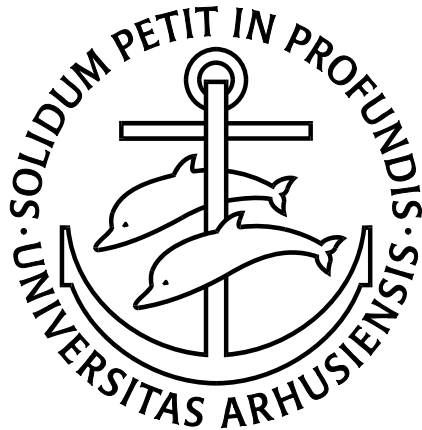


Kandidatspeciale



”Jeg var i menneskehænder ...”

En undersøgelse af depressive menneskers oplevelse af transitionen fra indlæggelse på psykiatrisk hospital til det at være hjemme

af

Camilla Blach Rossen

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Camilla Blach Rossen
Modul: Kandidat speciale
Måned og år: Juni 2008
Vejleder: Niels Buus
Anslag: 120.000

”Jeg var i menneskehænder ...”

En undersøgelse af depressive menneskers oplevelse af transitionen fra indlæggelse på psykiatrisk hospital til det at være hjemme

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Forord

Jeg startede på dette speciale uden den store viden om psykiatrisk sygeplejeforskning. Gennem et spændende og udfordrende specialeforløb har jeg fundet ud af, at denne del af sygeplejen er et yderst interessant felt, som fortjener mere bevågenhed.

Jeg har med dette speciale bidraget med en lille brik i den vidensopbygning, som er en nødvendighed, hvis de psykiatiske patienter skal have den opprioritering, de fortjener, i det danske sundhedsvæsen.

Jeg har under mit specialeforløb været tilknyttet Center for Psykiatrisk Forskning ved Århus Universitetshospital, Risskov som gæsteforsker. Herfra har jeg under hele forløbet modtaget kvalificeret supervision og vejledning. Desuden har denne tilknytning været uvurderlig i forhold til at ”få åbnet de rette døre” på rette tidspunkt i forskningsprocessen.

Derudover har jeg i forbindelse med rekruttering af informanterne og etablering af den første kontakt til disse, fået stor hjælp fra Lokalpsykiatri Syd, Århus i særdeleshed Ulla Mortensen og Jørgen Aagaard.

Forskningsbiblioteket på Psykiatrisk Hospital i Risskov har stillet et kontor til rådighed under hele specialeforløbet, og har desuden været behjælpelige med at finde litteratur. Jeg har gennem hele forløbet fået uvurderlig støtte og inspiration fra min medstuderende Ellen Tingleff, som jeg har brugt utallige timer sammen med i dette forløb.

Uden denne støtte fra Center for Psykiatrisk Forskning, Lokalpsykiatri Syd og Ellen havde det ikke været muligt at udarbejde dette speciale.

Men den største tak skylder jeg de seks personer der har stillet sig til rådighed som informanter. Uden dem kunne dette speciale ikke være blevet til. De har alle på hver deres måde åbnet sig for mig og fortalt deres historier. Jeg har følt mig meget privilegeret, over den tillid de har vist mig, ved at lade mig bruge deres meget personlige fortællinger. Jeg er dem alle en stor tak skyldig!

Det er mit ønske, at mit speciale kan være et lille bidrag til, at den psykiatiske sygepleje kan hjælpe det deprimerede menneske som kommer i kontakt med sundhedssystemet.

Juni 2008

Camilla Blach Rossen, sygeplejerske, stud. cur.

Resumé

Dette studie er et kvalitativt studie, der omhandler hvordan depressive mennesker oplever transitionen fra hospitalet til hjemmet.

Målet er, at opnå viden om hvordan man i sygeplejen kan hjælpe de depressive mennesker i denne transition.

Studiet bygger på den eksisterende viden på området samt teori om transition og recovery.

Studiets metode er inspireret af Ricoeurs hermeneutik. Interview med seks informanter blev udført.

Ved hjælp af en teori-guidede analyse fremkommer tre temaer: *oplevelsen af støtte*, *oplevelsen af mangel på støtte* og *reformulering af identitet*.

Diskussionen er en kritisk diskussion af fund og metode.

Konklusionen var, at hospitalssygeplejerskerne og lokalpsykiatriens sygeplejersker overvejende yder støtte i transitionen. Især i et af de mest kritiske punkter i transitionen, som er den første tid hjemme, er der brug for støtte. Støtten der hovedsageligt er brug for er psykisk støtte, støtte af egne ressourcer og støtte til struktureret og meningsfuld hverdag.

Det kunne se ud som om lokalpsykiatrien burde have en mere central rolle for yderligere at fremme den sunde transition.

Ved en reformulering af identiteten er de depressive mennesker overvejende kommet til et mere positivt syn på sig selv og livet.

Abstract

"I was in human hands" - A study of how depressive people experience the transition from hospital to home".

This qualitative study was about depressive people's experience of the transition from hospital to home. The overall aim was to gain knowledge about how to help the depressive people in this transition.

The study builds on the existing knowledge about the topic and theory about transition and recovery.

The study was interpretative with an emphasis of Ricoeur's hermeneutic position.

Interviews with six participants were carried out.

From a theory-guided analysis three themes were identified, and the findings dived into three descriptive categories: *the experience of support*, *the experience of need of support* and *reformulation of identity*.

The discussion is a critical discussion of the method and the findings.

The conclusion was that the hospital nurses and the community psychiatry nurses have central role in supporting successful transitions. The most critical point of the transition was the first period at home. This leads to the assumption that the community mental health nurses must be an integral part of the transition.

In the reformulation of identity the depressive people have mainly come to a more positive view of self and life. It is important to support a meaningful everyday life.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	5
1.1 Det depressive menneske og behandlingssystemet	5
1.2 Problemafgrensning	7
2. Baggrund	7
2.1 Transition – en litteraturgennemgang	8
2.1.1 Transitional Discharge Model	9
2.1.2 Transition, recovery og reformulering af identitet	10
2.1.3 Kritisk vurdering af forskningen	13
2.1.4 Opsummering	14
2.2 Transition som teoretisk begreb	15
2.3 Forskningsspørgsmål	17
3. Metodeafsnit	18
3.1 Specialets opbygning	18
3.2 Metodologi	18
3.2.1 Ricoeurs etik	20
3.2.2 Ricoeurs tanker om Mimesis	21
3.3 Vigtigheden af denne undersøgelse	23
3.4 Undersøgelsens design	24
3.4.1 Forberedelser	25
3.4.2 Udvalgelse af informanter	27
3.4.3 Interviewguide	30
3.4.4 Interview	31
3.4.5 Transskribering	33
3.4.6 Analyse	33
4. Fund	34
4.1 Oplevelsen af støtte eller mangel på støtte	35
4.1.1 Oplevelsen af støtte	36
4.1.2 Oplevelsen af mangel på støtte	41
4.2 Reformulering af identitet	44
4.3 Opsummering	47
5. Diskussion	48
5.1 Kritisk diskussion af analysefund	48
5.1.1 Oplevelsen af støtte og oplevelsen af mangel på støtte	48
5.1.2 Reformulering af identitet	50
5.2 Kritisk diskussion af specialets metode	56
5.2.1 Teoristyret tilgang	56
5.2.2 Udvalgelse af informanter	57
5.2.3 Min egen rolle som noviceinterviewer	57
6. Konklusion	60
7. Perspektivering	61
Referenceliste	
Bilagliste	
Bilag 1-10	

1. Indledning

"Found it difficult to cope back in the community after being in hospital"

(Dipex.org/EXEC). Citatet er hentet fra hjemmesiden Dipex¹ og stammer fra en depressiv patients fortælling om at blive rehabiliteret efter en indlæggelse for depression. Citatet beskriver personens oplevelser af problemer med at mestre overgangen fra en hospitalsindlæggelse til livet hjemme i lokalområdet. I dette speciale udforskes dette særlige aspekt af psykiatrisk rehabilitering. Gennem interviews med depressive patienter er hensigten at opnå ny sygeplejefaglig viden om de depressive patienters oplevelser. Viden, som kan føre til en forbedret sygeplejefaglig indsats i forhold til denne patientgruppe.

I det følgende vil et problemfelt i relation til den depressive patient og det behandlende system blive beskrevet, hvilket leder frem mod dette speciales problemstilling.

1.1 Det depressive menneske og behandlingssystemet

I følge WHO er depression den fjerde største folkesygdom på verdensplan og i 2020 forventes den at være den næststørste (World Health Organization 2008).

Punktprævalensen for depression i Danmark er 4.1 %² og halvt så mange mænd som kvinder vil få en depression (Olsen, Mortensen, & Bech 2004). Af de 150.000, der til enhver tid er diagnosticeret depressiv, vil 30.000 blive indlagt mindst én gang.

