over tankenes sentrale rolle og viktigheten av eksponering. Alle med sosial fobi uttrykte at de ønsket å bruke gruppen enda mer når det gjaldt eksponering (Linnerud and Karlsson, 2009).

På bakgrunn av overnevnte resultater i forskningen har jeg kommet frem til problemstilling i denne studien.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Hvilken kompetanse erfarer sykepleiere som viktig i behandlingen av pasienter[1] med diagnosen sosial angst?

Presisering: problemstillingen inkluderer også forhold som bidrar til utvikling av kompetansen. Min forståelse av kompetansebegrepet beskrives i teorikapittelet.

1.4 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1.2 presenterer tidligere forskning for å gi leseren oversikt over utgangspunktet for problemstilling.

Kapittel 2 omhandler kort om begrepet angst, litteratur om diagnosen sosial angst, behandling og behandlingsalliansen.

Kapittel 3 er studiens teoretiske utgangspunkt og presenterer hermeneutisk forståelse og tolkning, kompetanse og kompetanseutvikling.

Kapittel 4 beskriver studiens metodiske tilnærming. Metodekapitlet viser fremgangsmåte for innsamling av materialet, samt hvordan empirien er gjort gjenstand for analyse. I tillegg presenteres forskningsetiske refleksjoner.

Kapittel 5 presenterer resultatene i studien.

Kapittel 6 inneholder studiens drøfting. Her drøftes resultatene med utgangspunkt i studiens teoretisk utgangspunkt og tidligere forskning. I tillegg presenteres en kort diskusjon av studiens styrker og begrensninger, implikasjoner for videre praksis, og redegjørelse av validitet og reliabilitet.

---

[1] Jeg har tatt et bevisst valg og benytter begrepet pasient i oppgaven. Det har ikke noe med sykeliggjøring og manglende bevissthet rundt brukermedvirkning. Derimot har jeg tatt dette valget for å vise at jeg tar vanskene til personer med sosial angst på alvor. Disse personene har behov for behandling og effektiv behandling finnes.

Kapittel 7 er studiens avsluttende kapittel. Inneholder en kort oppsummering av studiens viktigste momenter og hva som kan være viktig i fortsettelsen.

2 Om angst

Presentasjon av kapitlet starter med en kort introduksjon av Kierkegaards (2005) klargjøring av begrepet angst, deretter et avsnitt om diagnosen sosial angstlidelse, ulike anbefalte behandlingstilnærminger/metoder og til slutt behandlingsalliansen.

2.1 Begrepet angst

Angst viser til et bredt spekter av følelser, alt fra å føle seg lettere engstelig til å føle sterk frykt eller panikk (Martinsen, 2000). Begrepene angst og frykt er nært beslektede og har mange av de samme likhetstegn. Begge disse følelsene er en reaksjon på en opplevd trussel, men som Kierkegaard (2005) avklarte har trusselen forskjellig karakter (Skårderud et al., 2010). Kierkegaard (2005) sier at frykt gjelder noe bestemt, mens angst ikke har en bestemt gjenstand. Angstens gjenstand er «intet» (Kierkegaard, 2005, Grøn, 1994). Angst har, på samme måte som frykt, opplevde dimensjoner innenfor følelsene, tankene, kroppen og handlingen (Skårderud et al., 2010). Fra et evolusjonsteoretisk ståsted er angst et beskyttelsesfenomen, hvor kroppen gis beskjed om å være på vakt for fare (Skårderud et al., 2010).

2.2 Sosial angstlidelse

Sosial angst er en angstlidelse og er i ICD-10 klassifisert som F40.1 sosiale fobier, selv om benevnelsen sosial angstlidelse brukes i økende grad for denne diagnosen (Statens and World Health, 1999). Lidelsens kjennetegnes med en sykelig angst for å bli gransket av andre personer eller være synlig nervøs i lag med disse personene (Malt, 2012). Sosial angst består av to komponenter; prestasjonsangst og interaksjonsangst (Borge and Hoffart, 2008).

På midten av 80 tallet ble sosial angst betraktet som en bagatellmessig psykisk lidelse. Sosial angst er nå den hyppigst forekommende angstlidelsen og rammer 13 % av den norske befolkningen i løpet av livet (Kringlen et al., 2001). Lidelsen debuterer tidlig, oftest i tenårene, men kan også oppstå tidlig i barndommen og uten behandling har den

som oftest et kronisk forløp (Borge and Hoffart, 2008, Martinsen, 2000). Vanskene fører ofte til arbeidsuførhet og omfattende reduksjon i livskvalitet (Borge and Hoffart, 2008). Sosiale situasjoner unngås av pasientene, i mer ekstreme tilfeller ender de opp i nesten fullstendig isolasjon (Statens and World Health, 1999). Ubehandlet sosial angst er den psykiske lidelsen som har størst sannsynlighet for å ende med selvmord (Martinsen, 2000). Følgende kriterier er beskrevet i ICD-10 og er de diagnostiske krav for at diagnosen sosial angst skal kunne stilles:

a) psykiske, atferdsmessige eller autonome symptomer må primært være manifestasjoner av angst, og ikke sekundære i forhold til andre symptomer som vrangforestillinger eller tvangstanker,
b) angsten må være avgrenset til, eller hovedsakelig forekomme i, spesielle situasjoner, og
c) den fobiske situasjonen unngås når det er mulig (Statens and World Health, 1999, s. 78).

Årsaksforhold ved angst er gjerne vanskelig å forklare og man opererer med ulike forklaringsmodeller (Snoek and Engedal, 2008). En kognitiv forklaringsmodell tar utgangspunkt i at det ikke er begivenhetene i seg selv, men individets tolkning av det som skaper følelser som angst. Beck har innenfor denne retningen vært førende med sin kognitive teori om angst (Malt et al., 2003).

Å ha sosial angst, kjennetegnes ifølge Skårderud et al. (2010), av en sterk angst for sosiale situasjoner der forlegenhet kan oppstå. Angsten er knyttet til tanken om at en skal gjøre noe ydmykende eller pinlig, dette kan være å rødme, si noe feil eller vise sin uro. Hvis personen uventet møter eller blir tvunget inn i, en situasjon som hun/han er redd for, opplever hun/han en intens angst ledsaget av en rekke fysiologiske angstsymptomer (Malt, 2012). Personer som har opplevd angst forteller om press i brystet, et hjerte som hamrer, en følelse av at noen vil kvele de og de opplever et trykk i magen (Hummelvoll and Dahl, 2012). Enten pasientene holder ut de angstfylte situasjonene med stort ubehag, eller de utvikler unngåelsesadferd, reduserer det deres muligheter til å fungere i arbeid, utdanning og i sosialt liv og familie (Martinsen, 2000, Malt, 2012).

Erfaringsperspektivet kan bidra til å øke forståelsen for hvordan pasientene opplever å ha angst. I de senere år har det kommet noe litteratur, der pasienter forteller om sine erfaringer. Ved å lese om erfaringene til pasientene, kan behandlerne få utvidet sin forståelse og sine kunnskaper for hvordan det kan oppleves. Winther (2010) har skrevet boka «Fri fra angsten: jeg ble min egen kognitive terapeut», hvor hun deler sine opplevelser fra det å leve med angst. Winther forteller at det var angsten som bestemte hva hun kunne og ikke kunne gjøre. Hun opplevde at hun gradvis ble isolert og folkesky. Alt hun hadde var angsten.

Sosial angst har stor grad av komorbiditet, og en stor del av pasientene vil en eller annen gang i løpet av livet i tillegg også oppleve annen psykiske lidelse (National Collaborating Centre for Mental et al., 2013).

2.3 Behandling av sosial angst

Ifølge Statens helsetilsyns «kliniske retningslinjer for utredning og behandling av angstlidelser», kan behandling utformes fra to ulike perspektiver. Det første er det kliniske perspektivet, hvor behandler møter et unikt individ med en psykisk lidelse og en personlig livshistorie, og det andre er et forsknings- og metodeperspektiv, hvor behandler tilbyr en veldefinert metode som har vist god effekt på en gruppe pasienter med samme diagnose (Martinsen, 2000). I behandling av den enkelte pasient anbefales oftest å integrere begge (Martinsen, 2000).

De fleste av pasientene med sosial angst kan behandles poliklinisk, men i mer alvorlige tilfeller der pasientene nærmest er invalidisert av angst, kan det være nødvendig med innleggelser, spesielt i første fase av behandlingen (Martinsen, 2000). Pasientene har generelt vansker med å søke behandling, de er usikre på hvor de skal henvende seg og frykter hva andre kommer til å tenke eller si (Olfson et al., 2000). De tror kanskje heller ikke at de har sosial angst og søker derfor heller ikke hjelp for lidelsen (Olfson et al., 2000). Sosial angstlidelse har den laveste graden av spontan tilfriskning blant angstlidelsene og problemene har en tendens til å vare livet ut dersom pasientene ikke behandles (Borge and Hoffart, 2008). Det er derfor viktig å tilby effektiv behandling.

I følge de nasjonale kliniske retningslinjer for utredning og behandling av angstlidelser fra år 2000, viser forskningslitteratur innenfor fagfeltet empirisk evidens for at ulike psykoterapeutiske metoder og legemidler kan anvendes, men kognitiv terapi i kombinasjon med eksponering trekkes frem som den mest effektive behandlingen for sosial angst (Martinsen, 2000). Andre behandlingsmetoder som nevnes er sosial ferdighetstrening, eksponeringsbehandling og medikamentell behandling. Fagfeltet psykisk helse er i stadig utvikling, og de norske retningslinjene ble utgitt for 16 år siden. De britiske retningslinjene utgitt i 2013 av anerkjente NICE, er omfattende og detaljerte i sine beskrivelser, og omhandler både innledende prinsipper for å arbeide med pasienter med sosial angst og behandlingsalternativer i prioritert rekkefølge, basert på den nyeste tilgjengelige forskning per utgivelse (National Collaborating Centre for Mental et al., 2013).

I retningslinjen til NICE er det utarbeidet behandlingsprinsipper for å hjelpe personer med sosial angstlidelse til å møte til behandling. Det anbefales i oppstartsfasen at behandler tilrettelegger for oppmøte, gir noe praktisk informasjon og informerer om hva som vil skje underveis i behandlingen (National Collaborating Centre for Mental et al., 2013).

Retningslinjen anbefaler kognitiv adferdsterapi som første behandlingsvalg basert på modellen til Clark og Wells modell og modellen til Heimberg (National Collaborating Centre for Mental et al., 2013). Det poengteres i retningslinjen at tiltak basert på mindfulness eller støtteterapi ikke er anbefalt behandling ved sosial angst.

Clark og Wells (1995) vektlegger primært følgende fem prosesser som de mener er med på å opprettholde en sosial angstlidelse:

- Antakelser om seg selv som sosialt objekt (høye standarder og negativ selvoppfatning)
- Forsterket selvfokusert oppmerksomhet
- Omfattende bruk av trygghetsstrategier
- Misledende bruk av intern informasjon
- Forventingsangst og negativ etterbearbeiding

Med bakgrunn i overnevnte 5 opprettholdende faktorer har Clark og Wells utviklet en behandling som består av to hovedkomponenter. Første komponent omhandler endring av fokus, fra indre selvfokusert oppmerksomhet til et mer eksternt fokus. Den andre komponenten tar for seg endring av trygghetsstrategier. Behandler gjennomfører en opplevelsesbasert øvelse (f.eks. rollespill) med pasienten der man varierer selvfokusert oppmerksomhet og de trygghetssøkende strategiene. En fryktet interaksjon blir valgt og man spiller først ut samhandlingen med indre oppmerksomhetsfokus og bruker trygghetsstrategier. Etterpå spilles samhandlingen igjen, men denne gangen skal pasienten ha fokus på den andre personen og heller ikke bruke trygghetsstrategier. Dette for at man i etterkant skal kunne sammenligne øvelsene, og pasienten har fått mulighet til å erfare at angsten ble redusert ved å fokusere mer utadrettet og ved redusert bruk av trygghetsstrategier (Clark and Wells, 1995, Raknes, 2008).

I atferdseksperimenter blir behandlere ifølge Raknes (2008) utfordret til sammen med pasienten å skape konkrete situasjoner for å sjekke ut pasientens dysfunksjonelle antakelser på en annen måte enn i den vanlige dialogen mellom pasient og behandler. Atferdseksperiment som metode krever kreative behandlere som våger og evner å gå inn i en rolle der de fungere både som «forsker», «medspillere», «regissører», «medspillere», «selgere» og «inspiratorer». I tillegg evne å være sosial, empatisk og pragmatisk. Det krever behandlere som har selvtillit, åpenhet og energi for å prøve nye metoder (Raknes, 2008).

I Heimberg modellen er fokus for forståelse og behandlingsprinsipper basert på at pasientens problemer skyldes pasientens dysfunksjonelle antakelser og tanker. Disse tanker og antakelser om situasjoner fører til sosial angst, ikke situasjonene i seg selv. Det anbefales derfor at pasienten gis undervisning (psykoedukasjon) av behandler om den generelle betydning tanker, følelser og handlinger har og hvordan de innvirker på hverandre. Hovedelementene i behandlingen i denne modellen er kognitiv restrukturering og eksponering. Pasientens kjerneoppfatninger utfordres og det øves på å møte fryktede situasjoner. Eksponeringen foregår både i terapitimene og som hjemmeoppgave (Hope et al., 2010).

Terapeuten i kognitiv terapi skal ifølge Berge and Repål (2010) ideelt sett fremstå som en guide eller ledsager. Videre sier de at terapien tar form av et samarbeid mellom

pasienten og behandleren, hovedsakelig spisset mot hvordan utfordringene fremtrer i pasientens hverdag i nåtiden, og det er pasientens behov og opplevelse av situasjonen som står i sentrum. Målet hevder Berge og Repål bør være å få pasienten til å ta stilling til betydningen av forskjellige måter å tenke på. Sentralt er for behandler står bruk av sokratiske spørsmål, det vil si bruk av spørsmål som åpner opp for refleksjon (Berge and Repål, 2010). Forskning har dokumentert at kognitiv adferdsterapi har hjulpet mange mennesker med å få kontroll over utfordringen sine, blant annet pasienter med sosial angst (Ingul et al., 2014, Mayo-Wilson et al., 2014).

Vellykket implementering av terapeutiske teknikker i kognitiv atferdsterapi avhenger av en god terapeutisk allianse mellom behandler og pasient med sosial angst (Weck et al., 2015).

Eksponeringsbehandling

En betydelig dokumentasjon tilsier at å eksponere seg for de situasjoner eller gjenstander som man frykter, er en nødvendig komponent i en effektiv behandling av fobiske lidelser (Martinsen, 2000). Under veiledning fra behandler eksponerer man seg for den minst angstfremkallende situasjonen. Når man behersker denne, går man til neste, og så videre. Flere forhold gjør imidlertid at det er vanskelig å gjennomføre effektiv eksponeringsbehandling ved sosial angst. Dette skyldes at sosiale situasjoner er variable og uforutsigbare. Skal eksponeringen være effektiv, må den sosiale situasjonen vare lenge nok til at pasienten opplever at angsten først stiger, deretter stabiliserer seg, og så synker. Mange pasienter med sosial angst holder ut de sosiale situasjonene med stort ubehag, ved å bruke trygghetsstrategier. Dette kan være å unngå blikkontakt, trekke seg inn i seg selv, eller stramme muskler. Eksponeringen blir da mindre effektiv, ved at man ikke slipper angsten inn over seg. Pasienter med sosial angst frykter for hvordan andre vurderer dem. Tilbakemeldingen fra andre mennesker er gjerne uklar og vanskelig å tolke, og eksponering vil på grunn av dette i liten grad hjelpe pasientene med denne bekymringen. Disse forhold har bidratt til at man supplerer eksponeringsbehandlingen med kognitive teknikker (Martinsen, 2000).

Erfaringsperspektivet kan bidra til å økte kompetansen hos behandlerne gjennom å øke forståelse for hva pasientene opplever som virkningsfullt. Winther (2010) som selv har opplevd angst, skriver at hun opplevde det som viktig at behandlerne på Modum Bad stilte opp for henne hundre prosent, tok henne på alvor og gjorde de de kunne for å hjelpe henne. Behandlerne ga seg ikke og Winther opplevde at de gjorde alt de kunne for å få pasientene til å tenke annerledes, nytt, slik at pasientene torde utfordre gamle tankemønstre og reaksjoner og våge seg mot ny atferd.

2.4 Behandlingsalliansen

Et stort antall vitenskapelige studier konkluderer med at pasienter får størst utbytte av psykoterapi når behandling er bygget på en god allianse (Berge et al., 2008). Studien til Weck et al. (2015) illustrerer viktigheten av en god allianse gjennom bruk av kognitiv adferdsterapi i behandlingen av pasienter med sosial angst. I studien fremgår det at terapeutisk allianse er en viktig variabel for videre forløp og et vellykket utfall av behandling av sosial angst. Spesielt er styrken av alliansen tidlig i behandlingsforløpet av stor betydning for et godt resultat, og det er pasientens opplevelse av å ha en god allianse som er knyttet til et godt resultat, og i mindre grad behandlerens vurdering (Berge et al., 2008). Dette er gjennomgående funn på tvers av terapeutiske orienteringer, pasientgrupper og diagnostiske problemstillinger (Berge et al., 2008).

Bordins modell fra 1979 har hatt stor innflytelse blant behandlere som vektlegger den terapeutiske allianse i betydning; ekthet, målrettet og rasjonell kontakt med behandler (Nordahl et al., 2012). I følge Bordin (1994) består den terapeutiske allianse av følgende tre gjensidig avhengige faktorer; enighet om de mål som man arbeider mot, hvilke teknikker og metoder som tas i bruk av hver av partene for å nå målene og et emosjonelt bånd som kjennetegnes av tillit, varme, gjensidighet og fortrolighet som motiverer for et målrettet samarbeid (Bordin, 1994, Berge et al., 2008). Modellen tar på denne måten hensyn til både følelsesmessige og metodetekniske sider ved relasjonen (Berge et al., 2008).