Gentagende depressioner betyder øget sværhedsgrad og forkortet interval imellem indlæggelserne (Sundhedsstyrelsen 2007). 70 % af depressive patienter oplever at få recidiv (Licht 2006; Nordentoft 2001). Derved ses, at der er en høj forekomst af depressive personer i Danmark, og dermed er det en patientgruppe, som sygeplejersker ofte vil møde. Derfor er det en relevant gruppe at undersøge og udvikle viden om. Sygeplejeforskning inden for depressionssygdomme er nærmest ikke-eksisterende

¹ En database, som indeholder mange forskellige patienters fortællinger om de oplevelser, de har, i forbindelse med den sygdom, de lider af. I dette tilfælde omhandler det depressive menneskers oplevelser i forbindelse med deres sygdom (Dipex.org 2008)

² Antallet af depressive på et givet tidspunkt er 3.3 % målt med DSM-IV major depression og 4.1 % med ICD-10 depression. Der er ingen signifikant kønsforskel, hvis man ikke medregner let depression (Olsen, Mortensen, & Bech 2004)

(Sundhedsstyrelsen 2007), hvilket yderligere betoner vigtigheden af en sygeplejefaglig undersøgelse.

I litteraturen fremstår der nogle problemstillinger i relation til den depressive person, der kommer i berøring med behandlingssystemet. Nogle af disse problemstillinger vil der kort blive gjort rede for, for på den måde at føre frem mod den for specialet valgte problemstilling.

De sindslidende patienter på almenpsykiatriske afdelinger på Psykiatrisk Hospital i Risskov har en gennemsnitlig indlæggelsestid på 12 dage (Aagaard 2007). Antidepressiv medicin har først fuld effekt omkring 4-8 uger efter påbegyndelse af behandling (Licht 2006). Derfor kan det antages, at mange depressive patienter stadig er meget syge ved udskrivelsen. Ydermere er der en lav compliance, idet halvdelen af personer med behandlingskrævende depression ikke tager deres medicin efter udskrivelsen, hvilket forværrer prognosen (Licht 2006; Sundhedsstyrelsen 2007).

Der ses en stor overdødelighed hos de depressive personer, idet 60 % af alle, der begår selvmord, har en depression (Sundhedsstyrelsen 2007). Specielt i den første uge efter en udskrivelse er der stor risiko for, at den depressive person begår selvmord (Nordentoft 2001). Denne overdødelighed, specielt i den første uge efter udskrivelsen, kunne indikere nødvendigheden af en styrket indsats efter udskrivelsen. At det offentlige system, herunder sygeplejen, må have en rolle i denne indsats, indikeres af, at det sociale netværk i Danmark, det vil sige den daglige kontakt til familie og venner, generelt er svagt (Christensen 2006). Desuden viser forskning, at mange deprimerede mennesker oplever manglende social støtte fra deres ofte begrænsede netværk (Skärsäter, Agren, & Dencker 2001b; Skärsäter & Willman 2006h).

I et behandlingsforløb for depression er det normal praksis, at patienten tilbydes kontakt med lokalpsykiatrien efter udskrivelse. I den danske faglitteratur er det ikke beskrevet, hvordan depressive mennesker oplever overgangen fra indlæggelse på psykiatrisk hospital til det at komme hjem og i kontakt til lokalpsykiatrien. Men det system, de deprimerede patienter behandles i, betegnes i den danske litteratur som fragmenteret, som et orkester uden dirigent (Albæk & Eskelinen 1999; Middelboe 2000; Nordentoft & Lindhardt 2000).

I to danske undersøgelser er brugerperspektivet undersøgt i forhold til det psykiatriske system (Guldbrandsen 2005; Guldbrandsen 2007). Her fremgår det, at brugerne ønsker mere sammenhængende og personligt tilrettelagte tilbud. Brugere er

overvejende tilfredse med overgangen, dog ønsker de blandt andet at blive inddraget mere. Gulbrandsens to undersøgelser er ikke specifikt rettet på depressive patienter, men det formodes, at undersøgelserne alligevel kan give et indtryk af, at det er vigtigt i fremtiden at forske i og inddrage brugernes perspektiv mere i det psykiatriske system.

1.2 Problemafgrænsning

De ovenstående problemstillinger giver et indtryk af, at den overgang den depressive person er i, i forbindelse med det at blive udskrevet og komme hjem, for den enkelte person kan være problematisk. Ifølge Karlsson (Karlsson 2008) vil en bedre forståelse af patientens oplevelser forbedre den sygeplejefaglige indsats i forhold til at støtte patienten i at mestre sin situation. I dette tilfælde at mestre sin depression og det at komme hjem fra hospitalet. Derfor er det væsentligt, at sygeplejen får forståelse for den depressive persons oplevelse af den overgang, det er, at blive udskrevet og komme hjem. Denne viden vil føre til kvalificerede sygeplejefaglige handlinger, der bedre kan hjælpe den depressive til at mestre sin situation.

Følgende problemformulering vil danne grundlag for det videre arbejde med specialet:

Hvordan oplever depressive mennesker overgangen fra indlæggelse på psykiatrisk hospital til det at komme hjem og få kontakt til lokalpsykiatrien?

2. Baggrund

Problemformuleringen leder frem til en litteratursøgning, der skal give et billede af den eksisterende viden om problemstillingen. En sådan søgning er et vigtigt fundament for videnskabeligt arbejde (Buus et al. 2008). Søgningens fund vil indgå i min forforståelse, som jeg vil tage med mig i det videre arbejde med problemstillingen. Denne teoretiske forforståelse, som vil blive beskrevet i den følgende litteraturgennemgang, sætter mig i stand til at fokusere på det væsentlige i relation til problemstillingen (Jensen 2000).

Jeg foretog en systematisk litteratursøgning med det formål at undersøge den eksisterende viden om de deprimerede menneskers oplevelser af overgangen fra hospital til hjemmet (bilag 1). Søgningen består af en kombination af bloksøgning i fire

databaser og kædesøgning med udgangspunkt i de fundne referencer. Der anvendes kontrollerede og ukontrollerede emneord. Eksisterende viden om problemstillingen vil blive søgt med udgangspunkt i følgende søgeord: *transition, discharge, depressive disorder, psychiatry, patients experiences*. Søgeordene blev justeret i forhold til de valgte databasers tesaurus.

Bloksøgningen gav få relevante artikler, hvor kædesøgningen resulterede i flere artikler, der berørte problemstillingen uden dog at have direkte relevans. Disse artikler medtages for at bygge videre på den eksisterende viden i relation til problemstillingen. Søgningen resulterede i et højt recall³. Den fundne forskningslitteratur gennemgås ved en kritisk vurdering af artiklerne for at opnå forståelse for artiklernes fund og vurdere troværdigheden af disse (Buus, Kristiansen, Tingleff, & Rossen 2008). En kritisk vurdering er en nødvendighed, idet alle studier har sine begrænsninger, og samtidig kan en vægtning af kvaliteten afgøre behovet for videre forskning på området (ibid). De fundne artikler anvendes som fundament for det videre arbejde, og de centrale elementer vil blive fremstillet i litteraturgennemgangen (afsnit 2.1).

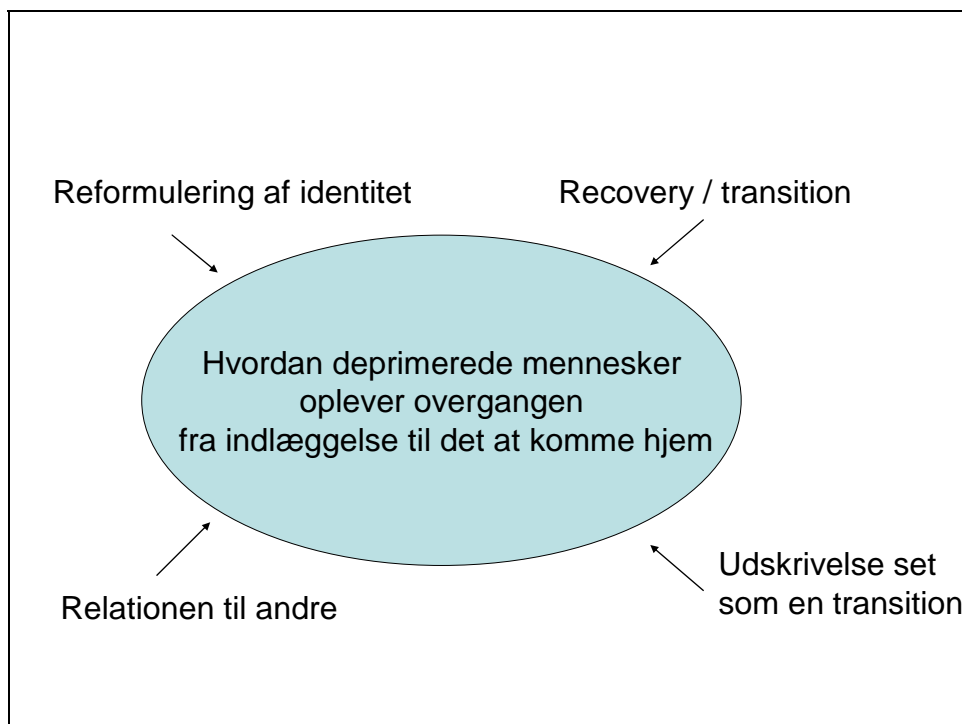
Jeg fandt, at overgange omtales som 'transition' i den internationale litteratur, hvilket også er et dansk begreb. Derfor vil begrebet 'transition' blive anvendt i resten af specialet.

2.1 Transition – en litteraturgennemgang

Den følgende litteraturgennemgang giver et billede af dele af den eksisterende forskning, der omhandler depressive menneskers oplevelser. Gennemgangen giver dermed et indblik i, hvad der kan være på spil i transitionen fra hospitalet til hjemmet, hvor en kontakt til lokalpsykiatrien bliver etableret.

Jeg vil i det følgende beskrive fundene fra denne forskning, som omhandler transition og udskrivelse, relationer til andre, både professionelle og nære relationer, recovery og skift i identitetsfølelse. Dette er afbilledet i figur 1.

³Recall ('Genfinding') angiver forholdet mellem antallet af fundne relevante referencer og det totale antal relevante referencer i en database. Genfinding er næsten altid mindre end 100 %, for det er meget svært at finde alle relevante referencer. Man kan øge genfinding ved at søge med brede søgetermer og synonymer eller vælge en mere relevant database (Buus, Kristiansen, Tingleff, & Rossen 2008).



Figur 1. Udvalgte dele af den eksisterende forskning om depressive mennesker som kan belyse hvad der kan være på spil for det deprimerede menneske i transitionen

2.1.1 Transitional Discharge Model

Forchuk har udviklet TDM-modellen (Transitional Discharge Model), som bygger på Peplaus teori om interpersonelle relationer (Forchuk et al. 1998; Forchuk et al. 2007). Modellens formål er at forkorte indlæggelsestiden, fremme integrationen i samfundet efter udskrivelse og derved øge den psykisk syges livskvalitet. Modellen bidrager til en samfundsøkonomisk besparelse og en øget arbejdstilfredshed hos personalet (Forchuk, Jewell, Schofield, Sircelj, & Valledor 1998). TDM skal skabe et sikkerhedsnet i udskrivelsesprocessen og integreringen i samfundet efter indlæggelse. Dette gøres ved, at den sindslidende fortsat har kontakt til afdelingens personale efter udskrivelsen, indtil en god kontakt er etableret til lokalpsykiatrien. Desuden etableres der støtte fra en anden sindslidende, der allerede er etableret i samfundet (Forchuk, Reynolds, Sharkey, Martin, & Jensen 2007).

2.1.2 Transition, recovery og reformulering af identitet

Depressive menneskers narrativer om deres recovery er en del af depressionsforskningen. Der vil i det følgende blive beskrevet væsentlige dele af denne forskning om recovery og den reformulering af identitet, som er et gennemgående tema i den beskrevne forskning. Desuden beskrives, hvordan social støtte påvirker processen. Fortællinger om recovery-processen har en stor variation, da det er en individuel proces, men der ligger i forskningens fund mange lighedspunkter i denne proces. Efter en kort præsentation af denne forskning vil relevante dele af forskningens fund blive beskrevet.

Kort præsentation af den anvendte forskning

Rigde og Ziebland (2006h) beskriver i deres forskning, som omhandler, hvordan depressive mennesker organiserer deres recovery, at depressive mennesker kan mangle retning i deres liv. Det at få sat ord på deres liv med depression kan hjælpe til recovery. Dog er det ikke alle, der er i stand til at skabe en fortælling.

Schreiber (1996) har i sin forskning undersøgt de psykologiske processer i depressive kvinders oplevelse af recovery-processen i den sociale kontekst. Hun fandt, at det handler om at (re)definere selvet.

Skärsäter og Willman (2006g) har lavet en sekundæranalyse af tidligere undersøgelser (Skärsäter et al. 2003e; Skärsäter et al. 2003d) hvor henholdsvis mænd og kvinder, der har været klinisk deprimerede, er interviewet i forhold til, hvordan de oplevede at komme sig efter en depression (recovery). Det blev fundet, at recovery med fordel kunne forklares ud fra begrebet transition. Desuden har Skärsäter et al. lavet undersøgelser, der omhandler oplevelsen af socialstøtte i forbindelse med det at lide af en depression (Skärsäter, Agren, & Dencker 2001a; Skärsäter, Dencker, & Agren 1999c).

Karp (1996; 1994) har undersøgt, hvordan personer med unipolær depression oplever og beskriver deres karriere⁴ med depression og vendepunkterne i denne karriere.

Forskningens fund

Recovery⁵ er en langtidsprojekt, hvor mennesket tillægger deres depression mening (Ridge & Ziebland 2006f).

⁴ Karp omtaler livet med depression som en karriere.

Der er nogle hovedtemaer i forskningen, som vil blive beskrevet under overskrifterne: *indsigt, relationen til andre og reformulering af identitet*. Disse anses som væsentlige dele af transitionsprocessen i recovery efter en depression.

Indsigt

Det at opnå indsigt vil sige, at den depressive får information og viden, hvilket giver indsigt i deres liv, sygdom og personlighed. Dette er vigtigt, da indsigt fører til gode beslutninger, et mere positivt syn på sig selv, oplevelsen af øget forståelse af sig selv og sit miljø. Derved bliver den depressive i stand til at tage ansvar for sit liv, hvilket fremmer recovery (Skärsäter et al. 2003c;Skärsäter & Willman 2006f). Ved hjælp af indsigt kan den depressive komme til at se depressionen som en del af sig selv, og ikke mere som indbegrebet af selvet. Derved kan depressionen blive meningsfuld, fordi den bringer en bevidsthed omkring selvet, som ikke tidligere har været der. Det at opnå indsigt kan blandt andet ske ved hjælp af terapi, bøger og selvhjælpsgrupper (Ridge & Ziebland 2006e).

Relationen til andre

Relationen til andre mennesker beskrives i forskningen som vigtige i recovery-processen. Mennesker med depression har flere stressfyldte livsoplevelser end andre mennesker, blandt andet har de flere skænderier med familie og partner. Desuden har kun halvdelen en fortrolig (Skärsäter, Agren, & Dencker 2001c). Mange depressive mennesker oplever mangel i den sociale støtte, specielt den emotionelle støtte og har et mindre socialt netværk end andre mennesker (Skärsäter, Agren, & Dencker 2001d;Skärsäter, Dencker, & Agren 1999b). Efter recovery øges følelsen af social støtte, men ikke antallet af mennesker i netværket (Skärsäter, Agren, & Dencker 2001e). Social støtte er fremmende for recovery (Skärsäter, Agren, & Dencker 2001f) og kontakt til ligestillede er ligeledes vigtig i transitionen (Skärsäter & Willman 2006e).

⁵ “Recovery is about seeing people and people seeing themselves as capable of recovery rather than as passive recipients of professional treatments. It is about working out strategies and taking control of our own lives. Within the Recovery Approach individuals are encouraged to learn more about their experience and to find ways to deal with their mental health experiences. People are actively supported to acquire skills, knowledge and strength to reduce the prevalence of harmful experiences in safe, simple and effective ways. A key element to Recovery is about people taking control and moving away from a negative mental health system. It is about working out ways of helping themselves, taking responsibility and having hope. Each person’s recovery is individual; there are differing views but also common themes” (Ridge & Ziebland 2006g).

Der er en tendens til, at patienter med insufficient social støtte mente, at mennesker uden for deres familie kunne give den bedste støtte, dette gjaldt specielt kvinderne (Skärsäter et al. 2003b). Midlertidig social støtte fra, for eksempel, en uddannet sygeplejerske eller selvhjælpsgruppe kan kompensere for manglende varig social støtte (Skärsäter, Dencker, & Agren 1999a).

Alle de kvinder, der var kommet langt i deres recovery, havde mindst én fortrolig (Schreiber 1996). Relationen til andre kan handle om hjælp til at løse praktiske opgaver, idet nogle depressive oplever et manglende initiativ i forhold til dette. Endvidere kan der være brug for at få fortalt, at det er i orden at være syg, og at det vil blive bedre (Skärsäter & Willman 2006d), hvilket kan tolkes som at give håb.

Det beskrives som svært for den depressive at fortælle sin historie, da de er bange for stigmatisering, og derfor sætter de en facade op og isolerer sig (Karp 1996;Karp 1994;Ridge & Ziebland 2006d;Schreiber 1996). Stigmatisering er dog ikke et tema i fundene, kun frygten for at opleve den beskrives. En anden årsag til isolationen kan være, at det er svært for den depressive at kommunikere sine følelser til andre, og det er svært for andre at forstå (Karp 1996;Karp 1994). Som et positivt resultat af isolation kan den fremme en refleksivitet, som tillader et stærkere selv at komme ud på den anden side (Ridge & Ziebland 2006c). Endvidere ses, at depressive mennesker med børn har deres rolle som forælder som livline (Schreiber 1996).