Kjernen ved alliansen er i hvilken grad pasienten og behandleren er involvert i et samarbeidende og målrettet arbeid (Hatcher et al., 2006, Berge et al., 2008). Behandler

og pasient ser ut til å legge vekt på ulike faktorer når de vurderer kvaliteten på alliansen, behandleren er gjerne opptatt av pasientens aktive deltakelse samt samarbeidsevne, mens pasienten ofte vektlegger behandlers emosjonelle involvering og varme (Hardy, 2007, Berge et al., 2008).

Som behandler for pasienter med diagnosen sosial angst bør man være bevisst ubehaget det medfører for pasientene å søke hjelp (Martinsen, 2000, Olfson et al., 2000), og legge til rette for oppmøte ved å sende et brev som både inneholder detaljert informasjon om møtestedet og informasjon om behandlingen (National Collaborating Centre for Mental et al., 2013). Når pasienten møter til avtalen bør man tilby å hente dem inn (National Collaborating Centre for Mental et al., 2013). Pasientene frykter at vanskene skal oppfattes som uvesentlige og/eller latterlige (Winther, 2010). Det anbefales i de nasjonale kliniske retningslinjer for utredning og behandling av angstlidelser, at behandleren viser at de gjenkjenner symptomene og bekrefter at det er nødvendig å søke hjelp for dem (Martinsen, 2000) samt informerer om at det eksisterer virksom behandling (National Collaborating Centre for Mental et al., 2013).

Å møte pasienter empatisk er ifølge Bohart and Greenberg (1997) sentralt i all virksom terapi. Behandlere som er oppmerksom på pasientens historie, som viser at det er tillatt å snakke om all slags opplevelser og som har en omsorgsfull og ikke dømmende holdning oppleves som empatiske (Berge et al., 2008). Empati viser både til en emosjonell komponent (føler det den andre føler og responderer ivaretakende på dette) og en kognitiv komponent (forstå det den andre forstår) (Bohart et al., 2002). Genuint empatiske behandlere forsøker å forstå overordnede mål, følelser og verdier hos pasienten (Berge et al., 2008). Hovedsakelig er det pasientens ressurser og evne til selvhelbredelse som fører til et godt resultat i terapi, empati kan bidra til å gi pasienten tilgang til disse (Bohart and Tallmann, 1997, 1999).

3 Teoretisk utgangspunkt

Presentasjon av teorien starter med Hans-Georg Gadamer (1999, 2003) og hans redegjørelse av hermeneutisk forståelse og tolkning. Videre omhandles kompetansebegrepet ved Greta M. Skau (2011), deretter til utdypning av kompetansebegrepet med Kari Martinsen (2003) og den praktiske kunnskapen, Patricia Benner (1995) representerer kompetanseutvikling og ekspertsykepleieren, til slutt Donald A. Schön (1991) med sine tre nivåer av refleksjon.

3.1 Hermeneutisk forståelse og tolkning

Som behandler bestreber man seg på å få en mest mulig helhetlig forståelse av pasientene og man ønsker å oppnå en felles forståelse med pasienten. Ifølge Gadamer (2003) er mål med all kommunikasjon og forståelse det å oppnå felles forståelse av saken. H-G. Gadamers teorier om forståelse blir i studien brukt som utgangspunkt for forståelse av den andre, i denne sammenheng pasientene (Gadamer, 2003, Gadamer, 1999).

Gadamer (1999) viser til at en virkningshistorisk problemstilling alltid er påkrevd når vi forsøker å forstå et verk eller en overlevering. En slik problemstilling krever en bevissthet om at man i forsøket på å få innsikt og klarhet i noe, er underlagt virkningshistoriens virkninger, altså virkningen av historien. Hvis vi tror at den umiddelbare fremtredelsen er den hele sannhet, har vi allerede blitt offer for virkningshistorien. Å være historisk er ifølge Gadamer (1999) at man aldri kan få en fullstendig viten om seg selv. Den virkningshistoriske bevissthet er å bli bevisst den hermeneutiske situasjon. Å bli bevisst på situasjonen er særdeles vanskelig da det ikke er noe man står overfor, men derimot i, og det er således noe som ikke er mulig å klargjøre fullstendig.

Gadamer (2003) skriver at den som vil forstå en tekst må være beredt til å høre etter hva den har å si. Dette krever i tillegg til sine for-meninger, en type mottagelighet for at teksten skal komme til syne i sin annerledeshet (Gadamer, 2003). Tekst her i betydning den andre. Denne mottakeligheten krever ifølge Gadamer (2003) en type åpenhet der

man er sine egne «for-meninger og for-dommer» bevisste. Bare slik blir teksten i stand til å vise seg i sin sannhet ut mot fortolkerens formening. Forforståelse handler om forståelse forut for ny forståelse (Gadamer, 2003). Gadamer (1999) beskriver nåtidens grenser med begrepet «horisont». Horisonten er vår synskrets som omfatter og omslutter alt det som er synlig fra et bestemt punkt (Gadamer, 1999). Fordommer medvirker i vår forforståelse, og så lenge en fordom er med i spillet er den umerkelig. Først når den blir provosert gjennom et spørsmål kommer den frem og vi kan sette den ut av spill (Gadamer, 1999).

Gadamer (1999) sier at vår forståelseshorisont kan utvides. Dette krever både evner og tid til å revidere forforståelsen og se situasjonen i et nytt eller endret perspektiv. En utvidelse av ens forståelseshorisont skjer ved at det en forsøker å forstå (sakens horisont), smelter sammen med ens egen horisont når man forstår, i en horisontsammensmeltning, hvor mening og forståelse skapes. I møter mellom to forståelses horisonter, kan det oppstå en tredje, en ny type mening (Gadamer, 1999). Man har overskredet den tidligere forståelsen og horisonten beveger seg (Gadamer, 1999).

Den hermeneutiske regel beskriver ifølge Gadamer (2003) hvordan man arbeider med å utvide sin forforståelse ved at man kontinuerlig forstår helheten ut fra delene og delene ut fra helheten som i forståelsens sirkel, hvor man hele tiden beveger seg fra helhet til del og tilbake igjen for å utvide forståelsen. En forutsetning er at det som har gått forut lar seg korrigere dersom teksten krever det og meningsforventningen får en annen retning (Gadamer, 2003).

3.2 Kompetanse

Jeg har tatt utgangspunkt i Skaus (2011) begreper om kompetanse i analysen, men har valgt som en utdypning av kompetansebegrepet, også å benytte meg av Martinsen. Jeg opplever at Martinsen supplerer Skau godt ved at hun er opptatt av den praktiske erfaringsbaserte kunnskapen hvor moralens og skjønnet rolle er fremtredende.

Kompetanse

Å være kompetent kan ifølge Skau bety to ting;

a) at en i kraft av sin stilling har *rett*, eller *myndighet*, til å gjøre noe,
b) at en har de nødvendige *kvalifikasjoner* til å fylle en stilling, ivareta bestemte oppgaver eller uttale seg om et spørsmål (Skau, 2011, s. 55).

Skau skriver at hun bruker begrepet i den siste betydningen, altså å være kompetent er å være skikket eller kvalifisert til det man gjør. Man kan, ifølge henne, si det er en sammenheng mellom en persons skikkethet og oppgavens eller arbeidets karakter. Selve begrepet kompetanse stammer fra den latinske betegnelsen competentia, som betyr skikkethet eller sammentreff (Skau, 2011). *Profesjonell kompetanse* består ifølge Skau av de kvalifikasjoner som er nødvendige og hensiktsmessige i utøvelsen av et yrke. I modellen deler Skau den samlede profesjonelle kompetanse inn i personlig kompetanse, teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter. Disse tre aspektene sier hun kommer til uttrykk samtidig, men med ulik tyngde, i alle yrkesrelaterte handlinger og samhandlinger.

Personlig kompetanse handler om hvem vi er som person, både for oss selv og i samspillet med andre (Skau, 2011). Det handler derfor også om hvem vi lar den andre være i møter med oss og hva vi har å tilby på et mellommenneskelig plan. Den personlige kompetansen er en unik kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper og ferdigheter, som vi tilpasser og anvender i profesjonelle sammenhenger (Skau, 2011). I et atferdseksperiment med en pasient med sosial angst kan vi tenke oss at viktig personlig kompetanse er i anvendelse gjennom empati. Berge and Repål (2008) skriver at empati hos behandler er en forutsetning i eksperimenter, behandler må evne å fange opp pasienten følelsesmessige ståsted og reagere adekvat i forhold til dette. Videre sier han for å få et eksperiment til å fungere, må behandler ha etablert en arbeidsallianse med pasienten, og klare å holde denne ved like under og etter eksperimentet. Under utforming av eksperimentet vil det å utfordre pasienten passelig mye avhenge av behandlers evne til å ta pasientens perspektiv. Empati er nærmere gjort rede for under «Behandlingsalliansen».

Personlig kompetanse er en personlig kunnskapsform, og utvikles gjennom de erfaringer vi gjør i livet, vår fortolkning og bearbeiding av disse (Skau, 2011). Vår personlige kunnskap er dermed unik og uløselig knyttet til sin bærer, selv om den kan deles med andre. Kunnskapen representerer også en form for viten som ikke i alle tilfeller er like lett å redegjøre for teoretisk. Men selv om vår personlige kunnskap noen ganger er taus så; «vet vi at vi vet». Den subjektive, erfaringsbaserte kunnskapen oppstår når vi opplever noe og reflekterer over opplevelsen. I refleksjonen tar vi i bruk teorier og begreper for å kaste lys over våre egne tanker og erfaringer. Erfaringen er det som kommer først, og er den viktigste kilde til forståelse. Personlig kompetanse er betydningsfullt i alle yrker der samspill mellom mennesker er viktig (Skau, 2011). Denne kompetansen vil være av stor betydning for hvor godt vi får anvendt våre teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter i for eksempel i behandlingen av pasienter, jamfør studien til Weck et al. (2015), hvor det vises til at vellykket implementering av kognitive teknikker er avhengig av god terapeutisk allianse.

Teoretisk kunnskap består av faktakunnskaper og allmenn, forskningsbasert viten (Skau, 2011). Denne kunnskapen inkluderer både kunnskaper om det som våre fag omfatter og kunnskaper som er relevante for utøvelsen av disse (Skau, 2011). I behandling av pasienter med sosial angst, vil det blant annet være viktig å ha kunnskaper om diagnosen og behandling av pasienten. Teoretisk kunnskap er kunnskap om relevante begreper, modeller og teorier, så vel som å ha kunnskap om regler og lover som hører inn under de ulike fagområdene (Skau, 2011). Kunnskapsformen er upersonlig og allmenn, og kan tilegnes på flere måter. Vi kan pugge en bestemt mengde med kunnskap for å bestå en prøve eller vi kan bruke tid til å vurdere ny kunnskap kritisk og omhyggelig ut fra forskjellige kilder og kriterier. Teoretisk kunnskap kan på denne måten være mer eller mindre bearbeidet, dyptgående eller overfladisk (Skau, 2011).

Yrkesspesifikke ferdigheter rommer det profesjonsspesifikke «håndverket», de praktiske ferdigheter, metoder og teknikker som tilhører et bestemt yrke, og som brukes i utøvelsen av det (Skau, 2011). I hovedsak er disse ferdighetene relasjonelle. En veileders yrkesspesifikke ferdigheter kan for eksempel være å mestre ulike metoder for veiledning, spesielle lytteteknikker og forskjellige måter å stille spørsmål på. Selv om man kan være en relativt dyktig håndverker uten å kunne teoretisk redegjøre i detalj for

det man gjør, kan ikke denne kunnskapsformen stå alene. En dyktig praktiker trenger i tillegg til yrkesspesifikke ferdigheter, personlig kompetanse og teoretisk innsikt. Skillet mellom alminnelige hverdagsferdigheter og personlig kompetanse kan være flytende (Skau, 2011).

Kommunikativ kompetanse kan ifølge Skau (2011), deles inn i samme tre dimensjoner tilsvarende inndelingen i overnevnte modell, *samlet profesjonell kompetanse*. Det vil si at en *samlet kommunikativ kompetanse* modell også består av; personlig kompetanse, teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter. Skau hevder at ikke bare er kommunikasjonen sentral i møter mellom mennesker, møter mellom mennesker *er* kommunikasjon. Hun sier at i samspill med en annen uttrykker vi noe av oss selv, samtidig som vi avviser eller tar imot en annen. *Samlet kommunikativ kompetanse* har et teoretisk aspekt som består av kjennskap til modeller, begreper og teorier om kommunikasjon. Den har et teknisk-metodisk aspekt som består av å beherske ulike ferdigheter i kommunikasjon, som f.eks. aktiv lytting. Den har også et personlig aspekt hvor den vi er som kommuniserende person, vår personlige væremåte, viser seg i samspill med andre mennesker. Dette personlige aspektet er basert på bearbeidet erfaring og er vår indre viten om kommunikasjon. De tre aspektene kan fungere godt sammen, men de kan også undergrave hverandre. Sistnevnte hender når vår styrke på et område hemmes av svakheter på et eller flere andre (Skau, 2011).

Å opptre kompetent eller profesjonelt viser ifølge Skau (2011) til at bestemte handlinger skjer som yrkesutøvelse. Uttrykket sier noe om handlingenes kvalitet. Det å «være profesjonell», er i et profesjonssamfunn, en verdi i seg selv, da det har å gjøre med det som betraktes som en *kompetent* opptreden i krevende situasjoner. Å være profesjonell innebærer ifølge Skau:

- å være i stand til å nyttiggjøre seg av bestemt teoretisk kunnskap og visse yrkesspesifikke ferdigheter i møte med andre
- å være person i møtet med andre, og dermed gi dem anledning til det samme
- å kunne være personlig på andre måter i offentlige sammenhenger enn det man er i private
- å være i stand til både å trekke et psykologisk skille mellom seg selv og andre og å skape kontakt

- å kunne sette hensynet til andre i fokus (2011, s. 45).

3.3 Praktisk-moralsk handlingsklokskap

Martinsen (2003) fremhever den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen som den mest sentrale i sykepleie. Dette er kunnskap som i stor grad bygger på det hun definerer som sanselig forståelse (Kristoffersen, 1996c). Martinsen skiller grovt sett mellom to typer kunnskap, hvor den ene bygger på sanselige forståelse, og den andre bygger på begrepslig forståelse. Grunnlaget for den sanselige forståelse er de sanseinntrykk vi mottar gjennom sansene og kroppen. Kunnskapen kan uttrykkes kroppslig – sanselig, og også med ord. Når denne kunnskapen kommer til uttrykk, involverer den hele personen. Begreper Martinsen er særlig opptatt av er praktisk-moralsk handlingsklokskap og faglig skjønn. Deler av den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen har en implisitt karakter. En vet og kan mer enn det en kan omsette i ord (Martinsen, 2003, Kristoffersen, 1996c).

Martinsen (2003) tar utgangspunkt i de opprinnelige kunnskapsformene; *techne`*, *phronesis og episteme`* som den greske filosofen Aristoteles beskriver og knytter disse til sykepleie. Techne`og phronesis hører under praktisk kunnskapsform, mens episteme` sammenlignes med tradisjonell vitenskapelig kunnskap. Jeg vil her redegjøre for techne`og phronesis som er mest relevant i denne sammenheng.

Techne` beskriver en praktisk kunnskapsform som betegner håndverket eller kunsten i sykepleien. Denne kunnskapsformen er sentral i sykepleie, da den henger sammen med sykepleierens praktiske dyktighet. Kunsten og håndverket sammensluttes i kunsthåndverket, der utøveren er skapende gjennom å handle med hengivenhet og beherskelse. I følge Martinsen er hengivenhet og beherskelse to forenende motsetninger og sentrale sider ved kunsthåndverket i sykepleien. Hengivenheten er varheten og den åpne sansningen som er helt nødvendig for at håndverket ikke skal reduseres til ren teknikk. Utøveren må være åpen for situasjonen og for det uventede som kan medføre at målene må endres, eller at nye mål kommer til syne i arbeidet med pasienten. Denne åpenheten eller hengivenheten beskrives som den erfarne praktikers evne til «refleksjon i handling». Samtidig er det grunnleggende premiss at sykepleieren behersker selve

håndverket hvis det skal kunne videreutvikles til kunst (Martinsen, 2003, Kristoffersen, 1996c).

Phronesis sammenligner Martinsen (2003) med sykepleiernes faglige skjønn og kategoriserer denne kunnskapsformen i sykepleien som praktisk-moralsk handlingsklokskap (Kristoffersen, 1996c). Å utøve et godt skjønn er ifølge Martinsen å bruke den rette bedømmelsen hvor oppfinnsomhet, handlingsfornuft og godhet utligner hverandre gjensidig. Phronesis blir derfor den viktigste kunnskapsformen. Martinsen hevder at denne kunnskapen foreligger på et høyere nivå enn de andre kunnskapsformene og bidrar til å samordne utviklingen av de andre kunnskapsformene. Når hun omtaler den kloke og faglig dyktige sykepleier som ideal fremgår det at hun setter phronesis-kunnskapen (klokskapen) høyest. Hun slår fast at denne sykepleieren har de andre kunnskapsformene inkludert. Blant annet vil prosedyrene og teoriene i faget være inkludert i gode holdninger hos denne sykepleieren. Phronesis er en praktisk kunnskapsform hvor vi lærer og blir kjent med det riktige og gode, og hvor vi forholder oss til det foranderlige, kompliserte, mangfoldige og nyanserte i situasjonen. Denne kunnskapen er situasjonsbundet og konkret, og læres gjennom prosesser og relasjoner hvor vi samhandler med andre. For at phronesis og det faglige skjønnet skal utvikles fremhever Martinsen at sykepleierens eget skjønn må prøves mot andre med-skjønneres erfaring. De andres erfaringer vil dermed også kunne inkluderes i den egne erfaringen som utvides. I denne forståelsen vil praktisk-moralsk handlingsklokskap i sykepleie nødvendigvis måtte utvikles sammen med andre sykepleiere i sykepleierfelleskapet. Kunnskapen utvikles på grunnlag av den felles forståelse av hva som er gode og riktige handlingsmåter i konkrete situasjoner (Kristoffersen, 1996c), noe som samsvarer med resultatene fra studien til Eriksen et al. (2014).