Reformulering af identitet

Reformulering af identitet ses som et gennemgående fund. I recovery-processen foregår der en del vendepunkter, der fører til en reformulering af identiteten (Schreiber 1996). Depressive mennesker har ofte gentagne depressioner, hvilket gør reformulering af identitet til en kontinuerlig proces (Karp 1996;Karp 1994). Det beskrives, at depressive mennesker langt tilbage i livet har haft en fornemmelse af, at noget var galt med dem, men de var ikke i stand til at sætte ord på, hvad det var (Karp 1996;Karp 1994).

Diagnosticering, hospitalisering og opstart af medicinering accelererer behovet for at reformulere fortid, nutid og fremtid. Det, at få en diagnose, er forbundet med lettelse, men samtidig kan det føles devaluerende. Hospitalisering er, udover at være en lettelse, forbundet med en erkendelse af at lide af en alvorlig sygdom. Desuden betyder en hospitalisering, at personens depression bliver offentliggjort. Begge dele er med til at reformulere identiteten (Karp 1996;Karp 1994).

En vigtig del af recovery-processen er det punkt, hvor man bliver i stand til at bruge viden og indsigt til at ændre tænke- og handlemåder (Schreiber 1996). Specielt det at få fokus på sig selv og egne behov, giver muligheden for at stoppe op og revurdere livet. Derved kommer der et nyt perspektiv i livet. Der tales om det gamle og det nye selv (Ridge & Ziebland 2006b). På denne måde opstår der en erkendelse af tidligere undertrykte dele af selvet, og der opstår en følelse af at være et menneske som alle andre med stærke og svage sider. Desuden erkendes, at ikke alt kan kontrolleres. I slutningen af denne recovery-proces kan der svares på ”hvem er jeg?”, og derved er recovery tæt forbundet til reformulering af den personlige identitet set i en social kontekst. Denne proces sker ofte pludseligt. Derved kan depressionen føre til et bedre liv (Schreiber 1996), da depressionen kan motivere personen til at ændre livsstil og fremme en stræben efter recovery (Skärsäter & Willman 2006c). Det modsatte kan også ske ved, at der kæmpes mod ændringer (1996). Den depressive kan enten overgive sig til en sygdomsidentitet eller se depressionen som noget, de kan komme over (Karp 1996;Karp 1994).

2.1.3 Kritisk vurdering af forskningen

Der er foretaget en kritisk vurdering af den ovenstående forskning. Et fælles kritikpunkt for alle artiklerne er, at de i deres sampling ikke har gjort rede for, hvilke informanter de har interviewet. I den beskrevne forskning er der udvalgt informanter ud fra princippet om maximal variation (Ridge & Ziebland 2006a), ud fra snowball effekten (Karp 1996;Karp 1994). Desuden er der undersøgelser, hvor det ikke er nærmere beskrevet, hvordan informanterne er udvalgt. Dog kommer det til udtryk i et demografisk skema, at der er stor variation på informanterne (Skärsäter et al. 2003f;Skärsäter et al. 2003a;Skärsäter & Willman 2006b). I Karp's undersøgelse er der en betydelig overvægt af højtuddannede, hvilket kan ses som et resultat af samplingsmetoden. Samtidig kan dette have betydning for fundene, da det formodes at højtuddannede har en anden indsigt i livet.

Dette besværliggør overførbareheden af undersøgelsesfund.

Karp synes at have et noget negativt syn på depressionskarrieren, idet han beskriver, hvordan depressionen altid vil komme tilbage og at hele processen med

reformulering af identitet vil være en kontinuerlig proces. Måske kan dette syn på depression være påvirket af hans egne personlige erfaringer med depression?

I Schreibers forskning (1996) er kun kvinder med høj uddannelse inkluderet, og det er ikke muligt at se om kvinderne er diagnosticeret depressive. Forfatteren giver det indtryk, at kvindernes depression kan skyldes, at de skal leve op til store forventninger fra dem selv og deres omverden, forventninger de ikke kan honorere. Derved kan man blive i tvivl om, om det er en klinisk depression, disse kvinder lider af, hvilket må være et gældende kriterium, når formålet er at undersøge depression.

Jeg vil i afsnit 4.4.2 komme nærmere ind på kritikken af udvælgelse af informanter.

2.1.4 Opsummering

Forskningen viser, at det i udskrivelsen er vigtigt med en god kontakt til personalet på den psykiatriske afdeling, indtil kontakt til lokalpsykiatrien er etableret. Det opleves som vigtigt at få støtte i forhold til praktiske gøremål og opmuntring, hvis transitionen skal forløbe sundt. Desuden fremkom det, at social støtte fra det sociale netværk er vigtig, men at sygeplejen og ligestillede også kan være en uundværlig støtte i transitionen og recovery-processen. Det tyder på, at recovery og transition er tæt forbundet og det i processen er essentielt, at der opnås en indsigt ved hjælp af terapi, selvhjælpsgrupper el. lign. Dette kan sætte gang i reformuleringen af identiteten. Processen beskrives som kontinuerlig.

Ovenstående leder frem til, at transition som et begreb i den psykiatriske sygepleje er undersøgt tidligere. Der findes viden om aspekterne i en transition og om, hvordan transition som udskrivelsesproces opleves. Desuden er der viden om, hvordan transition ses som en del af recovery, men der er en mangel i vores viden omkring, hvordan det depressive menneske oplever det at blive udskrevet fra psykiatrisk afdeling og komme hjem og få kontakt til lokalpsykiatrien. I den eksisterende forskning er udvælgelsen af informanter ikke velbeskrevet.

På baggrund af litteraturgennemgangen ses transition som et relevant begreb at bruge som teoretisk referenceramme i det videre arbejde med problemstillingen. Derfor vil der i det følgende blive beskrevet en sygeplejeteoretisk referenceramme, der i

samspil med ovenstående litteraturgennemgang vil blive brugt til at undersøge specialets problemstilling.

2.2 Transition som teoretisk begreb

Transition er undersøgt i forskellige sammenhænge, bl.a. i antropologien (Van Genneep 1960) og i en viderebearbejdning af denne tænkning til at omhandle transition i livssituationer som en del af den personlige udvikling (Bridges 1996). Inden for sygeplejen, som er mit fokus, er transition bl.a. udforsket af Meleis (Chick & Meleis 1986; Meleis & Trangenstein 1994; Meleis et al. 2000; Meleis 2007c; Schumacher & Meleis 1994). Meleis anser transition som et centralt begreb i sygeplejen (Meleis 2007a).

Jeg vil i det følgende trække de centrale aspekter ud af denne forskning kombineret med et review lavet af Kralik et al (Kralik, Visentin, & Van Loon 2006). Formålet med Meleis' og Kraliks forskning er at bygge videre på den oprindelige sygeplejefaglige forståelse af transition (Chick & Meleis 1986; Schumacher & Meleis 1994), samt at udforske begrebet med henblik på nye forståelser. Meleis' teori er udviklet siden 1986 (Chick & Meleis 1986) og er nu en middelfrange theory⁶ (Meleis 2007b). Denne teoretiske ramme bygger på følgende definition: "*a passage from one life phase, condition, or status to another... Transition refers to both the process and outcome of complex person-environment interactions. It may involve more than one person and is embedded in the context and the situation*" (Meleis & Trangenstein 1994:256). Der er fire typer transition som er relevante for sygeplejen: udviklingsmæssig, situationel, sygdom-rask og organisatorisk⁷ (Meleis & Trangenstein 1994). Set i relation til min problemstilling er det sygdom-rask transitionen, der er fokus

⁶ Middelfrange theory er en teori, der er mindre abstrakt end de store sygeplejeteorier. Den har et specifikt fænomen eller begreb som fokus og reflekterer praksis.

Processen i at lave en middelfrange theory kan kort beskrives som følgende: Kliniske observationer af patienter, der skal indtage nye roller → identificere ligheder og forskelle → lave en begrebsbaseret intervention → teste resultater → implementere → afslører mangler i den oprindelige viden → lave review af den eksisterende forskning → fremanalysere forskelle og ensheder og udvikle en teori → rapportere teorien

⁷ Udviklingsmæssig transition, her er overgangen til at blive forældre mest undersøgt.

Situationel transition, her er uddannelsesmæssige overgange og overgange i forbindelse med den professionelle rolle.

Den organisatoriske overgang er de overgange der foregår i miljøet: det sociale, økonomiske og politiske miljø.

på. Denne transition omhandler blandt andet recovery-tanken, overgange inden for sundhedssystemet i forbindelse med sygdom og det at være kronisk syg.