3.4 Kompetanseutvikling

Benner (1995) tar i boka «Fra Novise til ekspert» i bruk Dreyfus et al. (1980) kompetansestige for praktisk kunnskap og overfører disse nivåer til klinisk kompetanse hos sykepleiere. Benner skriver om kompetanse i sykepleiepraksis. Forskningen er kvalitativ, det vil si beskrivende og fortolkende, den er praksis-nær og sykepleiernes egne erfaringer er det mest sentrale. Benner mener det tidligere er lagt for stor vekt på

teoretiske modeller og metoder i sykepleien og at dette gjør sykepleien mangelfull, og at den praktiske kunnskapen og skjønnet er gitt for lite oppmerksomhet.

Ekspert sykepleieren har med sin lange erfaring fra samme praksissted (minst fem år) ikke lengre bruk for de analytiske prinsipper, hun har fått et intuitivt grep om enhver situasjon og kan zoome seg inn på den spesifikke problemstilling uten å måtte bruke tid på overveielser. Det betyr imidlertid ikke at hun har sluttet å benytte analytiske redskaper, det gjør hun i de situasjoner hvor hun ikke har tidligere erfaring (Benner, 1995).

Kort sammenfattet kjennetegnes ifølge Benner (1995) og Dreyfus et al. (1980) utviklingen av sykepleierens kliniske kompetanse ved at det skjer en endring på hovedsakelig tre områder. Sykepleieren gjennomgår en utvikling fra: å bruke regler og prinsipper til å anvende intuisjon, fra detaljoppfatning til å ha et klinisk blikk og en helhetsforståelse, og fra å være utenforstående observatør til å være en aktiv deltaker (Kristoffersen, 1996a).

Å arbeide reflektert innenfor et fagfelt i mer enn fem år er ifølge Benner (1995) det som gjør at man kan oppnå ekspertkompetanse. Ikke alle sykepleiere evner å oppnå en slik kompetanse (Benner, 1995).

Schön (1991) ser refleksjon som et kjennetegn ved den profesjonelle praktikers yrkesutøvelse. Han skiller mellom tre ulike nivåer av refleksjon hos profesjonelle praktikere;

- å vite i handling («knowing-in-action»)
- å reflektere i handling («reflection-in-action»)
- å reflektere over refleksjon i handling («reflection-on-reflection in action) (Kristoffersen, 1996b, s. 343).

Å vite i handling innebærer at sykepleieren har mer kunnskap enn hun er i stand til å sette ord på. Det referer til hennes implisitte og tause kunnskap, noe som er kjennetegn ved den erfarne praktiker med høy klinisk kompetanse. I kjente situasjoner handler sykepleieren intuitivt, hun bare vet at det må være slik. Hvis hun derimot kommer i nye situasjoner, kreves i større grad bevisst refleksjon (Schön, 1991, Kristoffersen, 1996b).

Å reflektere i handling er nødvendig når noe skjer som gjør at sykepleieren ikke kan handle intuitivt i situasjonen. Forhold ved den krever at en er utforskende og kritisk reflekterende til det som gjøres mens man gjør det. Dette kalles handlingsrefleksjon. Å reflektere i handling innbefatter at sykepleieren forholder seg til situasjonen i lys av tidligere erfaring og teoretisk kunnskap. Hun vurderer og overveier situasjonen, dens likehetstrekk med lignende situasjoner hun har vært i, og dens særtrekk. Sykepleieren vurderer de ulike alternativer til handling og befinner seg i en utfordrende og eksperimenterende situasjon, der valgene som blir foretatt får umiddelbare konsekvenser for handlingen som utføres. Den viten som den erfarne praktiker utvikler gjennom refleksjon i handling, fører til en videreutvikling av mulige forståelsesformer, noe sykepleieren kan gjøre nytte av i nye situasjoner. Utvikling av evnen til refleksjon i handling må oppøves ved at en gjør erfaringer igjen og igjen, og ved at en på egen hånd og ved andres hjelp reflekterer over erfaringene (Schön, 1991, Kristoffersen, 1996b).

Å reflektere over refleksjonen i handlingen betyr at man vender tilbake til tidligere erfaringer og utfordrer sin egen refleksjon i handling. Ved at sykepleieren reflekterer i etterkant av situasjonen, vil en få bekreftet den forståelsen man hadde mens man handlet, eller man vil få en nyansert og endret forståelse og se andre løsninger og handlingsalternativer. Slik vil en refleksjon i ettertid gi muligheter for nye handlinger i fremtidige situasjoner. Denne type refleksjon er en viktig side ved utvikling av sykepleiernes kliniske kompetanse (Schön, 1991, Kristoffersen, 1996b).

4 Metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive den metodiske tilnærmingen som er brukt for å besvare forskningsspørsmålet i studien. Dette gjør jeg ved å redegjøre for blant annet: valg av forskningsmetode: det kvalitative forskningsintervju, utvalg og rekruttering av informanter, transkribering og analyse av data samt beskrivelser av forskerrollen.

4.1 Valg av forskningsmetode

Kvalitativ metode er valgt med bakgrunn i problemstillingen og på grunn av at metoden egner seg for å gå i dybden for å søke forståelse. I studien søkes forståelse for sykepleiernes erfaringer. Kvalitative semistrukturerte intervju ble valgt som metodisk tilnærming da dette ifølge Kvale et al. (2015) er en velegnet metode når man forøker å forstå verden sett ut fra intervjupersonenes side. Intervjuene har som mål å produsere kunnskap om, og å få frem betydningen av erfaringene, samt gi innsyn i hvordan intervjupersonene opplever og reflekterer over egen situasjon (Kvale et al., 2015). Fortolkning er ifølge Thagaard (2013) sentralt når man søker forståelse for den intervjuedes opplevelser innenfor kvalitativ metoder. En hermeneutisk fortolkning er derfor benyttet for å finne en dypere mening i sykepleiernes erfaringer. Hensikten med hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr (Kvale et al., 2015). Det ses på som sentralt at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer (Thagaard, 2013).

4.2 Utvalg og rekruttering av informanter

Denne studien har et strategisk utvalg av informanter. Det vil si at jeg har valgt ut deltakere som har kvalifikasjoner som er relevante i forhold til problemstillingen. I henhold til Thagaard (2013) baserer gjerne kvalitative studier seg på strategiske utvalg, slik at informantene har kvalifikasjoner eller egenskaper som er spesielt taktiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens perspektiver

For å delta i studien var det følgende inklusjonskritrier:

-utdannet sykepleier,

-informantene måtte ha minst to års arbeidserfaring med personer med sosial angst.

Det var ønskelig med minimum to års jobberfaring fra arbeid med pasienter med sosial angst, for at informantene skulle ha erfaring og dermed ha bedre muligheter til å besvare spørsmålene. Det var ikke satt som inklusjons kriterier at informantene arbeidet med disse pasientene nå, men forespørselen ble kun sendt ut til personell som var i arbeid med personer med sosial angst. Ut fra studiens omfang, metodiske tilnærming, tid til rådighet og etter drøftinger med veileder ble det besluttet at det var realistisk å intervjue tre sykepleiere.

Det ble sendt elektronisk forespørsel til sykepleiernes leder på de to aktuelle arbeidsstedene for å undersøke mulighetene for å få samtykke til å utføre intervju hos dem.

Informasjonsskriv (vedlegg 1) og samtykkeskjema (vedlegg 2) ble sendt som vedlegg, og presenterte studien. Lederen ga sin godkjenning og videresendte forespørselen med informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet til sykepleierne på det aktuelle arbeidsstedet, med kopi til meg. Sykepleierne ble oppfordret til å ta kontakte meg direkte ved samtykke til deltakelse. Fem sykepleiere samtykket til å delta i studien. Etter kort mailkorrespondanse ble det det tydelig at en av sykepleierne ikke oppfylte kriteriene for å delta og en annen sykepleier var mer usikker på om hun hadde relevant erfaring etter å ha lest grundigere på informasjonsskrivet. Jeg takket ja til de siste tre informantene

Nedenfor kommer en anonymisert presentasjon av informantene. De er gitt følgende fiktive fornavn; Odd, Trygve og Marit.

Trygve, Odd og Marit har over 20 års erfaring fra arbeid i psykiatrien. Alle hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid.

4.3 Intervjuguide

Å utarbeide spørsmål til intervjuguiden (vedlegg 4) var en kreativ prosess, som både var tidkrevende og utfordrende. Jeg forsøkte å finne spørsmål som skulle lede intervjusamtalen i retning av problemstillingen, samtidig som de skulle være åpne og inviterende og føre til flyt i samtalen. Men samtidig måtte de ikke være så åpne og inviterende at samtalene gikk for mye i dybden eller at samtalene tok en vending mot irrelevant stoff. Spørsmålene måtte forstås, lede til gode beskrivelser av erfaringene og det var også viktig at informantene ikke følte seg krenket og/eller satt på prøve. Jeg la derfor i første rekke vekt på at spørsmålene var lett forståelige og uten akademisk språk, noe som er i tråd med hvordan Kvale et al. (2015) beskriver et godt dynamisk intervjuspørsmål. Dernest ble det vektlagt at de fleste av spørsmålene i intervjuguiden var av typen «kan du fortelle om..» eller «hva opplever du..» for at spørsmålene i størst mulig grad skulle bidra til å utløse spontane uttrykk og fortellinger av informantenes egne erfaringer. Kvale et al. (2015) sier at i intervjusituasjonen bør hovedspørsmålene være i deskriptiv form, slik at man får utløst spontane beskrivelser, fremfor informantenes mer eller mindre spekulative forklaringer på hvorfor noe fant sted (Kvale et al., 2015). Jeg har i stor grad unngått spørreordet «hvorfor» i intervjuguiden da dette spørreordet kan føre til et intervju hvor man i for stor grad grunner over temaer og samtidig kanskje gir informantene en følelse av å være på en muntlig fremføring. Tematikken for studien er kompetanse, noe som allerede kan bidra til at informantene følte seg satt på prøve. Etter en tid med refleksjon, og innspill fra veileder ble intervjuguiden ferdigstilt.

4.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble utført i løpet av en uke i desember 2015. Informantene ble forespurt om datoer og tidspunkt som passet, helst før jul og det viste seg da at vi hadde en uke til rådighet. Optimalt var ønsket at intervjuene skulle foregå med ca. en ukes mellomrom, slik at fokuset mitt var på et intervju av gangen. At det var god tid til forberedelse før intervju og til refleksjoner i etterkant. Intervjuuken ble en hektisk uke hvor alt fokus var på intervjuene, forberedelse i forkant og refleksjoner i etterkant. Den forholdsvis korte tiden mellom intervjuene, ga en opplevelse av å være i en kontinuerlig prosess av

forberedelse, ettertanke og refleksjoner, med positivt fortegn. Etter hvert intervju ble refleksjonene skrevet ned og jobbet med, for å bringe erfaringene inn i neste intervjusituasjon. Intervjuguiden ble sendt deltakerne noen dager før intervjuene for at de skulle ha mulighet til å ha reflektert rundt tematikken. Samtidig kan man da si at jeg mistet muligheten til å få informantens umiddelbare synspunkter.

Alle sykepleierne hadde egne kontorer og ønsket at intervjuene ble gjennomført der. Intervjusituasjonene ble da skjermet for forstyrrelser og det var tidsbesparende for informantene. Innledningsvis før intervjuene formelt startet tok jeg initiativ til noen få minutter med småprat for at vi skulle bli litt kjent med hverandre. Intervjuene startet så, men før båndopptaker ble slått på, ble det gitt en kort oppsummering fra informasjonsbrevet (vedlegg 1) med fokus på formålet med studien og jeg minnet om at personidentifiserbare opplysninger ikke skulle fremkomme, noe som også var påpekt av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD) (vedlegg 3). I tillegg spurt jeg om informantene hadde noen spørsmål i forbindelse med prosjektet eller intervjusituasjonen, og det ble åpnet opp for at de også kunne ta opp ting underveis i intervjuet. Samtykkeerklæringen var ikke underskrevet i forkant og dette ble nå gjort.

Målet med intervjuene var å gjenspeile informantens erfaringer og gi et rikt materiale i henhold til tematikken. Underveis i intervjuene forsøkte jeg å balansere spørsmålsstillingen med aktiv lytting, slik at min oppmerksomhet hele tiden var rettet mot å høre hva informantene faktisk sa og forsøke å forstå hva de mente. Kvale et al. (2015) sier at som intervjuer må man lære seg å lytte til hva som sies og hvordan det sies, og at det å beherske aktiv lytting er like viktig som å beherske spesifikke spørreteknikker.

I starten av det første intervjuet opplevdes det noe utfordrende å beholde roen og være tilbakelent, da informanten ble usikker på om hun/han hadde relevante erfaringer å komme med. Som intervjuer forsøkte jeg først å gi informanten tid til å tenke gjennom spørsmålet og dernest forsøkte jeg å stille det på en annen måte. Da disse to tilnærmingene ikke førte frem, spurte jeg om vi heller kunne komme tilbake til dette spørsmålet. Dette samtykket informanten til. De påfølgende spørsmålene besvarte informanten med stor flyt, og fortalte detaljert om sine erfaringer på området og kom

også med gode refleksjoner rundt tematikken. Spørsmålet som vi forlot innledningsvis vendte informanten selv tilbake til.

I intervju to opplevde jeg at informanten hadde god flyt fra start i egne fortellinger og reflekterte rundt de ulike temaene. Det opplevdes som lett å gi informanten tid til å komme med sine erfaringer og kun be informanten om utfyllende kommentarer underveis.

Intervju tre opplevdes igjen som noe utfordrende da jeg ble usikker på om erfaringene som ble delt besvarte tematikken godt. Dette intervjuet var utført på slutten av arbeidsdagen, og både informanten og jeg hadde hatt en lang arbeidsdag i forkant. Informanten hadde en annen dialekt og dette gjorde det noe utfordrerne for meg å umiddelbart forstå alt informanten delte. Lydbåndopptak viste at jeg hadde benyttet ledende oppfølgingsspørsmål i retning «kan du si noe mer om». Gjennomgang av lydopptaket viste også at jeg hadde pauser med stillhet og at informanten selv startet å snakke etter en tid med stillhet. Transkripsjonen og analysen viste at denne informanten delte mange relevante erfaringer og refleksjoner av relevans for problemstillingen.

4.5 Transkripsjon

Samtlige intervju ble tatt opp på lydbånd, lydbåndene ble lyttet til og transkripsjon utført snarest. At intervjuet skulle transkriberes snarest, var også i henhold til informasjonen i informasjonsskrivet (vedlegg 1). Det var ønskelig å skrive transkripsjonen selv, da det er lettere som deltaker i intervjusamtalen å huske momenter som kan oppklare uklarheter eller annet som er av betydning for meningen i teksten, noe som samsvarer med hva Malterud (2011) skriver om at forsker selv transkriberer.

To av intervjusamtalene ble transkribert ordrett inn i et Word dokument etter å ha blitt nøye lyttet til. Den siste intervjusamtalen ble det ikke utført en ordrett skriftlig gjengivelse av, da jeg opplevde at dette ikke ville gi den beste tolkning av det som ble sagt. Denne informanten hadde dialekt som ble vanskelig å oversette direkte til bokmål, uten noen form for tolkning. Det ble derfor utført en skriftlig transkripsjon som i noen grad ble redigert for å forsøke å gi en best mulig gjengivelse av det som ble hørt.

Ordrett skriftliggjøring av muntlig tale kan ifølge Malterud (2011) paradoksalt nok gi et annet bilde av samtalen enn det som samtalepartnere hørte i situasjonen, spesielt hvis en eller begge parter har en uttrykksmåte med språklig særpreg, som dialekt.

Jeg ønsket å gjøre en transkripsjon som ville føre til en lettlest utgivelse av informantenes historier og det ble valgt en enkel transkripsjon. Transkripsjonen inneholdt få tegn og lydord, men pauser i samtalen ble indikert med flere punktum etter hverandre og ord som ble ekstra vektlagt ble markert med fet skrift. Mine mange «mm» og «ja» ble også utelatt, da ingen av disse bekreftelser ble vurdert til å tilføre transkripsjonen noe av betydning. Det var ingen latter i intervjuene, men litt godmodig humring innimellom. Humring ble markert som he he i transkripsjonen. Også de mindre relevante avsnittene ble skrevet ut for å være med til analysen. Alle intervjuene ble direkte transkribert til bokmål på grunn av anonymiseringshensyn og også med hensyn til informantenes integritet.

Det ble god kvalitet på lydopptakene og dette gjorde prosessen med transkripsjonen lettere å gjennomføre. Det totale materialet av tre intervju på 60 minutt, ble 33 sider med transkribert tekst, med linjeavstand på 1,5 og skriftstørrelse 12.

4.6 Analyse

Analysearbeidet startet allerede under intervjuene. Kvale et al. (2015) beskriver tre trinn i analysen som gjennomføres under intervjuene, av totalt seks trinn. Jeg vil kort redegjøre for bruk av de første tre trinnene her.

Trinn en: informantene forteller spontant hvordan de føler, opplever og handler angående et tema. Min rolle var å forholde meg åpen og lyttende og i liten grad fortolkende. *Trinn to:* informantene oppdager selv nye aspekter underveis i intervjuet, på bakgrunn av sine egne spontane beskrivelser. *Trinn tre:* forskeren gir et kortfattet resyme av intervjuet slik at informanten har mulighet til å bekrefte forskerens forståelse eller komme med korrigerende kommentarer eller nye innspill. Ideelt sett foregår denne dialogen til det bare er en mulig fortolkningsmåte igjen (Kvale et al., 2015). Jeg ga et kortfattet resyme etter alle tre intervjuene. Dette var informantene forespurt om

innledningsvis og de var informerte om at hensikten var å få en umiddelbar bekreftelse eller avkreftelse av min fortolkninger av deres meninger. Alle tre informantene kom med enten nye innspill, korrigerende kommentarer eller utdypninger under gjengivelsen. Gjengivelsen føltes derfor som viktig for å sikre at informantens utsagn ble forstått så korrekt som mulig og hvor nye innspill og utdypning ble muliggjort. Det virket også som om informantene syntes det var en god måte å kvalitetssikre innholdet og avslutte intervjuet på.