Transitionen opstår, når et menneskes nuværende liv bliver ændret, og der opstår et behov for at skabe en ny virkelighed. Transitionen består ikke kun af ændringen, men af hele processen (Kralik, Visentin, & Van Loon 2006). Transition indikerer en forandring i helbredsstatus, rolle, forventninger eller evner, og dette kræver, at personen ændrer adfærd, syn på sig selv i den sociale kontekst og indtager ny viden (Meleis 2007a;Meleis 2007b). En sund transition handler om at lære at mestre den nye situation og få tillid til, at man kan klare processen. Dette indebærer, ud over gode relationer, subjektiv velvære, udfyldelse af den nye rolle og, at man kan se meningen med transitionen (Kralik, Visentin, & Van Loon 2006;Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher 2000;Meleis 2007b). Transition er et komplekst samspil af tilpassende aktiviteter i forsøget på at klare forandringerne og man må i en eller anden grad være bevidst om, at man er i processen og være engageret i processen (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher 2000;Meleis 2007c). Det handler om at skabe en ny identitet, hvilket, Kralik mener, er essentielt for transitionen (Kralik, Visentin, & Van Loon 2006). Transitionen kan hæmmes, når mennesket har svært ved at adskille sig fra tidligere identitet og derved har svært ved at tilpasse sig den nye rolle, eller leve op til egne eller andres forventninger (Kralik, Visentin, & Van Loon 2006). Meleis fremhæver, at mennesket lærer de nye roller i interaktionen med andre mennesker. Derfor er gode relationer – også til sundhedspersonale – vigtigt i transitionen (Meleis 2007a).

Tidsperioden for, hvor lang en transition er, kan ikke fastsættes (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher 2000) og transitionen kan beskrives som en proces, der går frem og tilbage (Kralik, Visentin, & Van Loon 2006).

Transition kan have forskellige konsekvenser for mennesker; For at få forståelse for en andens transition må man forstå deres oplevelse af transitionen set i lyset af den kontekst, de lever i (Meleis 2007c).

Omsorg og egenomsorg må være balanceret i transitionen, og derfor er det vigtigt, at sygeplejen søger at maksimere patientens styrker, potentialer og egenskaber (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher 2000).

Transitionen kan gøre mennesker mere sårbare og marginalisere dem (Meleis 2007c). Kulturelle overbevisninger og holdninger kan føre til stigmatisering, som

påvirker åbenhed omkring transitionen, manglende åbenhed vil hæmme en sund transition (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher 2000).

Meleis har fundet, at sygeplejersken har en vigtig rolle i at forberede, støtte og fremme transition (Meleis 2007c). Ligeledes er det vigtigt, at sundhedspersonalet er bevidst om transitionsprocessen for at kunne deltage (Kralik, Visentin, & Van Loon 2006).

Herved ses, at transition ud fra ovenstående er en individuel proces, som sætter mennesket i en situation, hvor han må skabe sig en ny identitet. Han kan have brug for hjælp fra sundhedspersonale i transitionen for at bevare en gunstig balance mellem egenomsorg og omsorg. Det fordrer af sundhedspersonalet, at de kan gå med ind i processen og støtte der, hvor mennesket har behov for det.

Som litteraturgennemgangen viste, er transition og recovery tæt forbundene. Både i den sunde transition og i recovery ligger reformulering af identiteten. En identitet, som for det depressive menneske kontinuerligt vil være under reformulering. Den transition, som er dette speciales fokus, er den, der foregår, når den depressive person udskrives, kommer hjem og får etableret kontakt til lokalpsykiatrien. I denne transition ligger der en proces, hvor personen stræber efter at få det bedre – recovery. I processen er det vigtigt at opnå indsigt og have en god relation til andre mennesker.

2.3 Forskningsspørgsmål

På baggrund af den ovenstående problemformulering, litteraturgennemgangen og den teoretiske referenceramme vil jeg arbejde videre med specialet i en teoristyret undersøgelse af, hvordan det depressive menneske undervejs i den tidslinje, der ligger i indlæggelse, udskrivelse og det at komme hjem, beskriver oplevelsen af transitionen og derved også deres vej mod recovery.

Jeg vil på denne baggrund formulere tre forskningsspørgsmål, som vil blive søgt besvaret i dette speciale.

- Hvordan opleves vigtigheden af de sociale relationer i transitionen?
- Hvordan opleves transitionen fra udskrivelsen til hjemmet med kontakt til lokalpsykiatrien?
- Hvordan opleves identitetsfølelsen i transitionen?

3. Metodeafsnit

I dette speciale vægtes beskrivelse af metoden højt for at øge undersøgelsens transparens og efterfølgende følges denne metode stringent. Dette gøres for at øge troværdigheden af undersøgelsens fund (Polit & Beck 2006).

3.1 Specialets opbygning

Jeg vil indlede med en beskrivelse af det metodologiske grundlag for undersøgelsen, som er Ricoeurs filosofi og etik. Denne metodologi vil påvirke specialets metode og design. Jeg vil dernæst beskrive, hvorfor denne undersøgelse er vigtig og relevant at gennemføre. Efterfølgende vil specialets metode blive beskrevet. I metodeafsnittet som tager udgangspunkt i det halvstrukturerede, kvalitative interview, indgår specialets design, som omhandler forberedelser, udvælgelse af informanter, interviewguide, interview, transskription og analysemetode. Derefter vil undersøgelsens fund blive præsenteret. Disse består af tre hovedtemaer: *oplevelsen af støtte*, *oplevelsen af mangel på støtte* og *reformulering af identitet*. Diskussionsafsnittet deles op i to afsnit. Først en kritisk diskussion af specialets fund og dernæst en kritisk diskussion af specialets metode. Specialet afsluttes med en konklusion og efterfølgende perspektiveres i forhold til, hvad der kan bygges videre på i relation til undersøgelsens fund.

3.2 Metodologi

Når man vil undersøge depressive patienters oplevelser, vil det være relevant at gå til fænomenologien, idet man her er optaget af menneskers oplevelse af fænomener (Pedersen 2005). Da der ønskes at opnå viden om, hvordan de depressive patienter

oplever transitionen fra indlæggelse til det at komme hjem, må jeg spørge nogle udvalgte patienter. Derved er en del af metoden til belysning af problemstillingen det, Kvale betegner som det halvstrukturerede interview: ”... *der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener*” (Kvale 1997:19). Denne fortolkning af tekster er det centrale i hermeneutikken (Gadamer 2004). Den franske filosof og etiker Paul Ricoeurs tænkning peger hermeneutikken på den fænomenologiske filosofi – en kritisk hermeneutik (Hermansen & Rendtorff 2002). Derved går Ricoeur ind og tilføjer fænomenologien fortolkningen af det, der umiddelbart viser sig (Pedersen 2005:58). Derfor anses det som relevant at anvende Ricoeurs tænkning i forhold til tekst og fortolkning, beskrevet i den trefoldige mimesis som inspiration til en metode til en kvalitativ interviewundersøgelse. Ricoeur er en anerkendt filosof og har i sit omfattende forfatterskab gået i dialog med og ladet sig inspirere af mange forskellige filosofiske strømninger og er fortaler for, at filosofi ikke kun skal være forbeholdt universiteter, men udmøntes i en praktisk visdom, der er nærværende for alle mennesker (Rendtorff 2000). Inden for sygeplejevidenskaben er Ricoeurs tænkning anvendt som inspiration til metode blandt andet i Pedersens⁸ og Hounsgaards⁹ sygeplejefaglige ph.d. afhandlinger (Hounsgaard 2004;Pedersen 2005). Dette vidner om, at hans tænkning også kan anvendes inden for sygeplejefaglig forskning.

Ricoeur betegnes som en fremragende etiker (Kemp 2001), og mener, at man i forskning må gøre sig etiske overvejelser (Kemp 2001;Ricoeur 1994). I relation til metodeudvikling må der foretages etiske overvejelser i alle led af undersøgelsen, derfor anvendes Ricoeurs etik som grundlag for de etiske overvejelser i dette speciale.

I det følgende vil specialets metodologiske grundlag blive beskrevet idet dette er fundamentet for hele specialets metode. Dette er illustreret i figur 2.

⁸ Birthe Pedersen, Ph.d., hvis afhandling afdækker hvorledes sygeplejerskers oplevelser fra praksis kommer til udtryk i et hverdagsprog, der kan øge forståelse og viden.

⁹ Lise Hounsgaard, Ph.d., hvis afhandling afdækker, hvilken betydning det har for raske menneskers liv at få påvist en sygdomsrisiko ved screeningsundersøgelser.

3.2.1 Ricoeurs etik

I relation til Ricoeurs tanker om etik bruges dele af bogen "Oneself as another" (Ricoeur 1994). Jeg vil anvende Ricoeurs etik, der bygger på hans tanker om "den Anden". Ricoeurs tanke om, etikken er: "*aiming at the "good life" with and for others, in just institutions*" kaldet den "den etiske vision" (Ricoeur 1994:172). Heraf udspringer Ricoeurs tanker om moral og etik relateret til forskning. Dette vil blive suppleret med dele af Kemps kritiske beskrivelse af Ricoeurs etik (Kemp 2001).

Ricoeurs etik udspringer af hans tanker om selvet. For at kunne drage omsorg for den anden og respektere ham, må man som menneske forholde sig til og respektere sig selv. Man tager altid udgangspunkt i sig selv, når man møder et andet menneske, og derved vil man som udgangspunkt være ansvarlig (Ricoeur 1994).

Ifølge Ricoeur bør hermeneutikken bidrage til det, han kalder den etiske vision, det gode liv med og for den anden i fællesskabet (ibid.). Det vil sige, at det gode liv bør være pejlemærket for vores handlinger, og at mennesket på den baggrund bør søge at skabe det bedst mulige liv sammen med andre til gavn for fællesskabet.

Ricoeur taler også om etikken i relation til forskning. Han mener, at hensynet til den andens sårbarhed og værdighed må være det vigtigste i forskningen. Etikken er en vision, der skal præge hele vores liv, og derfor må forskningen også tilrettelægges efter denne (Kemp 2001). I relation til at udarbejde en metode kan den etiske vision bruges til, at man i sin forskning må have informantens gode liv som sigte, og at man viser ham omsorg. Men man må også tænke på fællesskabet (Ricoeur 1994), hvilket kan forstås som, at den viden, der fremkommer af et studie, skal fremme det gode og retfærdige liv for den undersøgte gruppe.

Morallovene er regler, hvori en respekt for den andens autonomi og værdighed er underforstået, de søger at beskytte den andens gode liv. Moralen kan udtrykkes i love og regler, men er også i individets egen samvittighed. Pligter, forbud og påbud er kun midler til at opnå retfærdighed, ikke det grundlæggende i selve etikken (Ricoeur 1994). Disse regler og love kan i relation til forskning ses som Helsinki II – deklARATIONEN og de Etske Retningslinjer for Sygeplejeforskning i Norden (SSN 2003).

Ricoeur lader sig inspirere af Aristoteles' phronesis-begreb og kalder det "praktisk visdom". Den praktiske visdom er vores vejledning og bruges i situationer, hvor man ikke umiddelbart kan bruge morallovene (Kemp 2001; Ricoeur 1994).

3.2.2 Ricoeurs tanker om Mimesis

I relation til at opnå forståelse for den del af Ricoeurs forfatterskab, der omhandler tekst og fortolkning, har jeg udvalgt nogle centrale tekster (Grøn 1979; Ricoeur 1973b; Ricoeur 1973c; Ricoeur 1979; Ricoeur 2002). Desuden har jeg valgt at supplere originallitteraturen med fortolkninger af Ricoeurs filosofi (Grøn 1979; Hermansen & Rendtorff 2002; Hounsgaard 2004; Pedersen 2005; Rendtorff 2000).

Mimesis, en model i tre niveauer, kan forstås som et epistemologisk redskab til at forstå menneskelige, umiddelbare handlinger over et tidsforløb. Dette sker gennem skabelse af fortællinger, som er konstruerede billeder af virkeligheden. Disse kan via fortolkning skabe en forståelse for meningsfulde handlinger og menneskets umiddelbare følelsesliv (Hermansen & Rendtorff 2002; Ricoeur 2002). Deraf forstås, at det enkelte depressive menneskes historie ved at komme gennem mimesis bliver til en tekst, der af fortolkeren åbnes til en fælles forståelse af verdenen - depressive menneskers oplevelser af transitionen fra indlæggelse til at være hjemme med kontakt til lokalpsykiatrien.

I Ricoeurs kritiske hermeneutik er der ikke en modsætning, men en gensidighed mellem forklaring og forståelse. Ricoeur mener, at distanceret forklaring må tjene til forståelsen (Hermansen & Rendtorff 2002; Ricoeur 1973c). Derved kan man som fortolker gennem de tre mimesis komme fra overfladetolkning til dybdefortolkning – herved fra forklaring til forståelse. Herom beskriver Ricoeur, at processen er en endeløs spiral, idet man lader formidlingen gå gennem samme punkt adskillige gange, dog på forskellige niveauer. På den måde afdækkes flere af tekstens meningsslag (Ricoeur 2002).

Mimesis I er den del af mimesis, der indeholder det enkelte menneskes oplevede livsverden og den forforståelse, som individet har af denne virkelighed (Ricoeur 2002). Det er stoffet til den fortælling, der i mimesis II bliver til tekst.

Mimesis II er fortællerens udlægning af begivenheder over tid, hvor forskellige elementer og begivenheder samles til en samlet fortælling (Ricoeur 2002). Fortællingen er indlejret i den kontekst, fortælleren oplever sin livsverden i.

Når fortællingen omdannes til tekst, kan den blive genstand for videre fortolkning. ”Tekst er enhver diskurs, der er fæstnet ved skrift” (Ricoeur 1973b). Når teksten er

skrevet, forlader den ved læsningen forfatteren, men ikke den kontekst, den kommer fra. Virkeliggørelsen af teksten sker i fortolkningen (Ricoeur 1973b).

Overgangen til **mimesis III** sker, idet teksten bliver læst (Ricoeur 1973c). Ricoeur skriver, at mimesis III er selve udløbet af mimesis, skæringspunktet mellem tekstens verden og læserens verden. Det er i dette led, fortolkningen sker (Ricoeur 2002).

Fortolkningen foregår ikke bag om teksten, hvor man lever sig ind i forfatterens oprindelige situation, men foran teksten hvor teksten løsrives fra forfatterens subjekt, i en proces hvor man både ser helheden og enkeltdelene, og derved bliver teksten en fælles sag, der siger noget om den fælles verden (Grøn 1979; Pedersen 2005). Der er et meningsoverskud i teksten, som kan fanges ved fortolkning (Hounsgaard 2004:26).

Fortolkningen foregår ved, at forskeren må gætte på betydninger af teksten. Disse gæt kan være forskellige, da de vil være påvirket af den horisont, man befinder sig i (Hermansen & Rendtorff 2002). At der ikke findes utallige fortolkningsmuligheder skyldes ifølge Ricoeur, at man i fortolkningsprocessen må argumentere for sandsynligheden af sine gæt, derved bliver alle gæt ikke lige gode (Ricoeur 1973c).

Ricoeur mener, at forståelse påvirker den fremtidige handlen, fordi menneskets måde at tænke på gennem fortolkningen er blevet anderledes (Pedersen 2005).

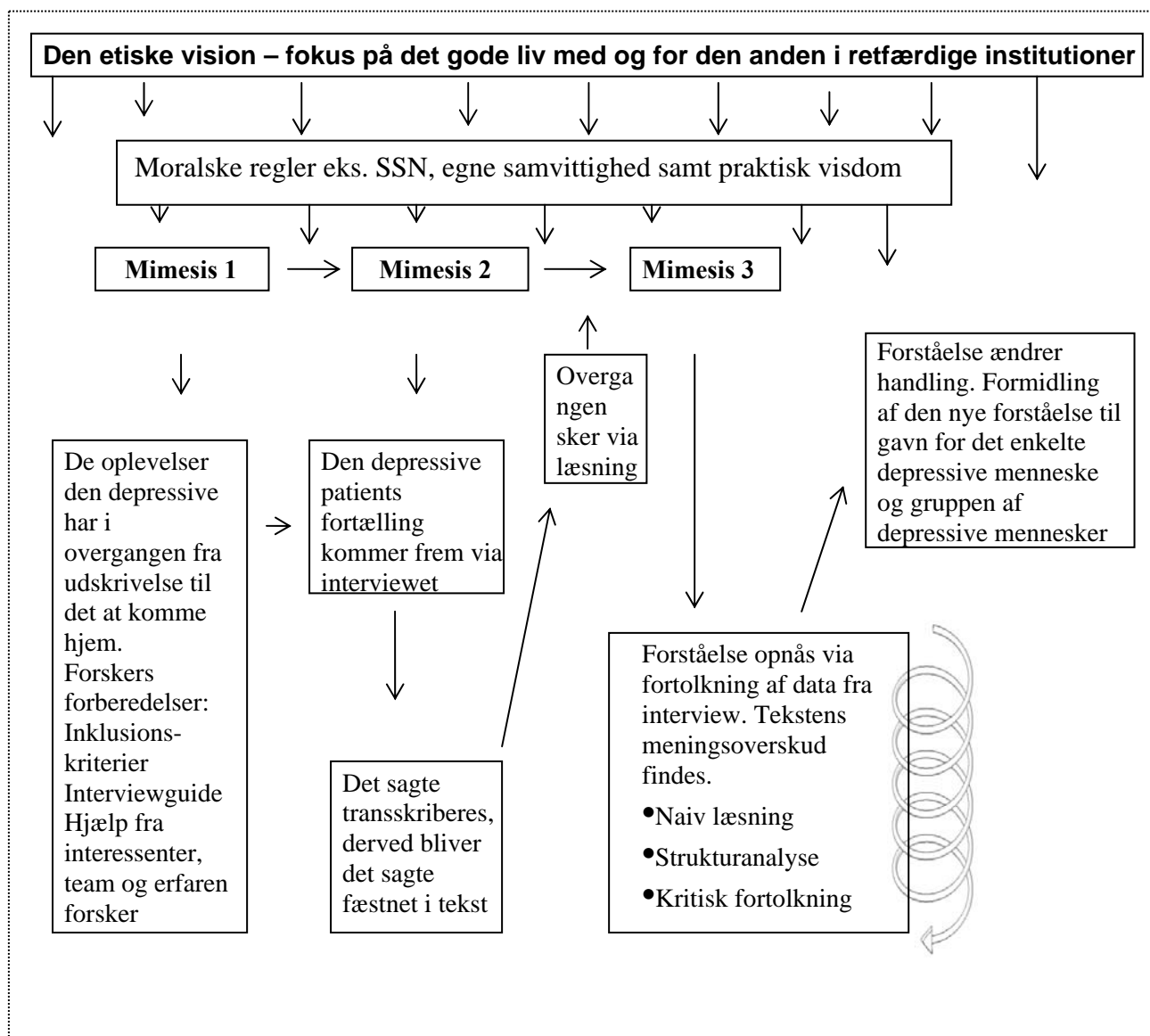
Selve fortolkningsprocessen kan ifølge Pedersen listes op i tre led, der samler ovenstående. Her kommer spiralen til udtryk, fordi fortolkeren bevæger sig dybere ned i forståelsen ved at gå frem og tilbage mellem tekst og fortolkning. Disse vil blive beskrevet ud fra Ricoeur (Ricoeur 1973c) og Pedersen (Pedersen 2005):