Det finnes en lang rekke analytiske verktøy som kan brukes i analyseringen av selve datamaterialet (Kvale et al., 2015, Malterud, 2011). I denne studien ble systematisk tekstkondensering benyttet (Malterud, 2011). Analysemetoden ble valgt, da den egner seg for utvikling av beskrivelser.

Systematisk tekstkondensering er ifølge Malterud (2011) inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av overnevnte forfatter. Analysemetoden har en hovedstruktur bestående av fire steg.

Steg en: I tråd med hva Malterud (2011) skriver gjorde jeg meg kjent med materialet ved å lese gjennom alle sidene og danne seg et helhetsinntrykk og vurdere mulige tematikker. Her skulle jeg arbeide aktivt for å sette min forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes, slik at de inntrykk som materialet formidlet ble tydelig. Jeg identifisert syv foreløpige temaer ved første gjennomlesning noe som samsvarer med Malterud (2011) anbefalinger. I tillegg til fellestemaene kom det frem ulike perspektiver på behandling hos informantene.

Steg to: her skulle jeg organisere den delen av materialet som skulle studeres nærmere ved å skille relevant tekst fra irrelevant tekst. Relevant tekst er tekst som kan tenkes å belyse problemstillingen. En systematisk gjennomgang av det totale materialet ble gjennomført, linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter som inneholder kunnskaper om de temaer som ble bestemt i analysens første steg. Arbeidet ble gjort ved datamaskinen og setninger og avsnitt ble kopierte og overført til et arbeidsdokument (Malterud, 2011). Også mer avgrensede språkelementer som ord ble gjennomgått og vurdert betydningen av som meningsbærende enheter, uten at enkeltord ble overført arbeidsdokumentet. Jeg forhåndsdefinerte kodene og de ble deretter sortert.

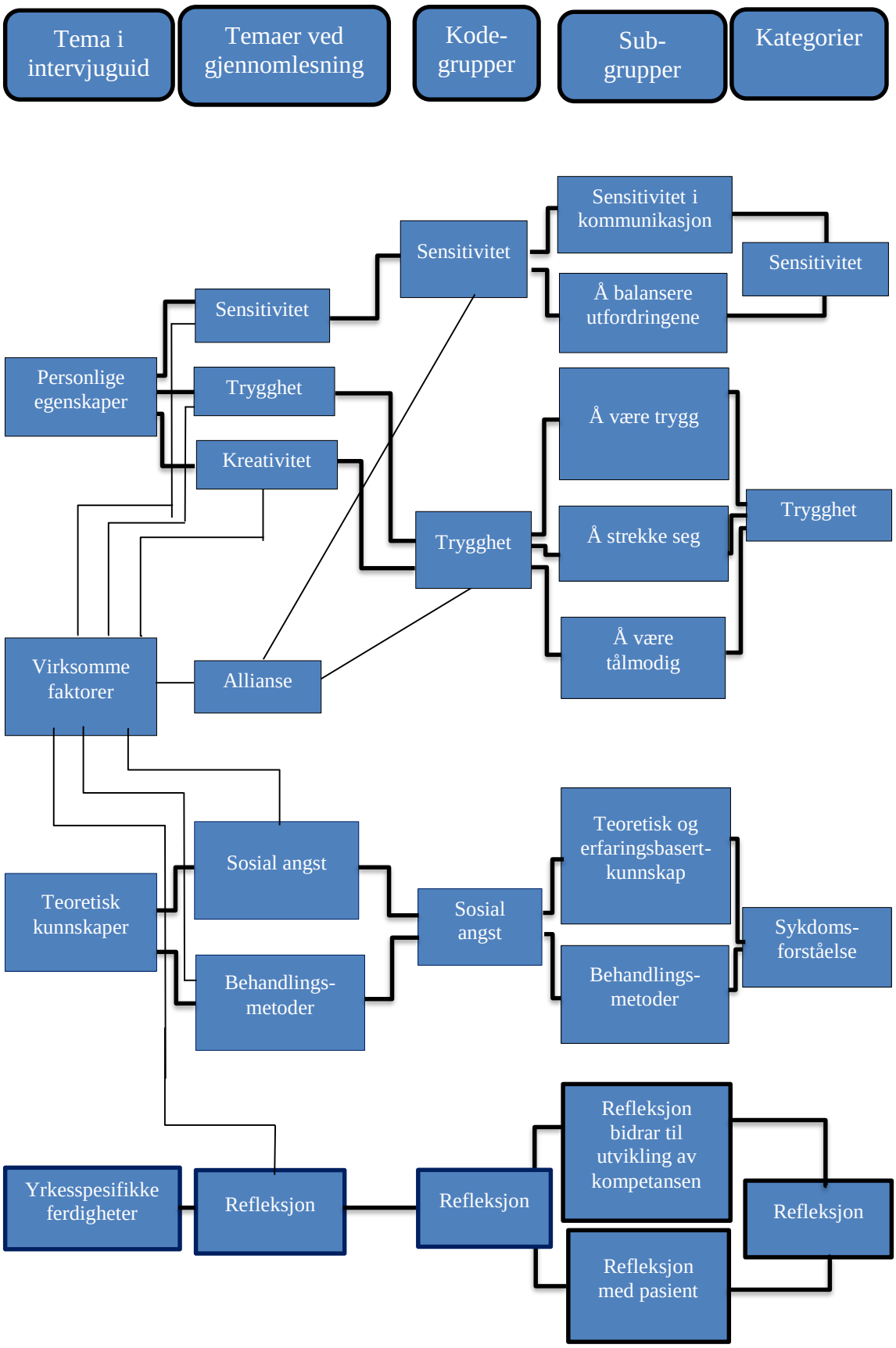
Meningsenhetene som jeg flyttet fikk et nummer og en farge som viste hvilken side teksten var hentet fra i det transkriberte materialet og hvem av informantene utsagnet stammet fra i tråd med anbefalingene til Malterud (2011). Dette førte til 20 sider med meningsbærende enheter. Samtidig som jeg merket enhetene, startet prosessen med å systematisere tekstdelene som hadde noe til felles. Dette er også i henhold til hva Malterud (2011) skriver. Dette kodearbeid gjennomførte jeg for å identifisere og klassifisere alle de meningsbærende enheter i teksten. Forforståelse og studiens teoretiske referanseramme var nå aktive elementer for å se klarere hva som var aktuelle temaer. Kodene som utvikles og justeres med utgangspunkt i de foreløpige temaene fra første analysesteg, bør ifølge Malterud (2011) fortrinnsvis bli noe annet enn de opprinnelige temaene fra intervjuguiden. Videre sier hun at dette er tegn på at det har vært en kreativ analyse. Hvis temaene sammenfaller i for stor grad, kan det tyde på at vi forfølger vår forforståelse istedenfor å være våken for nye oppdagelser (Malterud, 2011). Temaer og senere utviklede koder ble ikke de samme som de opprinnelige temaene i intervjuguiden, noe som fremkommer i skjematisk fremstilling på side 36.

Analysen ble som et stort puslespill med inkludering og ekskludering av utsagn, temaer og koder. Arbeidet kan sammenlignes med den hermeneutiske sirkel hvor det kontinuerlig foregikk en veksling mellom helhet og del, del og helhet (Gadamer, 2003). Valg og overveielser underveis ble fortløpende dokumentert i en prosjektlogg. Denne dokumentasjonen er et viktig redskap i den gradvise omformingen fra temaer til koder (Malterud, 2011). Prosjektlogg har også til hensikt å forenkle prosessen hvis det skulle bli nødvendig å gå noen skritt tilbake, hvis et samtykke f.eks. ble trukket tilbake.

Steg tre: Ifølge Malterud (2011) skal vi abstrahere kunnskapen som vi har kommet frem til i andre analysetrinn ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Kodegrupper fikk sub-grupper som beskrev ulike aspekter ved de ulike meningsområder. Jeg laget et kondensat (et kunstig sitat) til hver av sub-gruppene og til hver av kodene som ikke kvalifiserte for sub-grupper. Kondensatene skrev jeg i jeg-form og ut fra de meningsbærende enhetene da det anbefales brukt som en påminnelse om at hver av informantene skal representeres. Jeg bestrebet at de ble representert så nært som mulig det de hadde uttrykt under intervjuet.

Steg fire: tekstdelene skal settes sammen igjen, de skal rekontekstualiseres. Det vi har funnet i form av gjenfortellinger skal sammenfattes (Malterud, 2011). Jeg utarbeidet en analytisk tekst, på bakgrunn av kondensatene og sitatene til hver av kodegruppene. I resultatdelen blir dette presentert.

Nedenfor vises en skjematisk fremstilling av analyseprosessen;


Tema i intervjuguid
Temaer ved gjennomlesning
Kode-grupper
Sub-grupper
Kategorier
Personlige egenskaper
Sensitivitet
Trygghet
Kreativitet
Virksomme faktorer
Allianse
Sensitivitet
Trygghet
Sensitivitet i kommunikasjon
Å balansere utfordringene
Å være trygg
Å strekke seg
Å være tålmodig
Sensitivitet
Trygghet
Teoretisk kunnskaper
Sosial angst
Behandlings-metoder
Sosial angst
Teoretisk og erfaringsbasert-kunnskap
Behandlings-metoder
Sykdoms-forståelse
Yrkesspesifikke ferdigheter
Refleksjon
Refleksjon
Refleksjon bidrar til utvikling av kompetansen
Refleksjon med pasient
Refleksjon

4.7 Forskerrollen

Som forsker på eget felt har jeg faglig forståelse for tematikken i studien, noe som er med på å gi et godt grunnlag for mine tolkninger og beskrivelser, men som også kan medføre utfordringer. I følge Thagaard (2013) har man som forsker i eget felt et særlig godt grunnlag for forståelse av de fenomener som studeres. Dette sier hun er på grunn av at man deler mange av de samme erfaringene. Ifølge Thagaard er utfordringen med å dele en felles erfarings- og kunnskapsbakgrunn som forsker og informant, at forsker kan få problemer med å stille spørsmål ved forhold som synes selvsagte innenfor feltet. Hun sier videre at forskeren da ikke får tak i de erfaringer som ikke stemmer med egen erfaring. Det er derfor viktig at forskeren i eget felt oppnår et perspektiv der forsker kan se sin egen kultur med andres øyne (Thagaard, 2013).

Jeg har forsøkt å være åpen i min tilnærming for å ha bedre muligheter til å oppnå nye forståelser, i tråd med hva som er siktemål for kvalitative studier. Gadamer (2003) beskriver viktigheten av åpenhet i forhold til forståelse. Han viser til at forståelse er en virkningshistorisk prosess, der han minner oss på at vi aldri får en fullstendig forståelse av saken (Gadamer, 1999). Det har vært viktig for meg å utfordre forforståelsen ved å forsøke å være åpen for hva informantene har fortalt. Gjennom studien har jeg opplevd at forståelsen blitt utvidet ved at det har en kontinuerlig veksling mellom teori og materialet. Noe som sammenfaller med Gadamer (2003) beskrivelse av den hermeneutiske sirkel. Om å forstå sin egen posisjon sier Gadamer: «Forståelse betyr primært: *å forstå seg selv i saken* – (og dernest: å utskille og forstå den andres mening som sådan)» (min kursiv og parentes), og ut fra dette vil det bli bestemt hva som kan realiseres av forståelse i saken (Gadamer, 2003, s. 40).

4.8 Etiske vurderinger

Etiske spørsmål er ifølge Kvale et al. (2015) ikke begrenset til den direkte intervjusituasjonen, men en integrert del av alle fasene i intervjuundersøkelsen. En intervjuundersøkelse sier han er en moralsk undersøkelse, der det menneskelige samspill påvirker intervjupersonene og at kunnskapen som produseres underveis i intervjuet kan påvirke vårt syn på menneskets situasjon. Jeg har bestrebet gjennom hele

studien å føle, tenke, være og handle i det Kvale et al. (2015) kaller «den menneskelige eksistens`bør-het» for å møte de etiske og moralske krav som en kvalitativ studie stiller.

Jeg har sørget for anonymisering av informantene allerede fra transkripsjon hvor de har fått fiktive navn, navn på arbeidsplass er ikke oppgitt, annen informasjon som kunne identifisere informantene er også utelatt. Studien omhandler sykepleiernes kompetanse, og anonymisering er også viktig i forhold til tematikken. I transkripsjonen vurderte jeg at meningsinnholdet av det ene intervjuet, ikke ble best ivaretatt ved å utføre en ordrett skriftlig gjengivelse av det som ble sagt. Denne ble derfor noe redigert.
Det ble innhentet godkjennelse fra ledelse før informantene fikk tilsendt forespørsler. Informantene ble informert om frivilligheten og at de kunne trekke seg uten å oppgi årsak. Skriftlige samtykker ble underskrevet og informasjon om hensikt gitt før intervju ble igangsatt. De skriftlige samtykkene blir oppbevart innelåst i en låst skuff i eget hjem, separat fra annet materiale fra studien. Lydbåndene ble slettet umiddelbart etter transkripsjon. Samtykkeskjemaene vil bli slettet ved studiens ferdigstillelse.

Etter søknad har studien har fått godkjenning fra Norsk Samfunnsfaglige Datatjeneste (vedlegg 3) etter innsendt meldeskjema i forkant av studien. Godkjenningen bekrefter at deltakernes rettigheter i forhold til personvern er ivaretatt.

5 Presentasjon av resultater

Dette kapittelet presenterer studiens funn. Med utgangspunkt i analysen blir informantenes opplevelser tematisert, noe blir gjengitt i form av sitater. Sitatene utdypes fortløpende av meg.

Analysen resulterte i følgende fire kategorier:

- Sensitivitet
- Trygghet
- Sykdomsforståelse
- Refleksjon

5.1 Sensitivitet

På hver sin måte snakket alle sykepleierne om viktigheten av sensitivitet i møte med pasienter med sosial angst. Kategorien handler både om å være sensitiv i forhold til kommunikasjon og det å være sensitiv for hva som er rett nivå for utfordringen i angsteksponering/atferdseksperiment.

I analysen ble kategorien sensitivitet delt inn to sub-grupper: 1. sensitivitet i kommunikasjonen og 2. å balansere angstutfordringene.

5.1.1 Sensitivitet i kommunikasjonen

Sensitivitet omtales av flere som en nødvendighet for å komme i posisjon for å hjelpe pasienter med sosial angst. Trygve sier om det å være varsom:

> Jeg opplever disse pasientene som svært sårbare. Det er derfor svært viktig å være veldig oppmerksom på ting som kan være vanskelige og også være veldig nøye med hvordan du selv uttrykker deg. Det er lett å komme skjevt ut og alliansen er svært skjør hos disse pasientene, så varsomhet er et gjennomgående tema.

I dette sitatet belyses viktigheten av å være oppmerksom på pasientens problemer, og hvordan vi som hjelpere uttrykker oss. I tillegg belyses viktigheten av å være klar over at alliansen med denne pasientgruppa kan være svært skjør og at varsomhet er en god

rettesnor gjennom behandlingen. Neste sitat illustrerer hva Odd opplever som en ivaretakende kommunikasjonsform i forhold til det å være i allianse med en pasient med sosial angst:

> Jeg opplever det som mer dynamisk og sensitivt å «prate vanlig» enn å følge en mer strengt kognitiv tilnærming hvor man benytter ulike skjemaer i samtalene. Når jeg sier «prate vanlig» er det klart jeg har mange kunnskaper i bunn, men pasientene oppfatter det mer som en vanlig samtale. Har hørt mange pasienter si at det er bedre også. Så selv om jeg har en kognitiv sekvens på dette, oppfatter pasientene det som en vanlig prat. Det å «prate vanlig». Opplever at denne samtaleformen er mer personlig og ikke så formell, og bra for alliansen med pasienten.

Odd forteller i dette sitatet at han erfarer at det å «prate vanlig» med pasientene er det som fungerer best, og at det gjør noe med alliansen de oppnår. Han understreker at han nyttiggjør seg de kunnskapene han har i bunn i disse samtalene, og han opplever at samtalen blir mer dynamisk og sensitiv. Han får tilbakemeldinger på at også pasientene liker dette bedre.

5.1.2 Å balansere angstutfordringene.

Informantene snakket om viktigheten av å være sensitiv i forhold til hva som er rett nivå for angstutfordringen til pasientene, utfordringene skal skape angst, men ikke så mye angst at pasienten forlater de angstskapende situasjonene. Marit fortalte om sine erfaringer som kursholder fra atferdseksperimenter. Et atferdseksperiment er et eksperimentet, som har som mål å sjekke ut pasientens dysfunksjonelle skjema og hvor man forsøker å få erstattet disse med mer fungerende antakelser (Berge and Repål, 2008). I denne sammenheng var eksperimentet et rollespill på behandlers kontor, der pasienten utsatte seg for noe av det hun/han fryktet. Marit sa:

> Vi identifiserte hvilke situasjoner som utløste angst hos pasienten gjennom en nøye kartlegging. Vi observerte og vurderte pasientens tåleevne i forhold til angstutfordringen og bisto pasienten med å finne rett nivå for utfordringen i adferds eksperimentet. Det var jo et viktig moment at det skulle utløse angst. Pasienten skulle få utløst angst med å sette i gang med dette eller tenke på det, men ikke så mye angst at de forlot atferdseksperimentet. Det var litt av poenget. De skulle erfare angst og så skulle de «stå han av» gjennom situasjonen til angsten avtok. De skulle bli værende så lenge i situasjonen at angsten faktisk avtok.

Her belyser Marit viktigheten av å være sensitiv for pasientens tålegrense i forhold til angst, og at utfordringene ble på et slikt nivå at pasienten kunne tåle og stå i angsten helt til den avtok i styrke.

Informantene snakket også om at det å komme frem til et hensiktsmessig angstnivå for eksponeringen, medfører at pasientene opplever mestring og dette innvirker positivt på alliansen med pasienten. Marit forteller hvordan det å finne et passende nivå for angstutfordringen innvirker på hennes mulighet til å støtte pasientene til å stå i, og mestre, de angstfylte situasjonene i atferdseksperimentene. Og at det er nettopp det «å stå i situasjonen» som pasientene sjelden klarer i det virkelige liv. Marit sier om dette:

> Vår rolle i atferdseksperimentene var å oppmuntre pasientene til å «stå i det» og bli værende i eksperimentet til angsten begynte å gi seg. Det var viktig at pasientene greide å bli i rollespillet, slik at de opplevde at de mestret situasjonen. Det er det som er hovedutfordringen til disse pasientene, i det virkelige liv er omstendighetene slik at de sjelden greier å bli værende i de angstfylte situasjonene.

Sitatet illustrerer godt at følelsen av mestring hos pasientene kommer som en følge av at pasientene evner å stå i de angstfylte situasjonene og oppleve at angsten gradvis avtar. Hovedutfordringen for disse pasientene er at omstendighetene i det virkelige liv sjelden er slik at de greier å bli i de angstfylte situasjonene. Trygve var også opptatt av dynamikken mellom å utfordre - stå i det og ikke gå for fort frem. Han fortalte:

> Sosial angst kan være veldig hemmende, så jeg tenker at folk ønsker å bli utfordret, men det å bli utfordret passelig og på rett måte er veldig viktig og selve vanskeligheten. Jeg tror folk blir misfornøyde hvis jeg bare går med dem, for de ønsker å bli utfordret og de har behov for å erfare at de greier å stå i situasjonene.

I sitatet poengterer Trygve at selve vanskeligheten er å utfordre pasientene passelig og på rett måte. Han sier at sosial angst er veldig hemmende, og at han opplever at pasientene derfor ønsker å bli utfordret og han ser at de har behov for å mestre de angstfylte situasjonene.

Kort oppsummert snakket informantene om at pasientene med sosial angst har behov for behandlere som evner sensitivitet i møte med dem, på bakgrunn av lidelsens uttrykk og symptomer, og flere mente at sensitivitet legger et godt grunnlag for alliansen. Her er

«i møte med dem» mer i forståelsen av i omgang med pasientene og ikke i et enkelt møte.

5.2 Trygghet

Trygghet var et begrep som informantene definerte som grunnleggende for å komme i posisjon til å behandle pasienter med sosial angst. De redegjorde for at det omhandlet trygghet på seg selv i rollen som behandler. Ved å ha trygghet på egen kompetanse opplevde de det også som lettere «å strekke seg» og flere opplevde det også som lettere å vise tålmodighet. De oppga at både det «å strekke seg» og å vise tålmodighet skaper trygghet hos pasientene.

Informantene snakker om at det å være trygg i rollen som behandler danner grunnlaget for behandlingen. De snakket på forskjellig vis om at pasientene profitterer på at de strekker seg litt lengre og flere av informantene snakket om viktigheten av vise tålmodighet da pasienter med sosial angst har behov for tid for å etablere en trygg relasjon.

I analyse ble kategorien trygghet delt inn tre sub-grupper; 1. å være trygg og 2. å strekke seg og 3. å være tålmodig.

5.2.1 Å være trygg

Å være trygg i rollen som behandler er noe informantene snakket om som svært viktig. De uttrykker at det å være trygg i rollen bidrar til å skape et trygt grunnlag slik at pasientene tør utfordre sine grenser. Marit fortalte:

> Som behandlere for atferdseksperimentene så vi at det var viktig at vi var trygge i rollen, at vi var medmenneskelig og viste at det ikke var så farlig å dumme seg ut eller gjøre feil underveis. Det var en holdning vi som behandlere hadde veldig klart og tydelig formulert og som vi forsøkte å vektlegge og formidle til kursdeltakerne så godt vi kunne. Mennesker gjør små tabber og flauser hele tiden og ingen dør av det, og vi blir heller ikke forkastet som mennesker på grunn av det.

I sitatet beskriver Marit at de som behandlere opplevde at deres trygghet og holdninger var viktige i forhold til å være gode rollemodeller, og at dette var med på å skape et trygt grunnlag for angsttreningen for pasientene. Odd snakket om viktigheten av å være trygg på seg selv, ha erfaring og kunne bruke denne i behandling av pasientene. Han sa:

> Og det med å møte meg som hun kanskje så på som en farsfigur som var her trygg og stødig. At det også kunne virke. Ellers så tenker jeg at det er viktig at disse pasientene opplever at den som er behandler har erfaring og sitter litt stødig og slik kan bidra til at pasienten kan føle seg trygg her. Hun torde å fortelle om vanskene og jeg så jo at hun var svett når hun kom.

I sitatet fremgår det at Odd opplevde at hans trygghet bidro til at pasienten fikk tillit og åpnet seg til tross for tydelige symptomer på ubehag da hun kom.

5.2.2 Å strekke seg

Informantene snakket om at pasienter med sosial angst profitterer på at behandler i ulike sammenhenger strekker seg litt lengre enn det som er vanlig i behandlingssammenheng, og at dette bidrar til at pasientene føler seg tryggere. Trygve snakket i denne sammenheng om at han strakk seg som en del av det å få pasienten til å møte til behandling. Han sa om dette:

> Jeg vet jo at jeg har strekt meg svært langt med disse pasientene. Fordi det blant annet har vært en utfordring for dem å komme hit. Jeg har forsøkt å gjøre det trygt nok. Noen ganger har jeg dratt hjem til dem før de har kommet til meg. Jeg tenker at det å strekke seg er produktivt og virksomt, det er en grense et sted, men ofte tenker jeg at de gangene man kan «strekke seg» eller er oppfinnsom i forhold til å nå frem til disse pasientene på tross av en del praktiske hindringer, så tenker jeg det er bra.

Sitatet illustrerer at Trygve opplever at det å gjøre noe ekstra for pasienten er virksomt og gir resultater, og det kan bidra til å hjelpe pasientene til å møte til behandling. Marit snakker om det å være litt ekstra kreative ved gjennomføringen av atferdseksperimentene og slik legge til rett for at pasientene skulle få eksponert seg for det som var vanskelig. Hun fortalte:

> Vi var ganske kreative innimellom. Det å spise i påsyn av andre er også noe som kan være ganske vanskelige for pasienter med sosial angst. Jeg husker vi hadde et atferdseksperiment. Vi laget suppe på kontoret, ja rollespillet var å lage et lite

> selskap der man skulle spiste suppe i lag. Og suppe er vel noe av det verste hvis man er redd for å skjelve på hånden og at andre skal se det.

Sitatet overfor illustrer en annen måte som behandlerne strakk seg på i behandlingen av pasientene med sosial angst. Marit fortale at de innimellom var ganske så kreative slik at pasientene fikk øvet på noe av det som var mest utfordrede.

5.2.3 Å være tålmodig

Flere av informantene fortalte at de bruker tid på å etablere kontakt med pasientene. De opplever at pasienter med sosial angst trenger tid til å etablere kontakt, til å åpne seg og fortelle om problemene. De fortalte at pasientene ofte har forsøkt å holde problemene skjult både for familie og venner i lang tid. I tillegg snakket flere av informantene om at å ta tiden til hjelp gjør pasientene tryggere underveis i behandlingen. Odd referer til en behandling av en pasient som illustrerer hvordan dette med tålmodighet, relasjon og det å åpne seg henger sammen. Han beskrev:

> Og det gikk ganske lang tid før pasienten fortalte hvordan det begynte og hva som plaget henne, hadde hatt sosial angst i mange år. Men hun hadde ikke fortalt det til noen i hele verden og hun var livredd for å fortelle om det. Hun trengte tid, gikk hos meg i mange timer. Hun ble så mye bedre etter hvert. Uten at jeg hadde noen strategier på det foruten det her med relasjon, og det her med å snakke og åpenheten, og det at hun også klarte å få mer åpenhet blant sine nærmeste. Hun fikk seg en kjæreste og det var mye i forhold til det også. Tror vi hadde en ganske god og åpen relasjon da.

Sitatet illustrerer at det kan ta tid å etablere tillit for pasienter med sosial angst. Pasienten i sitatet har slitt med hemmeligholdelse av lidelse og er meget bekymret for å snakke om problemene. Tid, en god relasjon, åpenhet om vanskene og det at pasienten også klarte å få åpenhet blant sine nærmeste gjorde pasienten mye bedre. Trygve redegjorde for hvorfor det å bruke tid på å opparbeide en god arbeidsallianse er ekstra viktig hos pasienter med sosial angst, og at han opplever at tid er blant behandlingens virksomme faktorer. Han fortalte:

> Jeg opplever at noen av disse virksomme faktorene i behandlingen er å gi pasienten med sosial angst tid. Generelt tenker jeg det er viktig å arbeide en stund med å få en god arbeidsallianse og få opparbeide et tillitsfullt forhold til pasienten. I disse sakene er det enda viktigere da det er mer satt på spissen fordi pasientene kommer for å få hjelp til noe, så er det en motstand, en angst inne i

> det. De skal gjøre de tingene de på et plan vet de må gjøre, men som de ikke greier å gjennomføre nettopp på grunn av angsten.

I sitatet forteller Trygve at han opplever at det er spesielt viktig å bruke tid på å få en god arbeidsallianse og opparbeide et tillitsfullt forhold til pasienter med sosial angst. Pasientene ønsker hjelp samtidig som de har en mostand mot å utfordres på angsten sin, og dette gjør den gode relasjonen til hjelperen spesielt viktig.

Kort oppsummert snakket informantene om at pasientene med sosial angst har behov for trygge behandlere som strekker seg litt lengre og flere av informantene snakket om at behandlerne trenger tid for å etablere en tillitsfull relasjon med disse pasientene.

5.3 Sykdomsforståelse

Denne kategorien omhandler hvilke kunnskaper sykepleierne opplever som viktig å ha i møte med pasienter med diagnosen sosial angst. Samtlige av informantene mente det var viktig å ha både gode teoretisk kunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Teoretiske kunnskaper er i denne sammenheng kunnskaper om diagnosen sosial angst, symptomene og behandling av lidelsen. Den erfaringsbaserte kunnskapen er utviklet gjennom erfaring og refleksjon i praksis. Informantene mente dette var viktige kunnskaper både i forhold til å forstå pasienten og for behandlingen. Funn viste også at informantene var opptatt av pasientens historie for å få en større forståelse av pasientene og utfordringene. Kategorien innbefatter også tre ulike perspektiver på behandling av pasienter med sosial angst, det kliniske perspektivet, forsknings- og metodeperspektiv og et integrert perspektiv. Informantene snakket om at de opplevde at sosial angst ofte var en del av et større bilde og at deres erfaringer også kom fra pasienter med samtidig forekomst av flere lidelser. I disse tilfellene erfarte ingen av informantene at de oppnådde raske resultater i behandlingen. Informantene fortalte om ulike situasjoner hvor de har bruk for og anvender sine kunnskaper.

I analysen fikk denne kategorien to sub-grupper; 1. Å anvende og være i besittelse av teoretisk og erfaringsbasert kunnskap og 2. behandlingsmetoder.

5.3.1 Teoretisk og erfaringsbasert kunnskap

Å ha gode teoretiske og erfaringsbaserte kunnskaper hjelper informantene å forstå pasienten og de opplever at de blir bedre i stand til å behandle pasientene. I det følgende sitat snakker Odd om at det var måten han møtte pasienten på som førte til bedring hos pasienten. Han fortalte fra behandlingen:

> Jeg erfarte at de virksomme faktorene var pasientens opplevelse av å bli forstått, møtt og bekreftet på de vanskelige tankene. Jeg brukte tid på å fortelle pasienten om angst, brukte tavla, tegnet opp og pasienten brukte også penna og tegnet å forklarte hvordan det egentlig var. Pasientene må oppleve at det er lov å snakke om de her vanskelige tingene og at det er aksept for det. Uansett hvor dumt og ulogisk dem opplever at det er, så må man vise at man tåler å høre hvor «tullete» dem føler seg og akseptere det.

Dette sitatet viser hvor viktig det er å anvende kunnskapen i møte med pasientene. Odd erfarte at pasienten ble bedre og opplevde at de virksomme faktorene var at pasienten følte seg forstått, møtt og bekreftet på de vanskelige tankene.

Et annet sitat illustrerer også viktigheten av å anvende kunnskapen i behandlingen. Trygve fortalte at han så det som viktig at pasientene opplevde seg forstått og ivaretatt. Han sa om dette:

> Jeg opplever at sosial angst er vanskelig for pasientene å ta opp i privatlivet eller snakke om med partnere eller venner fordi de ofte får altfor mange råd av rasjonell karakter. Litt sånn snusfornuftige råd. Så det å vise en forståelse for at dette er et reelt problem, dette er vanskelig og det er nødvendig å søke behandling. Kompisene sier gjerne hvorfor kan du ikke bare gjør det? Det er den store forskjellen i forhold til kompisene.

Sitatet illustrerer hvordan kunnskaper om angst gjør behandleren i stand til å møte pasienten på en god måte.

5.3.2 Behandlingsmetoder

Informantene benyttet ulike behandlingsmetoder, to delte erfaringer fra individuell terapi, mens en fortale fra gruppeterapi. Flere snakket om at det var viktig at metodene var godkjente behandlingsmetoder. Informanten som jobbet ut fra et klinisk perspektiv benyttet samtale og eksponering. Han opplevde behandlingen av pasienter med sosial angst som et noe utfordrende terapiarbeid, men at tålmodig jobbing og å utfordre pasientene også hadde gitt gode resultater. Informanten som jobbet ut fra et metodisk

perspektiv jobbet ut fra den kognitive modellen til Clark og Wells. Hun delte erfaringer fra gruppeterapi. Informanten med et integrert perspektiv, benyttet en mer fleksibel form for kognitiv atferdsterapi, basert på modellen til Heimberg eller tilsvarende. Begge med kognitive tilnærminger fortalte om pasienter som gjorde fremskritt og de fortalte også om pasienter som hadde aha opplevelser i løpet av terapien. Informantene jobbet også med psykoedukasjon med pasientene og de benyttet den sokratiske spørreform med åpne spørsmål.

Informantene med en kognitiv tilnærming opplevde at de kognitive modellene var virksomme «verktøy» i behandlingen av pasientene. Når Marit jobbet med bevisstgjøring i forhold til trygghetsstrategier med pasientene var det etter modellen til Clark og Wells. Hun fortalte:

> Det er ufattelig mye som kan være slike trygghetssøkende strategier. Vi hadde derfor ganske mye fokus på at pasientene skulle prøve å gi slipp på disse i rollespillene. En typisk trygghetssøkende strategi var å ikke ha blikk kontakt. Pasienten med sosial fobi vil vike blikket sitt, ut fra forestillingen om at de andre ser på deg og synes du er dum, teit og lignende. De lar være å se for de orker ikke tanken på å se denne forakten og dermed mister de muligheten til å se at det ikke stemmer. Når pasientene ble bevisst sine trygghetssøkende strategier ble det nærmest sånne aha opplevelser for dem.

Sitatet viser at behandlerne hadde ganske stort fokus på hva bruk av trygghetssøkende strategier kan føre til, og når pasientene ble oppmerksomme på dette ble det nærmest aha opplevelser for pasientene. Marit sier at trygghetsstrategier kan være så mye, og at det er viktig at pasientene får prøvd ut egne strategier, slik at de får erfare at strategiene ikke stemmer. Videre fortalte hun at hun underviste pasientene i gruppa om sosial angst og fokus. Hun sa:

> Jeg brukte en enkel modell for å illustrere dette med fokus for pasientene. Tegnet et triangel med oppgaven i det øverste hjørnet, dem selv og de andre nede på hver sin side. Pasientene mister for en stor del av syne det de faktisk skal gjøre, det som var hensikten med situasjonen. Fokuset blir værende på dem selv og de andre. Så det å bevisstgjøre og jobbe spesifikt med det å få dem til å ha fokuset på oppgaven, samt å tone ned selvfokuseringen og fokuset på de andre var viktig. Pasientene merket også stor forskjell når de begynte å rette fokuset utover.

Dette sitatet illustrerer hvor viktig det er å ha kunnskaper om lidelsen og anvende denne kunnskapen i behandlingen. Marit fortale at hun gjennom en enkel modell illustrerte dette med fokus for pasientene, slik at pasientene ble bevisst at de vanligvis har mye fokus på seg selv og de andre, og for lite på oppgaven. Pasientene opplevde det som svært virksomt når de begynte å rette fokus utover.

Trygve fortalte om utfordringer i eksponeringsbehandlingene når pasientene har forventning om kortvarig og effektiv behandling. Trygve sa om dette:

> Ofte er det en forventing fra pasientene om at du skal ta grep og at behandlingen skal virke fort eller at du skal gi pasienten en type rask «reparasjon». Pasienten ønsker kanskje at du skal åpne en vei de kan gå. Når du ikke kan det, oppstår skuffelsen og det må ofte håndteres underveis i et løp. Det kan vende seg som en devaluering i behandlingen, det har jeg opplevd.

Sitatet overfor viser hvordan pasientens forventinger om en effektiv kortvarig behandling kan føre til en devaluering av behandlingen når dette ikke kan innfris, og at dette da må tematiseres underveis i behandlingsforløpet.

Kort oppsummert snakket informantene om viktigheten av å anvende teoretisk og erfaringsbasert kunnskap, og ulike behandlingsmetoder i møte med pasientene. Informantene som bygget sine behandlinger på kognitiv atferdsterapi fortalte om fremgang og beskrev også at pasienter hadde aha opplevelser. Informanten med et klinisk perspektiv ga uttrykk for at behandling av pasienter med sosial angst var et noe utfordrende terapiarbeid, men også han opplevde gode resultater.