Naivlæsning er den første læsning, hvor læseren får et helhedsindtryk af teksten og lader sig berøre af teksten. Læseren kommer med umiddelbare gæt på mening som nedskrives og giver anledning til begyndende spørgsmål.

Strukturanalysen er en proces, hvori forklaringen af tekstens mønstre på tværs af teksterne foregår og teksten kodes efter betydnings- og meningsenheder, som relateres til de spørgsmål den naive læsning bragte op. Her handler det om, hvad teksten siger.

Kritisk fortolkning er en proces, hvor de enheder, der blev fremanalysert i strukturanalysen, fortolkes, og meningsoverskuddet i teksten findes. Her går fortolkeren mellem den konkrete tekst og det almene.

Den ovenstående beskrivelse af Ricoeurs tænkning omkring fortolkning vil blive anvendt som baggrund for specialets analyse og fortolkningsmetode (se afsnit 3.4.6).



Figur 2. Metodeoversigt inspireret af Ricoeurs tænkning

3.3 Vigtigheden af denne undersøgelse

Der kunne være etiske bekymringer i relation til at undersøge, hvad depressive mennesker oplever, idet disse mennesker kan anses som sårbare. I relation til at interviewe svage informanter beskriver Kirkevold og Bergland vigtigheden af, at man ikke undlader at lave undersøgelser af sådanne grupper, men derimod sammensætter et

undersøgelsesdesign, der gør det muligt at opnå forståelse for disse gruppers oplevelser (Kirkevold & Bergland 2007). Desuden beskrives det i en interviewundersøgelse lavet med depressive mennesker, at disse har haft en god oplevelse med at fortælle deres historie i forbindelse med interview (Karp 1994;Smith 1999).

I vores samfund eksisterer tabu og stigmatisering omkring det at være psykisk syg, hvilket kan gøre det svært for det enkelte menneske at leve med depression (Andersen 2004;Christensen 2006). Hvis man undlader at undersøge sårbare grupper, bidrager man til øget stigmatisering af denne gruppe. En undersøgelse, hvis design bygger på grundige etiske overvejelser, kan skabe viden om et fænomen, som ikke tidligere er undersøgt. Derved kan sygeplejen til denne gruppe forbedres. Jeg har tilrettelagt min undersøgelse ud fra nøje etiske overvejelser på baggrund af Ricoeurs etik, Etiske retningslinjer for Sygeplejeforskning i Norden og Helsinki II - deklARATIONEN. Og jeg har løbende haft diskussioner under hele projektet med interessenter, gatekeepers, team omkring etik. Derved anser jeg undersøgelsen som værende etisk forsvarlig og fremmende for bedre forhold for de depressive menneskers transition mellem hospital og eget hjem. Yderligere beskrivelse af det ovenstående vil komme løbende gennem hele specialet.

3.4 Undersøgelsens design

Som beskrevet er det kvalitative forskningsinterview valgt som metode til at undersøge den valgte problemstilling. I relation til interview som metode er designet inspireret af Kvale (1997).

Forforståelse

Det er vigtigt at have bevidsthed om sin forforståelse i forskningsmæssigt sammenhæng og eksplicit gøre rede for denne, for herved at kunne sætte den i spil (Fredslund 2004;Malterud 2003). Den teoretiske forforståelse er tydeliggjort i litteraturgennemgangen. Den faglige forforståelse er mit faglige perspektiv og erfaring som sygeplejerske. Den metodiske forforståelse kommer til udtryk i specialets metodiske overvejelser, hvilket er vigtigt, idet valg af metode påvirker undersøgelsens resultater (Fredslund 2006).

I mit speciale har jeg valgt at arbejde teoristyret, hvilket vil sige, at jeg bruger min forforståelse aktivt. Dette fører til at interviewguide og analyse er fokuseret, samtidig med at der tilstræbes sensitivitet for andet, end hvad teorierne siger (Olsen 2002). Det at arbejde fokuseret kan modvirke naiv 'common sense' fund (Silverman 2005).

For at sætte min forforståelse i spil, hvilket er et krav i den hermeneutiske tilgang, skal jeg være åben for påvirkninger, hvilket er søgt opnået gennem følgende tiltag: Jeg har diskuteret projektets faser med interessenter, i netværksgruppe og team. Endvidere har jeg under interviewene haft en bevidst åben tilgang til informanternes fortælling og prøvet at forfølge de svar, der ikke "passede" ind i min forudindtagede viden om problemstillingen.

3.4.1 Forberedelser

For at gennemføre en undersøgelse må man lave grundige forberedelser. Til dette speciale har jeg lavet flere nødvendige forberedelser, der går forud for udarbejdelsen af det egentlige speciale. Derfor vil jeg i det følgende redegøre og argumentere for disse forberedelser med det formål at redegøre for en åben og synlig arbejdsproces.

Projektbeskrivelse

Jeg har før projektstart udarbejdet en udførlig projektbeskrivelse, som har haft den funktion at styre projektet (Madsen 2006).

Det er vigtigt at inddrage interessenter i projektet på et tidligt tidspunkt, det vil blandt andet sige den institution, man arbejder under, og i samarbejde med disse udarbejde en plan for projektforsløbet (Andersen 2005). Alle forberedelser til projektet er lavet i tæt samarbejde med Center for Psykiatrisk Forskning i Risskov, som er denne undersøgelses interessenter. Projektbeskrivelsen har været min vej til at hente godkendelse til projektet hos interessenterne, som desuden har superviseret og undervist mig under hele forløbet. Projektbeskrivelsen er blevet godkendt på alle ledelsesniveauer. Dette lever op til Ethiske Retningslinjer for Sygeplejeforskning i Nordens (SSN 2003).

Lægmandsbeskrivelse

Ricoeur mener, at man skal behandle det andet menneske med værdighed for at kunne efterleve den etiske vision (Ricoeur 1994). Værdigheden kan forsøges bevaret, hvis informanten er velinformeret om undersøgelsen, inden han tager stilling til, om han vil

deltage. Informationen, som er givet gennem en lægmandsbeskrivelse (bilag 4), er en kort beskrivelse af undersøgelsens formål, der giver informanten et fyldestgørende indblik i undersøgelsen og hans rolle i denne. Når informanten har disse oplysninger, kan han give sit informerede samtykke. I denne undersøgelse har informanten modtaget lægmandsbeskrivelsen gennem den distriktssygeplejerske, som er hans kontaktperson i lokalpsykiatrien. Ifølge Silverman (Silverman 2005) er 'gatekeepers' en måde, hvorpå man kan komme i kontakt med informanter i lukkede settings, som eksempelvis hospitalsverdenen. En forskningssygeplejerske og den ledende overlæge var 'gatekeepers' i forhold til mit projekt. Gennem disse fik jeg tilladelse til at kontakte informantens kontaktsygeplejerske i lokalpsykiatrien. Lægmandsbeskrivelsen var påsat et billede af mig, så informanten vidste, hvordan jeg så ud, hvilket formodes at skabe en vis tryghed før første møde.

Opstart af refleksionsfremmende værktøjer

Ifølge Ricoeurs tænkning må forskerens erkendelse opnås gennem mimesis ved en fortsat refleksion, der åbner op for, at forskeren bliver opmærksom på, at hans forforståelse farver den måde, han ser verdenen på. Det betyder, at refleksionen tjener til, at man under hele processen tvinges til at se det, der ligger foran teksten, det der ikke umiddelbart er synligt.