5.4 Refleksjon

I denne kategorien forteller informantene om hvordan refleksjon bidrar til utvikling av kompetansen og hvordan refleksjon med pasientene kan bidra til aktive prosesser i behandlingen. Under førstnevnte punkt snakket informantene mye om hvordan egen refleksjon og refleksjon med kollegaer kan bidra positivt i pasientbehandlingene, det hjelper behandlerne å se nye perspektiver. Informantene snakket også om at refleksjon med pasientene stimulerer til prosess i pasientsakene.

I analysen fikk overnevnte kategori to sub-grupper; 1. refleksjon bidrar til utvikling av kompetansen hos behandlerne. 2. refleksjon med pasientene bidrar til aktive prosesser i behandlingen.

5.4.1 Refleksjon bidrar til utvikling av kompetansen

For å utvikle seg som behandler og for å ha aktive prosesser under behandling av pasienter opplever informantene at egen refleksjon er et viktig verktøy i arbeidshverdagen. Informantene snakket om ulike måter å bruke refleksjon som verktøy. Odd fortalte at han opplevde at det å skrive notater fra terapitimene stimulere til refleksjon og prosess i pasientbehandlingen. Notatet fra timen tar han med til neste time. Han sa:

> Når jeg sitter og noterer ned får jeg jo ofte aha opplevelser, jeg ser ting, jeg ser poeng som har gått meg hus forbi og som jeg kan bruke til neste terapitime.

Sitatet overfor illustrerer hvordan skriftliggjøring av samtalen fører til bearbeidelse og refleksjon av den muntlige samtalen.

Marit snakket om hvordan hun går frem når hun møter utfordringer i utførelsen av atferdseksperimentene. Hun fortalte:

> Når jeg møter på utfordringer må jeg jo bare brette opp armene og prøve å tilegne meg ny kunnskap. Jeg reflekterer, leser teori og går gjennom situasjonen på nytt.

I sitatet går det frem at Marit forholder seg aktivt til å tilegne seg ny kunnskap når hun møter utfordringer.

Informantene opplever at refleksjon sammen med kollegaer er viktig, de fortalte at det oppleves som lærerikt og at det kan føre til nye forståelser i pasientsaker som gjør at de kommer videre i behandlingene. Det er ifølge informantene viktig å drøfte både pasientsaker hvor det er gode prosesser og saker hvor det er mindre fremgang, for å dele de gode erfaringer og for å få hjelp når de står fast. Informantene opplever at refleksjon i lag med kollegaer gjør at de utvikler seg som behandlere. De har ulike arenaer hvor de har mulighet til å ta opp egne pasientsaker og få innspill fra kollegaer. Informantene fortalte fra ulike settinger hvor de regelmessig var samlet for veiledning.

I sitatet som følger fortalte Trygve at han får mer utbytte av kollegaveiledningen når den er organisert slik at de får en grundig gjennomgang av hver pasientsak. Han fortalte:

> Vi får et mer rikt innblikk på den ene aktuelle pasientsituasjonen. Jeg mener at jo dypere man kan gå i et spesielt tilfelle for å få hjelp, jo bedre blir det. Da kan de andre høre mer utfyllende hva man strever med. Kollegaene er vant med å analysere situasjoner og kan komme med mange gode innspill på ditt fremlegg. Man kan da oppdage blinde flekker, spor man ikke har tatt og ting man ikke har spurt om.

Sitatet forteller at Trygve erfarer at veiledning med kollegaene medvirker til at han får utviklet seg som behandler. Han poengterer at jo mer utfyllende informasjon kollegaene får om den aktuelle pasientsaken, jo bedre rustet blir de til å komme med innspill. Han opplever at kollegaene har erfaring i å analysere situasjoner og kan komme med mange gode innspill på hans innlegg.

Informantene snakket om at veiledninger som var mer drøftende ga dem større utbytte. De snakket om at refleksjonen bidro til utvikling av egen kompetanse ved at de lærte av hverandre. Trygve formulerte seg slik om det å ha mer drøftende form på kollegaveiledning:

Jeg opplever at hvis man greier å etablere en dialog om pasientsaken eller en mer diskuterende form på kollegaveiledningen, er dette det meste positive. For det gir bedre læring, og er lettere å bruke. Det er også lettere å gjøre til sitt.

I sitatet skildrer godt hvorfor Trygve får mer ut av drøftende veiledninger. Marit fortalte at hun opplevde kollega veiledning som viktig, men ikke bare når man føler man står fast i en behandling. Hun forklarte:

Vi har jo ukentlig kollegial veiledning der vi tar opp pasientforløp, både når vi står fast og når det går suverent for den saks skyld. Det er like viktig å dele og reflektere over suksesshistoriene, slik at de gode erfaringene, og hva det var som hjalp, går videre til de andre i kollegiet.

Marit fremholder at det er like viktig å dele suksesshistorier og hva som hjalp med sine kollegaer, som å søke veiledning når man står fast. På denne måten går også de gode erfaringene videre.

5.4.2 Refleksjon bidrar til aktive prosesser i behandlingen.

Informantene snakket om at det å reflektere med pasientene stimulerer til prosess i pasientsakene, da refleksjonen sammen med pasientene kan føre til ny innsikt både hos behandlerne og pasientene. Refleksjonen er en type bevisstgjøring og ny type læring for pasientene ifølge informantene. Følgende sitater illustrerer hvordan behandlers refleksjoner med pasientene kan åpne for nye innsikter hos pasientene. Odd fortale om en pasient som opplevde at det hun fryktet som mest, ikke var så farlig:

> Jeg og pasienten hadde gått gjennom det utallige ganger i terapitimene. Hvordan kom mor til å reagere når pasienten fortale at hun hadde sosial angst. Jeg kartla hva som var det verste. Det viste seg at det var at pasienten begynte å gråte. Vi reflekterte rundt dette. Hvor farlig var det at hun begynte å gråte da? Vi kom frem til at det ikke var farlig i det hele tatt.

Sitatet overfor illustrerer hvordan forståelsen til pasienten endres ved refleksjon over tematikken. Trygve fortalte om noen pasienter hvor forståelse av egen situasjon har vært utfordrende og hvor det ikke har virket som refleksjonen med pasienten hadde hatt noen effekt. Trygve fortalte:

> Hos en del av disse pasientene opplever jeg at det er en slags blokkering, som ser ut til å falle bort eller løse seg opp og pasientene blir i større grad i stand til å utfordre livet eller å tørre å leve. I disse sakene har jeg samtalt, gjerne i flere omganger om de samme temaene, uten at ser ut til å ha brakt pasienten videre i sin forståelse. Lett frem og tilbake i historien. Kommet med forslag, på forslag og til slutt gått tom for forslag. Ingenting ser ut til å noen virkning. Men så skjer det en bevegelse likevel.

I sitatet forteller Trygve at han har opplevd at det virker som om refleksjonen mellom han og pasienten ikke har ført til økt forståelse for pasienten, men når han nesten har gått tom for forslag, opplever han at en slags blokkering løsner hos pasienten og det oppstår en bevegelse. Neste sitat illustrerer hvordan behandlerne forsøkte å modifisere pasientenes problematiske rumineringer i etterkant av atferdseksperiment. Marit sa om dette:

> Vi gikk gjennom situasjonene i rollespillet i lag med pasientene for å forsøke å modifisere problematiske prosesseringer. Tilskuerne ga også tilbakemelding på hva de hadde sett, slik at de som var i eksperimentet hadde mulighet til å få avkreftet sitt negative selvbilde. Rollespillene var planmessig arbeid med forarbeid, selve atferdseksperimentet og etterarbeid.

Sitatet illustrerer at det ble jobbet på flere måter i etterkant av rollespillene. Behandlerne gikk gjennom situasjonene i atferdseksperimentene for å forsøke å modifisere

problematiske prosessesseringer og tilskuerne ga deltakerne tilbakemelding på hva de hadde sett slik at deltakerne skulle ha mulighet til å få avkreftet sitt negative selvbilde.

Kort oppsummert snakket informantene om at egen refleksjon og refleksjon med kollegaer bidrar til utvikling av kompetansen til behandlerne. Refleksjonen kan bidra til at de ser nye perspektiver som igjen kan føre til at de kommer videre i pasientbehandlingene. Informantene snakket også om at refleksjon sammen med pasientene kan føre ny innsikt og andre tolkninger hos både behandler og pasient.

6 Drøfting

I drøftingsdelen skal jeg se nærmere på den kompetansen informantene mine oppgir som viktig under behandling av pasienter med sosial angst. Informantene mine er i tillegg til å være sykepleierutdannet med lang praktisk erfaring, også faglig orienterte metodisk sett, altså benytter de psykoterapeutiske behandlingsmetoder i henhold til nyere tids forskning. En av informantene utøver eksponeringsbehandling (individualterapi) og de to andre kognitiv atferdsterapi (individualterapi og gruppeterapi).

Den generelle omsorgskompetanse vektlegger støtte til hverdagsmestring gjennom støttesamtaler. Tradisjonelt sett har støttesamtaler om sosiale situasjoner vært mye benyttet som del av behandling av sosial angst. Med nyere forskning og kunnskaper har effekten av terapi samtidig med angstaktivering i en sosial situasjon vist gode behandlingsresultater (National Collaborating Centre for Mental et al., 2013). Effekten av kognitive teknikker, hvordan man tolker og mistolker, og bevisst korrigering av mistolking, viser gode behandlingsresultater (Martinsen, 2000).

Informantene mine vektlegger: sensitivitet, trygghet, sykdomsforståelse og refleksjon. Disse funnene drøftes med ankerpunkt i eksponeringsbehandling og kognitiv atferdsterapi, med den hensikt å gi innsyn i hva god behandlingskompetanse oppgis å være for mine informanter.

Forskjellige former for personlig, teoretisk og yrkesspesifikk kompetanse kommer samtidig til uttrykk (Skau, 2011), og er vanskelig å skille fra hverandre i hvert enkelt tilfelle. Dette gjelder ikke minst for den profesjonelle praktiker, som har mange kvaliteter å spille på, jamfør Benner (1995). Den profesjonelle praktiker kan sies å være alle mine tre informanter, noe jeg skal utdype ved å fremheve deres kompetansebruk i behandlingsprosessen. Ettersom profesjonell kompetanse opptrer samtidig, vil kompetansebegrepet romme vidt i den videre gjennomgang. Der spesifikk kompetanse er identifiserbar, fra teori og studier, vil dette belyses gjennom refererring, jamfør Skau (2011) om profesjonell kompetanse.

6.1 Studiens funn Sensitivitet

Studiens første funn var sensitivitet. Sensitivitet i møte med pasient med sosial angst anses som viktig i kommunikasjonen ifølge flere av mine informanter. Samtlige av informantene var opptatt av rett nivå for angsteksponering. En av informantene begrunner betydningen av sensitivitet i kommunikasjon med at pasienter med sosial angst er sårbare. Informanten viser her sin bruk av kompetanse blant annet gjennom utøvelse av forståelse. Forståelse kan ha forgreninger fra teori, praksis og personlig kompetanse. Gadamer (1999, 2003) redegjør for forståelse i sin teori. Informanten har kunnskap om pasienter med sosial angst, som innvirker på det terapeutiske uttrykket i møte med pasienten. Alliansen med pasienter med sosial angst blir av flere av informantene beskrevet som skjør, og sensitivitet i kommunikasjon er virkemiddel for å styrke alliansen. Informantene arbeider i tråd med kunnskapen om at relasjon er en effektiv behandlingskomponent (Berge et al., 2008). Forskningen til Sampaio et al. (2015) viser at relasjonen mellom behandler og pasient er en forutsetning for behandling. Uten denne er ingen metode effektiv (Sampaio et al., 2015). Nyere forskning støtter altså informantene i at alliansen må ivaretas.

Sensitivitet er også nødvendig for å estimere rett nivå for angsteksponering (Raknes, 2008), framkommer det av informantene. En informant forteller om at pasienten skal kjenne på angst, men innenfor pasientens mestringsområde. Informanten illustrerer her bruken av ulike former for kompetanse, teoretisk som skjønnsmessig, i praksis gjennom et atferdseksperiment. Målsetning med et atferdseksperiment er å erstatte pasientens dysfunksjonelle skjema med mer fungerende antakelser (Raknes, 2008). Denne tok form av et rollespill der informanten måtte balansere utfordring opp mot sensitivitet. Dette var nøye gjennomtenkt og planlagt, krevende for behandler i utførsel. Raknes har mer om krav til rollen som behandler i atferdseksperimenter (Raknes, 2008). Her passer det godt å vise til Martinsen (2003) bruk av begrepene technè og phronesis. De viser henholdsvis til praktisk dyktighet (kunsthåndverk) og praktisk klokskap (godt faglig skjønn).

6.2 Studiens funn Trygghet

Studiens neste funn var trygghet. Trygghet ble gitt tre betydninger. Å være trygg i rollen som behandler, å være trygg nok til å strekke seg og til å være tålmodig. Samtlige var opptatt av å være trygg på egen kompetanse og trygg til å stekke seg. Flere var opptatt av å være tålmodig.

Informantene beskriver hvordan de på ulikt sett formidler trygghet i rollen som behandler i møte med pasienter. En av informantene beskriver det som å være medmenneskelig i rollen, og å formidle at det ikke er farlig å dumme seg ut hverken for behandler eller pasient. Informanten viser en ikke dømmende holdning (Berge et al., 2008) som kan knyttes til den virksomme komponenten empati i behandling (Bohart and Greenberg, 1997). Teorikunnskaper om sosial angst, om hvor utrygge disse pasientene er (Skårderud et al., 2010), vekter betydningen av å være trygg som behandler. Derav kan man slutte at informanten er skikket til å behandle pasienter med sosial angst. Ifølge Skau (2011) er det en sammenheng mellom en persons skikkethet og oppgavens karakter. En annen informant vektla sin behandlingserfaring og satte den i sammenheng med trygghet i rollen som behandler. Benner (1995) ser praktisk erfaring som sentral. Den kliniske kompetansebygging som skjer gjennom erfaring kan lede til ekspertkompetanse (Benner, 1995).

Å være trygg i rollen er viktig for å kunne strekke seg. Informantene snakket om at pasienter med sosial angst profitterer på at behandler strekker seg litt lengre enn det som er vanlig i behandlingssammenheng, og at dette bidrar til at pasientene føler seg tryggere. For en av informantene er det å strekke seg et middel for å få pasientene til behandling. Pasienter med sosial angst kan vise unngåelsesatferd ved oppstart av behandling (Martinsen, 2000, Olfson et al., 2000), noe som er det første og avgjørende hinderet for behandling. Informantens kompetanse på området gjorde at tilrettelegging for behandling, eventuelt med hjemmebesøk, var en del av behandlingsopplegget. En annen informant viser seg trygg i rollen ved å strekke seg og gjøre bruk av kreativitet i et atferdseksperiment der pasienten skal eksponeres for sosial angst ved å spise suppe. Raknes (2008) mener behandlere i atferdseksperimenter blant annet bør fungere som regissør, medspiller og inspirator. Informanten viser nettopp kreativitet, i tillegg til å være pragmatisk.

Å være trygg i rollen gir seg utslag i å være tålmodig. Flere av informantene snakket om betydningen av å vise tålmodighet. Ulike behandlingsforløp kan ha ulik varighet, og en avgjørende faktor er den tid det tar før pasienten åpner seg. En av informantene snakket om dette, og knyttet tålmodighet til den tid det tar å etablere relasjon med pasienter med sosial angst. Veien fra hemmeligholdelse til åpenhet går gjennom en tillitsfull relasjon, sier informanten. At informanten er tålmodig og lar relasjonen få utvikle seg gis mye støtte i forskning. God relasjon er en forutsetning for behandling (Sampaio et al., 2015), og gir størst behandlingsutbytte (Berge et al., 2008, Bordin, 1994).

6.3 Studiens funn Sykdomsforståelse

Informantene mine erfarte at sykdomsforståelse er nødvendig kompetanse å inneha. De implementerte teoretisk og erfaringsbasert kunnskap i behandlingen, og var opptatt av behandlingsmetodikk.

En av informantene fortalte fra behandlingen der tavle ble brukt for å lære pasienten om angst. Informanten jobber her med psykoedukasjon av pasienten, som igjen fører til at pasienten blir aktiv, og viser med pennen hvordan det egentlig er. Behandlingsrelasjonen framstår trygg og samhandlende, informanten deler sin sykdomsforståelse med pasient, og pasient våger å formidle sitt førstepersonsperspektiv. Kjernen ved alliansen er i hvilken grad pasienten og behandleren er involvert i et samarbeidende og målrettet arbeid (Hatcher et al., 2006, Berge et al., 2008). Eksemplet med psykoedukasjon og førstepersonperspektivet illustrerer hvordan informant og pasient samarbeider i behandlingen. Hvis vi ser til den kvalitative studien utført av Linnerud and Karlsson (2009), fra gruppeterapi, så opplyste deltakerne at det var nyttig å få kunnskaper om angst. I Heimberg modellen anbefales det at pasienten gis psykoedukasjon av behandler om den generelle betydning tanker, følelser og handlinger har og hvordan de innvirker på hverandre (Hope et al., 2010).

En annen informant utdyper hvordan sykdomsforståelse har betydning for hvordan han møter pasienter med sosial angst. Han forteller at pasienter ofte blir møtt med snusfornuftige råd utenom terapien, og kan du ikke bare gjøre det og det. Behandlere har imidlertid kunnskaper som tilsier at det ikke er så lett. Sosial angst fører ofte til

arbeidsuførhet og omfattende reduksjon i livskvalitet (Borge and Hoffart, 2008). Sosiale situasjoner unngås av pasientene, i mer ekstreme tilfeller ender de opp i nesten fullstendig isolasjon (Statens and World Health, 1999). Unngåelsesatferd og isolasjonstendens er alvorlig, og må tas på alvor. Informanten understreker betydningen av å vise forståelse for at sosial angst er et reelt problem som det er nødvendig å søke behandling for.

Funnet sykdomsforståelse omhandlet teori, erfaring og metode. Jeg vil her se nærmere på informantenes behandlingsmetoder. Flere av informantene snakket om at det var viktig at behandlingen bygget på godkjente behandlingsmetoder. En informant hadde eksponeringsbehandling som psykoterapeutisk metode. Denne ble gitt som individualterapi. De to andre jobbet med kognitiv atferdsterapi, en med gruppeterapi og en med individualterapi. Det er verd å merke seg at disse behandlingsmetodene på forskjellig vis kan gi pasienten angsteksponering. En i det virkelige liv, men da med behandleren i ryggen, en i gruppe med atferdseksperimenter utført som rollespill, og en gjennom rollespill på kontor, i tillegg til i det virkelige liv med behandler i ryggen. En betydelig dokumentasjon tilsier at å eksponere seg for de situasjoner eller gjenstander som man frykter, er en nødvendig komponent i en effektiv behandling av fobiske lidelser (Martinsen, 2000). Kognitiv terapi i kombinasjon med eksponering trekkes frem som den mest effektive behandlingen for sosial angst (Martinsen, 2000, National Collaborating Centre for Mental et al., 2013).

En av informantene snakker om å bevisstgjøre pasientene på bruken av trygghetssøkende strategier. I følge Clark and Wells (1995) er omfattende bruk av trygghetsstrategier med på å opprettholde en sosial angstlidelse, sammen med antakelser om seg selv som sosialt objekt, misledende bruk av intern informasjon, forventingsangst og negativ etterbearbeiding, samt forsterket selvfokusert oppmerksomhet. Informanten trakk også fram sistnevnte, altså selvfokus, med eksempel fra behandlingen. Gjennom en enkel modell illustrerte hun dette med fokus for pasientene, slik at pasientene ble oppmerksom på at de hadde fokuset på seg selv og de andre, og lite fokus på oppgaven som skulle løses. De hadde en øvelse som gikk på bevisst flytting av fokus. Informanten benytter her elementer av modellen til Clark and Wells (1995) til å innlemme pasientene i kunnskaper hun har.

Et annet aspekt ved bruken av behandlingsmetode, er at selv med anerkjente metoder, så tar behandling den tiden det tar. Som tidligere nevnt under drøfting av funnet tålmodighet, kan tid være en vesentlig faktor for etablering av trygg relasjon. Således er også tid en faktor ved behandling. En informant forteller om pasienter som er utålmodige og vil bli raskt behandlet. Det kan komme skuffelser fordi pasientene forventer raske resultater, og skuffelsen må da håndteres underveis. Som erfaren behandler vet informanten at behandlingen kan ta tid, at det er individuelt, og dette gjelder også ved utøvelse av anbefalte behandlingsmetoder. At pasientene til informanten fokuserer på tid og vil bli raskt helbredet, er forståelig. Winther (2010) som representerer erfaringsperspektivet og som selv har opplevd stor bedring, beskriver som virksomt at behandlerne ikke ga seg og fokuserte på å hjelpe. Noe som kan indikere at de brukte tid på henne.

6.4 Studiens funn Refleksjon

At refleksjon utvikler kompetansen, er nok et funn fra studien. Informantene opplevde at egen refleksjon og refleksjon med kolleger bidrar til kompetanseutvikling. Refleksjon mellom informant og pasient bidrar til aktive prosesser i behandlingen.

Schön (1991) ser refleksjon som et kjennetegn ved den profesjonelle praktikers yrkesutøvelse. Han skiller mellom tre ulike nivåer, å vite i handling, å reflektere i handling og å reflektere over refleksjonen i handlingen (Kristoffersen, 1996b, Schön, 1991).

En av informantene skriver notater fra behandlingene. Gjennom systematiseringen av tanker til nedskrevne ord skjer det noe, han får aha-opplevelser og ser ting. Notatet tar han så med til neste time med pasienten. Sånn gis informantens refleksjon i handling betydning for innhold i neste behandlingstime. Her passer det godt å trekke inn det det tredje nivået på refleksjon, nemlig å reflektere over refleksjonen. Å reflektere over refleksjonen i handlingen betyr at man vender tilbake til tidligere erfaringer og utfordrer sin egen refleksjon i handling. Ved at sykepleieren reflekterer i etterkant av situasjonen, vil en få bekreftet den forståelsen man hadde mens man handlet, eller man vil få en nyansert og endret forståelse og se andre løsninger og handlingsalternativer. Slik vil en

refleksjon i ettertid gi muligheter for nye handlinger i fremtidige situasjoner. Denne type refleksjon er en viktig side ved utvikling av sykepleiernes kliniske kompetanse (Kristoffersen, 1996b, Schön, 1991).

En annen informant viser en profesjonell gå-på holdning når hun utfordres i forbindelse med utførsel av atferdseksperimenter. Hun sier det så godt at jeg siterer utsagnet. «Når jeg møter på utfordringer må jeg jo bare brette opp armene og prøve og tilegne meg ny kunnskap. Jeg reflekterer, leser teori og går gjennom situasjonen på nytt». Også denne informanten reflekterer over egen refleksjon, jamfør Kristoffersen (1996b) og Schön (1991). Dette kan føre til ny kunnskap og utvikling av kompetanse. Refleksjon kan også foregå sammen med kolleger. Ved å få tilgang til alles refleksjoner, kan nytenkning og nye perspektiver legges til, eller erstatte, eksisterende forståelse. Informantene beskriver refleksjon sammen med kollegaer som lærerikt, og at det kan føre til nye forståelser i pasientsaker som gjør at de kommer videre i behandlingene. Det var ifølge informantene viktig å dele gode erfaringer og få hjelp når de stod fast. Betydningen av kommunikasjon som kompetanseutvikler viser seg her, da det leder til refleksjon. Kommunikativ kompetanse kan ifølge Skau (2011), deles inn i samme tre dimensjoner tilsvarende inndelingen i modellen samlet profesjonell kompetanse. Det vil si at en samlet kommunikativ kompetanse modell også består av; personlig kompetanse, teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter (Skau, 2011).

Informantene opplever at refleksjon med pasientene stimulerer til å være i prosess, ettersom det å reflektere sammen med pasientene kan føre til ny innsikt hos både behandlerne og pasientene. En informant forteller fra behandling med en pasient som grudde seg til å fortelle sin mor at hun hadde sosial angst. Etter noe felles refleksjon rundt det verste som kunne skje, kom landet pasienten på at det ikke var så farlig. Sekvensen illustrerer hvordan forståelsen til pasienten endres ved refleksjon over tematikken sammen med min informant, og pasienten får ny innsikt. Dette eksempelet illustrerer hvordan helbredelse kan skje i behandling. En bevegelse, en endring, på vei mot større frihet fra sosial angst. Å møte pasienter empatisk er ifølge Bohart and Greenberg (1997) sentralt i all virksom terapi. Hovedsakelig er det pasientens ressurser og evne til selvhelbredelse som fører til et godt resultat i terapi, empati kan bidra til å gi pasienten tilgang til disse (Bohart and Tallman, 1999, 1997).

6.5 Siste del av drøfting

I siste del av drøftingen av funn fra studien, vil jeg kort si noe om innledningen i drøftingen og litt mer om funnene. Innledningsvis i drøftingen trekker jeg inn den generelle omsorgskompetanse, som tradisjonelt er mye brukt i behandling av pasienter med sosial angst. I den britiske retningslinjen NICE poengteres det eksplisitt at tiltak basert på støtteterapi ikke er anbefalt behandling ved sosial angst (National Collaborating Centre for Mental et al., 2013). Med denne bakgrunn, gikk jeg inn i studien av tre sykepleiere som jobber med eksponeringsbehandling og kognitiv atferdsterapi, om hva de opplever som viktig kompetanse i behandlingen av pasienter med diagnosen sosial angst. Gjennom deres beskrivelser og studiens funn, har jeg ønsket å gi et kvalitativt bilde på hvordan deres behandling påvirkes av ulike former for kompetansebruk.

Som tidligere nevnt har kompetanse mange navn, og det kan bli i overkant spekulativt å trekke fram en og en form for kompetanse fra behandling og si at det er denne som er i bruk. Derfor vil jeg understreke, at der jeg har navngitt kompetanse, da enten som personlig, teoretisk eller yrkesspesifikk kompetanse, og knyttet de til behandling, så utelukker det ikke at andre former for kompetanse også er i bruk. Kompetansen utgjør et hele, en vev, som uløselig knyttes sammen. Den hermeneutiske sirkel beskriver ifølge (Gadamer, 2003) hvordan man arbeider med å utvide sin forforståelse ved at man kontinuerlig arbeider med å forstå helheten ut fra delene og delene ut fra helheten som forståelsens sirkel, hvor man hele tiden beveger seg fra helhet til del og tilbake til helheten for å utvide sin forståelse. Det er en egnet beskrivelse også av studien min, slik jeg ser den nå, i etterkant av utførelsen. Med utgangspunkt i dette, vil funnene sensitivitet, trygghet, sykdomsforståelse og refleksjon både utgjøre delene og helheten av studien min. Samlet sett utgjør de en helhet, som jeg vil benevne som høy kompetanse.

Den kompetansen behandler innehar står pasienten i et virkningsforhold til. Hvem vil vi la den andre være i møte med oss? Personlig kompetanse handler om hvem vi er som person, både for oss selv og i samspillet med andre (Skau, 2011). Det handler derfor også om hvem vi lar den andre være i møter med oss og hva vi har å tilby på et mellommenneskelig plan. Den personlige kompetansen er en unik kombinasjon av

menneskelige kvaliteter, egenskaper og ferdigheter, som vi tilpasser og anvender i profesjonelle sammenhenger (Skau, 2011). Kort oppsummert vil jeg si at mine informanter, med deres utøvelse av høy profesjonalitet vist gjennom funnene, lar den andre være en pasient som behandles med virkemidler som gis støtte i forskning.

6.6 Styrker og begrensninger ved studien

Det er en styrke ved studien at den kan være med å belyse en tematikk og et perspektiv i et kunnskapsfelt der det foreligger lite kunnskap fra tidligere forskning. Således kan den bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for sykepleiere. Studien har også sin styrke som kvalitative studie der den kan generere nye problemstillinger, og slik være utgangspunktet for nye studier, som kan utprøves for å øke kunnskapstilfanget ytterligere.

Min studie har tre informanter og vil på grunn av dette ikke være generaliserbar på en slik måte at man kan slutte resultater fra denne til større grupperinger. Studien kan likevel ha en overføringsverdi ved at sykepleierne kjenne seg igjen i informantenes erfaringer.

Min dobbeltrolle som psykiatrisk sykepleier og forsker i eget felt kan være både en styrke og en begrensning. En fordel er at jeg har kunnskaper om faget, om pasientgruppen og hva som er utfordrende i forhold til behandling. Begrensningene kan være at jeg ikke blir fortalt eller stiller spørsmål om forhold som synes selvsagte. På denne måten kan dette overses.

Det er rimelig å anta at en annen forsker kunne gjennomføre den samme studien ved å følge de beskrivelser som jeg har skissert. Men dette er ikke det samme som at hun/han hadde kommet til de samme konklusjonene. Dette er blant annet på grunn av at informanter kontinuerlig tilegner seg nye holdninger, erfaringer, nye kunnskaper og dette påvirker informantenes oppfattelse av spørsmålene i intervjuguiden.

Når det gjelder intervjuene kan det være en begrensing at disse ble gjennomført på kortere tid enn jeg hadde ønsket. Det er mulig at jeg på grunn av dette fikk mindre tid til

forberedelse, ettertanke og refleksjon, selv om jeg opplevde denne uken som tidligere beskrevet med positivt fortegn.

6.7 Refleksjoner og implikasjoner

Norsk sykepleierforbunds tydeliggjør i «Politisk plattform for psykisk helse og rus» sykepleiernes sentrale rolle i behandlingen av personer med psykisk lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2013). Offentlige føringer vektlegger at vi fremover skal ha et faglig fokus i behandling. Resultatene mine viste at informantene benyttet ulike anbefalte psykoterapeutiske metoder i behandlingen av pasienter med sosial angst. Forskning i Norge tyder på at sykepleiere i liten grad benytter psykoterapi i behandlingen av pasienter med en psykisk lidelse. En implikasjon fra denne studien kan være at sykepleiere som skal behandle pasienter med sosial angst vil ha stort utbytte av kurs eller videreutdanning i kognitiv atferdsterapi. En annen implikasjon kan være å utvikle nye arenaer for refleksjoner mellom sykepleiere og psykologer som arbeider med pasienter med sosial angst. Begge implikasjonene vil styrke kompetansen til sykepleierne og gjøre dem bedre i stand til å fungere som behandlere.

6.8 Studiens validitet og reliabilitet

I metodekapitlet er det allerede gjort rede for en del av det som er gjort for å styrke kvaliteten på studien. Men viktige begreper som validitet og reliabilitet redegjøres for i tillegg.

Validitet har med tolkning av data, og gyldigheten av disse tolkningene (Kvale et al., 2015, Thagaard, 2013). I følge Kvale et al. (2015) bør validering være et tema som følger forsker gjennom hele intervjuundersøkelsen og fungere som en kvalitetskontroll gjennom alle stadier av kunnskapsproduksjonen i studien. For å ha et godt grunnlag for tolkningen var det viktig å bruke ord og begreper i intervjuguiden som brukes og er vanlige innenfor fagområdet. Dette for å forsøke å sikre at informantene svarte på det de ble spurt om, og ikke svarte på noe annet, enn det jeg mente å spørre dem om. Jeg har også benyttet utsagn som jeg opplevde å forstå innholdet av som utgangspunkt for tolkning. Dette for å unngå feiltolkninger. I studien har jeg bestrebet meg på å gjøre

trinnene i analyseprosessen tydelig i sin beskrivelse, slik at forskningsprosedyrene oppleves gjennomsiktige for leseren og tydeliggjør grunnlaget for resultatene. Prosjektloggen ble et viktig redskap for å dokumentere de ulike trinnene i analysen, og for lettere å kunne ta et skritt tilbake hvis prosessen krevde dette.

Reliabilitet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet (Kvale et al., 2015). Ofte omtales også reliabilitet i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt resultatet kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere med samme metode (Kvale et al., 2015).

Forskere må argumentere for reliabilitet ved å redegjøre for hvordan dataene er blitt utviklet i løpet av forskningsprosessen (Thagaard, 2013). I studien har jeg redegjort for metode og fremgangsmåte, for at studien skal fremstå så transparent som mulig og gi leser innsyn i forskningsprosessen. For å styrke reliabiliteten i intervjuene fikk informantene tilsendt informasjonsskriv i forkant av intervju for å bli kjent med tematikken og formålet med studien. Mot slutten av hvert intervju ble det foretatt en kort oppsummering av det informantene hadde fortalt for å sikre samsvar mellom hva jeg som forsker hadde forstått (tolket) og hva informanten faktisk hadde sagt. Lydopptakene ble avspilt flere ganger for å sikre at den skrevne teksten ga en best mulig beskrivelse av hva informantene hadde sagt.

I kvalitative studier som blir vurdert som reliable vil det være naturlig å stille spørsmål om resultatene også kan være av interesse for andre. Ofte stilles spørsmål om studien kan generaliseres (Kvale et al., 2015). I studien deler et lite utvalg informanter sine erfaringer fra praksis. I kvalitative studier med få informanter vil man ikke kunne generalisere på en måte som gjør at en kan dra slutninger til større grupperinger. Men nettopp det at det er benyttet en kvalitativ metode gir mulighet for analytisk generalisering (Kvale et al., 2015). Det vil si at bruk av teori og forskning i den begrunnede vurdering vil kunne argumentere for relevans av funnene i en annen praksis.

7 Avslutning

7.1 Oppsummering

Ulike bakgrunnsvariabler lå til grunn for utarbeidelse av problemstilling og gjennomføring av studiet mitt. Fra et overordnet perspektiv så jeg samfunnsmessige utfordringer knyttet til behandling av sosial angst. Når jeg trakk videre i den tråden framkom det at psykiske lidelser er i sterk vekst og hver fjerde nye som uføretrygdes har en psykisk primærdiagnose. Angstlidelsene er blant de mest utbredte og samfunnsmessige mest kostnadskrevende psykiske lidelsene. En tredjedel av de unge som har blitt uføretrygdet oppgir at de ikke har søkt hjelp for sin psykiske lidelse og mange opplever derfor at de uføretrygdes uten å ha fått behandling for sin psykiske lidelse. Inn under de samfunnsmessige føringer for behandling av sosial angst og varig uførhet, står individet som passiv eller aktiv mottaker. For den det gjelder, står det mellom å leve med sosial angst og diagnosens hemninger, eller å være aktiv mottaker av behandling, med utsikter til god helse og arbeidsliv.

Når jeg så på hva som kan gjøres med dette betydelige samfunnsproblem, for å bremse tilveksten av nye uføre med sosial angst, og for å ha best mulig forutsetning for å friskmelde et betydelig antall individer, så jeg til den behandling som gis eller ikke gis. Å gi best mulig helsehjelp gjennom faglig godkjente behandlingsmetoder, og å utnytte eksisterende ressurser blant helsepersonell til å gi denne behandlingen, synes å være effektivt, og jeg fant dokumentasjon som gir støtte til en slik behandlingspolitikk. Sykepleiere, ikke bare psykologer, kan i større grad benyttes til å behandle pasienter med sosial angst, og gis den nødvendige kompetanse.

Min studie gir et kvalitativt bilde på høy kompetanse hos mine informanter, som alle er sykepleiere, der vi får innsyn i bruken av anerkjente behandlingsmetoder. Gjennom beskrivelser fra informantene ser vi tegn til tilfriskning hos noen av pasientene. Sammenhengen mellom samfunnsmessige løsninger og individperspektiv, blir i de beskrivelsene synliggjort. Det overordnede brytes ned til detaljnivå, der pasienten får en ny forståelse som ufarliggjør den forestilte frykten. En bevegelse, en endring, på vei mot større frihet fra angst.

Problemstillingen var som følger: Hvilken kompetanse erfarer sykepleiere som viktig i behandlingen av pasienter med diagnosen sosial angst?

Studiens funn var sensitivitet, trygghet, sykdomsforståelse og refleksjon. Komponenter fra tradisjonell omsorgsbehandling er med her, gjennom støtte og relasjon, men her viser seg også noe mer. En metodisk tilpasning til de eksisterende kunnskaper man har om behandling av pasienter med sosial angst. Disse sykepleierne behandler i tråd med gjeldene og nyere tids forskning. De utfører psykoterapi som både gir utsikt til hverdagsmestring og til tilfriskning av sosial angst. «Budskapet er at både effektive metoder og en bærende relasjon er nødvendig for terapeutisk endring» (Berge et al., 2008, s. 25). Det er dette som er en førende holdning i forskningsmiljøer. Det er en kjent sammenheng at gjeldende kunnskap får betydning for kommende praksis. Sånn sett gir kunnskap et perspektiv på framtiden. Sånn sett gir funnene i studien av mine informanters behandlinger også et perspektiv på framtiden. Sensitivitet, trygghet, sykdomsforståelse og refleksjon, som samlet under ett, som helhet, gir uttrykk for den forskningsmessig anbefalte vekt på relasjonen, metoden, eksponeringen, kognisjonen. Denne helhet utgjør et overordnet funn, som jeg i drøftingen ga betegnelsen høy profesjonalitet. Svaret på min problemstilling blir da at mine sykepleiere erfarer at høy profesjonalitet, utvist gjennom sensitivitet, trygghet, sykdomsforståelse og refleksjon, er viktig kompetanse i behandlingen av pasienter med sosial angst.

7.2 I fortsettelsen

I fortsettelsen ser jeg behov for å få kartlagt i hvor stor grad sykepleiere jobber som psykoterapeutiske behandlere i mer tradisjonell forstand for å skape et større oversiktsbilde av sykepleiernes rolle. Jeg ser også behov for debatter der det drøftes om sykepleiere i fremtiden skal gå inn i den mer tradisjonelle behandlerrollen hvor psykoterapi benyttes.

Hvis flere sykepleiere fremover tar i bruk psykoterapi i behandling, vil vi ha mulighet til å til behandle flere mennesker med psykiske lidelser og sykepleiere vil kunne bidra til å forbedre tilbudet i helsevesenet.

Referanseliste

ACARTURK, C., GRAAF, D. R., STRATEN, V. A., HAVE, M. T. & CUIJPERS, P. 2008. Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health related quality of life and help seeking: a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 273-279.

BENNER, P. 1995. *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis,* Oslo, TANO I samarbeid med Munksgaard.

BERGE, T. & REPÅL, A. 2008. *Håndbok i kognitiv terapi,* Oslo, Gyldendal akademisk.

BERGE, T. & REPÅL, A. 2010. *Den indre samtalen: lær deg kognitiv terapi,* Oslo, Gyldendal akademisk.

BERGE, T., REPÅL, A., RYUM, T. & SAMOILOW, D. K. 2008. Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. *In:* BERGE, T. & REPÅL, A. (eds.) *Håndbok i kognitiv terapi.* Oslo: Gyldendal akademisk.

BOHART, A. C., ELLIOTT, R., GREENBERG, L. S. & & WATSON, J. C. 2002. Empathy. *In:* JOHN, C. N. (ed.) *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients.* United Kingdom: Oxford University Press.

BOHART, A. C. & GREENBERG, L. S. 1997. Empathy:Where we are and where do we go from here? *In:* BOHART, A. C. & GREENBERG, L. S. (eds.) *Empathy reconsidered: new directions in psychotherapy.* Washington, D.C: American Psychological Association.

BOHART, A. C. & TALLMAN, K. 1999. *How clients make therapy work: The process of active self-healing,* American Psychological Association.

BOHART, A. C. & TALLMANN, K. 1997. Empathy and the active client: An integrative, cognitive-experiential approach. *In:* GREENBERG, L. S. & BOHART, A. C. (eds.) *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy.* Washington, D.C: American Psychological Association.

BORDIN, E. S. 1994. *The Working alliance: theory, research and practice,* New York, Wiley.

BORGE, F.-M. & HOFFART, A. 2008. Sosial angstlidelse. *In:* BERGE, T. & REPÅL, A. (eds.) *Håndbok i kognitiv terapi.* Oslo: Gyldendal akademisk.

BROFOSS, K. E., LARSEN, F., FRIIS, S. & NORGES, F. 2009. *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009): sluttrapport - syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Forskningsrådet, Divisjon for vitenskap.

CLARK, D. M. & WELLS, A. 1995. A cognitive Model of Social Phobia. *In:* HEIMBERG, R. G., LIEBOWITZ, M. R., HOPE, D. A., SCHNEIER, F. R. & (eds.) *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment.* New York: Guilford Press.

DREYFUS, S. E., DREYFUS, H. L. & CALIFORNIA UNIV BERKELEY OPERATIONS RESEARCH, C. 1980. *A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition.*

ERICKSON, S. R., GUTHRIE, S., VANETTEN-LEE, M., HIMLE, J., HOFFMAN, J., SANTOS, S. F., JANECK, A. S., ZIVIN, K. & ABELSON, J. L. 2009. Severity of anxiety and work-related outcomes of patients with anxiety disorders. *Depression and Anxiety,* 26, 1165-1171.

ERIKSEN, K. Å., DAHL, H., KARLSSON, B. & ARMAN, M. 2014. Strengthening practical wisdom: Mental health workers' learning and development. *Nursing Ethics,* 21, 707-719 13p.

FEHM, L., PELISSOLO, A., FURMARK, T. & WITTCHEN, H.-U. 2005. Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology,* 15, 453-462.

GADAMER, H.-G. 1999. Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip. *In:* GULDDAL, J. & MØLLER, M. (eds.) *Hermeneutik: en antologi om forståelse.* København: Gyldendal.

GADAMER, H.-G. 2003. *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter,* Oslo, Cappelen.

GRØN, A. 1994. *Begrebet angst hos Søren Kierkegaard,* København, Gyldendal.

HARDY, G., CAHILL, J. & BARKHAM, M. 2007. *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies,* London, Routledge.

HATCHER, R. L., BARENDS, A. W. & GELSO, C. J. 2006. HOW A RETURN TO THEORY COULD HELP ALLIANCE RESEARCH. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,* 43, 292-299.

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2008-2009. *Stortingsmelding nr. 47, Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2011. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesterloven).* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

HOPE, D. A., HEIMBERG, R. G. & TURK, C. L. 2010. *Managing social anxiety: a cognitive-behavioral therapy approach: therapist guide,* Oxford, Oxford University Press.

HUMMELVOLL, J. K. & DAHL, T. E. 2012. *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse,* Oslo, Gyldendal akademisk.

INGUL, J. M., AUNE, T. & NORDAHL, H. M. 2014. A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. *Psychotherapy & Psychosomatics,* 83, 54-61.

KARLSSON, B. & KIM, S. H. 2015. *Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: en studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.*

KIERKEGAARD, S. 2005. *Begrepet angst,* Oslo, Bokklubben.

KRINGLEN, E., TORGERSEN, S. & CRAMER, V. 2001. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American journal of psychiatry,* 158, 1091-1098.

KRISTOFFERSEN, N. J. 1996a. *Generell sykepleie: 1: Fag og yrke: utvikling, verdier og kunnskap,* Oslo, Universitetsforl.

KRISTOFFERSEN, N. J. 1996b. Sykepleiekunnskap. *In:* KRISTOFFERSEN, N. J. (ed.) *Generell sykepleie: 1: Fag og yrke: utvikling, verdier og kunnskap.* Oslo: Universitetsforl.

KRISTOFFERSEN, N. J. 1996c. Teoretiske modeller i sykepleie. *In:* KRISTOFFERSEN, N. J. (ed.) *Generell sykepleie: 1: Fag og yrke: utvikling, verdier og kunnskap.* Oslo: Universitetsforl.

KVALE, S., BRINKMANN, S., ANDERSSEN, T. M. & RYGGE, J. 2015. *Det kvalitative forskningsintervju,* Oslo, Gyldendal akademisk.

LINNERUD, T. S. & KARLSSON, B. 2009. Kognitiv gruppeterapi ved angstlidelser; pasientenes opplevde utbytte. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*.

MALT, U. F. 2012. Angstlidelser. *In:* MALT, U. F. (ed.) *Lærebok i psykiatri.* 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk.

MALT, U. F., RETTERSTØL, N. & DAHL, A. A. 2003. Psykiatriens historie. *In:* MALT, U. F., RETTERSTØL, N. & DAHL, A. A. (eds.) *Lærebok i psykiatri.* 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk.

MALTERUD, K. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring,* Oslo, Universitetsforl.

MARTINSEN, E. W. 2000. *Angstlidelser: kliniske retningslinjer for utredning og behandling,* Oslo, Statens helsetilsyn.

MARTINSEN, K. 2003. *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien,* Oslo, Universitetsforl.

MAYO-WILSON, E., DIAS, S., MAVRANEZOULI, I., KEW, K., CLARK, D. M., ADES, A. E. & PILLING, S. 2014. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry,* 1, 368-376.

NASJONALT FOLKEHELSEINSTITUTT 2009. *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv.* Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL, H., NATIONAL INSTITUTE FOR, H., CARE, E., BRITISH PSYCHOLOGICAL, S. & ROYAL COLLEGE OF, P. 2013. *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment,* Leicester, Published by The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

NORDAHL, H. M., MARTINSEN, E. W. & WANG, C. E. A. 2012. Psykologiske behandlingsformer for depresjon med vekt på individualiserte tilnærminger. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.

NORSK SYKEPLEIERFORBUND 2013. *Politisk plattform for psykisk helse og rus 2013-2016,* Oslo, Norsk sykepleierforbund.

OLFSON, M., GUARDINO, M., STRUENING, E., SCHNEIER, F. R., HELLMAN, F. & KLEIN, D. F. 2000. Barriers to the treatment of social anxiety. *American Journal of Psychiatry,* 157, 521-527 7p.

RAKNES, S. 2008. Åtferdseksperiment som metode i kognitiv terapi. *In:* BERGE, T. & REPÅL, A. (eds.) *Håndbok i kognitiv terapi.* Oslo: Gyldendal akademisk.

SAMPAIO, F. M. C., SEQUEIRA, C. A. D. C. & LLUCH CANUT, M. T. 2015. *Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies.*

SCHÖN, D. A. 1991. From technical rationality to reflection-in-action. *In:* SCHØN, D. A. (ed.) *The reflective practitioner: how professionals think in action.* Aldershot: Avebury.

SKAU, G. M. 2011. *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker,* Oslo, Cappelen Damm akademisk.

SKÅRDERUD, F., HAUGSGJERD, S. & STANICKE, E. 2010. *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn,* Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

SNOEK, J. E. & ENGEDAL, K. 2008. *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer,* Oslo, Akribe.

SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTET 1997. *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.* Oslo: Departementet.

SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTET 1997-98. *Storingsproposisjon nr. 63. Opptrappingsplan for Psykisk helse.* Oslo: Helse- og omsorgdepartementet.

STATENS, H. & WORLD HEALTH, O. 1999. *ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer,* Oslo, Universitetsforl.

THAGAARD, T. 2013. *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode,* Bergen, Fagbokforl.

WECK, F., GRIKSCHEIT, F., JAKOB, M., HÖFLING, V. & STANGIER, U. 2015. Treatment failure in cognitive-behavioural therapy: Therapeutic alliance as a precondition for an adherent and competent implementation of techniques. *British Journal of Clinical Psychology,* 54, 91-108.

WINTHER, B. 2010. *Fri fra angsten!: jeg ble min egen kognitive terapeut,* Trondheim, Tapir akademisk.

Vedlegg 1 informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt

«Å bruke seg selv terapeutisk: Hvilken kompetanse opplever sykepleiere som viktig i behandlingen av pasienter med diagnosen sosial angst?» -en kvalitativ studie.

Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en studie hvor formålet er å søke forståelse av hvilken kompetanse sykepleiere ser som viktige å anvende i behandlingen av pasienter med diagnosen sosial angst.

Du blir spurt om deltakelse i studien fordi du har erfaring fra behandling av pasienter med denne diagnosen. Studien skal resultere i en masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse, Institutt for helse- og omsorgsfag ved UIT Norges arktiske universitet i Tromsø.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studiens grunnlag er individuelle intervjuer med sykepleiere om deres erfaringer. Jeg vil gjennomføre et intervju med deg som samtykker til å delta i studien. I intervjuet vil jeg stille spørsmål om hva du ser som viktige egenskaper og ferdigheter, i tillegg til

årsaker til positive og negative utfall av behandling. Intervjuet vil ha en varighet på inntil en time og vil bli tatt opp på bånd. Når intervjuet er ferdig vil jeg snarest skrive det ut og det vil deretter bli tolket.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger du gir vil kun brukes som beskrevet i formål med studien. Opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre gjenkjennende opplysninger. Kun «forespørsel om deltakelse» og et nummer knytter deg til studien. Forespørslene/navnelisten (koblingsnøkkel) vil bli oppbevart separat og innelåst, samt adskilt fra resten av materialet fra studien. Disse blir slettet ved studiens avslutning. Du er registrert med et tall, slik er det mulig å finne tilbake til dine opplysninger om deg hvis du skulle ønske å trekke deg fra studien. Lydbåndene vil også oppbevares innelåst og separat fra annet materiale fra studien. Kun undertegnede har tilgang. Lydbåndene vil bli transkribert snarest og deretter slettet. Disse oppbevares i separat låsbart skap. Jeg har som mål å avlegge eksamen våren 2016. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne dine opplysninger i den ferdig stilte studien.

Frivillig deltakelse

Deltakelse i studien er frivillig. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen årsak til dette. Navn og opplysningene om deg blir da slettet umiddelbart.

Dersom du sier ja til å delta i studien, kan du signere samtykkeerklæring og returnere den i vedlagte ferdig frankerte konvolutt. Jeg vil ta kontakt med deg når jeg har mottatt ditt samtykke. Jeg vil da avtale tid og sted for gjennomføring av intervjuet.

Dersom du har spørsmål eller du skulle ønske å trekke deg fra studien, kan du kontakte undertegnede.

Studien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS.

Linda K. Jensen Johannessen

Psykiatrisk sykepleier/masterstudent ved UIT Norges arktiske universitet, Tromsø

Telefon:

Epost:

Vedlegg 2 samtykkeskjema

Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjekt:

«Å bruke seg selv terapeutisk: Hvilken kompetanse opplever sykepleiere som viktig i behandling av pasienter med diagnosen sosial angst?» -en kvalitativ studie

Jeg (skriv navnet med blokkbokstaver)……

har lest informasjonsskrivet og samtykker med dette til å delta i studien.

Min deltakelse er frivillig og jeg mottar ingen kompensasjon for deltakelsen.

……..... ……2015

Sted dato

……

Signatur

Vedlegg 3 Godkjennings skriv fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Siri Moe

Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 12.11.2015 Vår ref: 45401 / 3 / AGL Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

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

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45401 Behandlingskompetanse hos sykepleiere

Behandlingsansvarlig UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig Siri Moe

Student Linda K. Jensen Johannessen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets 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, 20.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Linda K. Jensen Johannessen lindkjj@online.no

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 45401

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Data innhentes ved personlig intervju. Vi minner om at det av hensyn til helsepersonells taushetsplikt ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter. Vi anbefaler at forsker minner informanten om dette ifm. intervjuet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 20.05.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)

slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

Vedlegg 4 Intervjuguide

Intervjuguide

Jeg vil før intervjuet gi en kort oppsummering av punktene i informasjonsskrivet:

Frivillig deltakelse, lydbåndopptaker, transkribering, oppbevaring av datamaterialet, forskerrollen og formålet med studien. Minne om at det av hensyn til helsepersonells taushetsplikt ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter.

Sjekke ut om deltakerne har spørsmål i forkant av intervjuet og informere om at de kan stille spørsmål underveis.

Hvor lenge har du arbeidet med pasienter med diagnosen sosial angst?

Hva er din utdanningsbakgrunn?

Hva mener du som sykepleier det er viktig å legge vekt på når du arbeider med pasienter med sosial angst? (stikkord: personlige egenskaper - annet)

Personlig kompetanse: handler om hvem vi er som personer og hvordan man bruker seg selv i utøvelsen av yrket. Viser seg i ens evne til å lytte, bry seg, vise interesse og evne positiv tenkning i forhold til å tru på at det nytter osv.

Kan du fortelle om et behandlingsforløp med en pasient med sosial angst som gikk bra. Hva vektla du? Hvordan gikk du frem?

Hva opplever du som sykepleier er de virksomme faktorer i behandlingen?

Kan du fortelle om et behandlingsforløp med en pasient med sosial angst som ikke ga de ønskede resultater og der du følte at du «ikke strakk» til? Hva var det som ble utfordringene?

Opplever du at dere kollegaer samarbeider, drøfter hendelser/situasjoner/forskning, har faglige forum/diskusjoner? Hvis ja; opplever du at disse fora er av betydning for utviklingen fagkunnskapen? Opplever du som sykepleier at faktakunnskaper og forskningsbasert viten om sosial angst er viktige å ha med seg i behandlingen av pasientene? Hvis ja; hvorfor?

Hvilke yrkesspesifikke ferdigheter opplever du som sykepleier har vært viktige å anvende i behandlingen av pasienter med diagnosen sosial angst? (Stikkord: sett av praktiske ferdigheter, ulike metoder og teknikker (i hovedsak relasjonelle) som tilhører en spesiell yrkesgruppe. F.eks. det en veileders yrkesspesifikke ferdigheter: å beherske ulike metoder for veiledning, spesielle lytteteknikker og ulike måter å stille spørsmål på.