Der er under hele forløbet ført logbog, som dokumenterer ændringer og refleksioner gennem hele projektet og afspejler forforståelsen, hvilket i litteraturen anses som en væsentlig dokumentation for undersøgelsen (Andersen 2005;Madsen 2006;Malterud 2003).

Det anbefales, at man arbejder i teams, idet et godt samarbejde kan virke som en god cirkel, der fremmer kreativiteten, giver sparring og konstruktiv kritik (Andersen 2005;Fredslund 2004). Jeg har under hele processen arbejdet tæt sammen med en anden kandidatstuderende, der har fremmet en sådan positiv proces og givet mange refleksioner. Desuden har jeg præsenteret og diskuteret mit projekt med en netværksgruppe, som består af personer med interesse for forskning i psykiatrisk sygepleje.

Etiske forberedelser

Undersøgelsen lever op til Etiske Retningslinjer for Sygeplejeforskning i Norden (SSN 2003). Den videnskabetiske komité blev kontaktet med henblik på, om undersøgelsen skulle vurderes der, hvilket den ikke skulle (bilag 6). Dette fordrer af mig, som forsker, at jeg må gøre mig grundige etiske overvejelser. Desuden er undersøgelsen anmeldt til datatilsynet.

3.4.2 Udvalgelse af informanter

Det er væsentligt for validiteten af undersøgelsen at gøre sig klare overvejelser om, hvorfra der skal indsamles data (Malterud 2003). Derfor må udvælgelse af informanter nøje overvejes. For at kunne udvælge informanter, der er relevante for problemstillingen, må der opnås kendskab til feltet. Derfor har jeg dels læst mig ind i feltet, dels fået supervision af erfarne forskere i feltet. På baggrund af dette har jeg valgt at udvælge informanterne ud fra kriteriebestemt udvælgelse (Maunsbach & Lunde 2003), hvor det er vigtigt at gøre det eksplicit, hvilke overvejelser der ligger bag udvælgelsen. En velovervejet udvælgelse er vigtig for resultaternes overførbarhed, hvilket ifølge Malterud er et udtryk for i hvilken grad fundene kan gøre sig gældende uden for den sammenhæng, hvor undersøgelsen er gennemført (Malterud 2003). I den kritiske vurdering af litteraturgennemgangen blev det vist, at der var problemer i forhold til udvælgelse af informanter og derved med overførbarheden af disse undersøgelser. Derfor har jeg i denne undersøgelse valgt eksplicit at gøre rede for inklusions- og eksklusionskriterierne. Endvidere scores informanterne med Hamilton-test og MMSE-test (disse bliver nærmere beskrevet i et følgende afsnit). Derved kan jeg udtale mig om, hvilken gruppe mennesker mine fund er gældende for og derved er den interne validitet høj (Malterud 2003).

Desuden er det ifølge Ricoeurs etiske vision vigtigt, at den andens sårbarhed og værdighed varetages (Ricoeur 1994), og derfor ligger visionen op til grundige overvejelser i relation til inklusions- og eksklusionskriterier.

Jeg har fastlagt inklusions- og eksklusionskriterier og inkluderet alle personer inden for disse. Inden for disse personer vil der være en naturlig variation.

	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Informant	<p>ICD10 diagnosekode F31-33 som primær diagnose.</p> <p>Voksne - mellem 25 til 65 år.</p> <p>Mellem en måned og tre måneder fra udskrivelsen.</p> <p>Kontakt til lokalpsykiatrien.</p> <p>Forstå og tale dansk.</p>	<p>Personer der er i remission.</p> <p>Personer med en bipolar affektiv sindslidelse hvor de pt. er hypomane eller maniske.</p> <p>Personer med diagnosen 31.6 som er en blandingstilstand, hvor der er hurtige skift mellem mani og depression.</p>

Figur 3. Oversigt over inklusions- og eksklusionskriterier.

Rekruttering af informanter

En sekretær blev bedt om at identificere alle de aktive patienter i lokalpsykiatrien i et bestemt område, som har ICD10 diagnosekoderne F31 – 33, og som har været indlagt inden for de sidste 3 måneder.

Der fremkom seks personer, fire kvinder og to mænd. Alle blev spurgt om de ville deltage, og alle indvilligede heri. Derved var der ingen frafald i undersøgelsen, hvilket gør en frafaldsanalyse irrelevant.

MMSE og Hamilton -tests

Jeg har valgt at udfører en MMSE-test og en Hamilton-test på alle mine informanter. Disse tests udføres for at kunne sige noget om den gruppe, jeg interviewer, derved øge den interne validitet (Malterud 2003).

Depressive patienter kan være kognitivt forstyrret (Licht W. 2006). MMSE-testen belyser, i hvilken grad informanten er kognitivt forstyrret (bilag 3). Denne test tager 5 minutter og består af spørgsmål og små opgaver. En score mellem 27 og 30 viser ingen kognitiv forstyrrelse. Alle informanter lå inden for denne score.

En Hamilton-test¹⁰ belyser, i hvilken grad informanten er depressiv (bilag 2). I relation til Hamilton-testen anvender jeg et semi-struktureret interview, der er baseret på Hamiltons Depressionsskala – HDS-17. Informanten bliver spurgt ind til, hvordan ham/hun har haft det inden for de sidste tre dage. Testen tager 10 til 15 min at gennemføre. Inden for hvert af de 17 item kan informanten score point. Jo højere score jo kraftigere depression.

Depressionsgrad	Score
Ingen depression	0-12
Depressiv enkeltepisode af let grad	13-17
Depressiv enkeltepisode af moderat grad	18-29
Depressiv enkeltepisode af svær grad	>29

Figur 4. Hamilton score

Fire informanter havde ingen depression. En informant havde en let depression og en informant havde en moderat depression.

Testen blev optaget på bånd, så det var muligt at høre det mange gange i forbindelse med scoringen. Jeg er blevet undervist af læger på Risskov Psykiatrisk Hospital i hvordan testen anvendes.

¹⁰ Den anbefalede test til at vurdere sværhedsgraden af depression i henhold til Referenceprogram for unipolar depression hos voksne (Sundhedsstyrelsen 2007)

Informant	Alder	Køn	Diagnose	Civilstand	Børn	Vurderet netværk ¹¹	Hamilton/MMSE	Sted for interview
1	65	♀	32.3	Gift	2	Godt	5/26	Hjem
2	51	♂	32.3	Gift	0	Godt	8/26	Hjem
3	32	♀	33.9	Gift	2	Dårligt	13/28	Lokalpsykiatri
4	53	♂	32.3	Enlig	0	Godt	4/30	Lokalpsykiatri
5	44	♀	31.3	Enlig	2	Godt	20-22/30	Hjem
6	29	♀	31.4	Enlig	0	Godt	8-10/30	Hjem

Figur 5. Beskrivelse af informanter

3.4.3 Interviewguide

En interviewguide danner rammen for relevante spørgsmål, der åbner op for det udforskede tema (Kvale 1997). Den intern validitet er påvirket af om det undersøgelsesinstrument, jeg udvikler siger noget om det, jeg spørger om (Malterud 2003).

En grundigt gennemtænkt interviewguide anses som et vigtigt værktøj at få udarbejdet, idet konsekvensen af en ugentænkt interviewguide kan være et interview, der intet relevant stof bringer til videre analyse. Derved er informantens tid og tillid spildt, og visionen om at bringe den enkelte og fællesskabet noget, der kan fremme det gode liv, er tabt. Derfor er det vigtigt, at man som interviewer sætter sig grundigt ind i emnet, der interviewes om (Kvale 1997). På baggrund af disse overvejelser er interviewguiden halvstruktureret og tematisk opbygget i relation til den teoretiske forforståelse, der er præcenteret i litteraturgennemgangen (Jensen 2000;Kvale 1997). Der stilles på denne baggrund en række interviewspørgsmål i guiden, som er de spørgsmål, jeg stiller informanten.. Disse spørgsmål er formuleret som åbne spørgsmål, der lægger op til at informanten fortæller. I det tilfælde spørgsmålet ikke besvares tilstrækkeligt er der formuleret uddybende spørgsmål - hjælpespørgsmål. Kvalets ni forskellige spørgemåder er medtænkt i spørgsmålene (Kvale 1997).

¹¹ Beskrivelsen af netværk er en tolkning af informantens udsagn under interviewet.

Det anbefales i litteraturen, at man øver interview i rollespil (Kvale 1997). En erfaren forsker har interviewet mig med guiden i et rollespil, hvor jeg agerede informant. På den måde blev jeg opmærksom på, hvor spørgsmålene skulle ændres til anden ordlyd, og hvordan og i hvilken rækkefølge de skulle stilles. Endvidere har jeg i et rollespil interviewet et teammedlem og en erfaren pædagog, der er uddannet til at arbejde med familier i krise og sorg. Disse superviserede mig i forhold til, hvordan jeg stillede spørgsmålene. På baggrund af disse rollespil er guiden ændret og øvet.

3.4.4 Interview

Efter at informanten havde givet tilsagn til distriktssygeplejersken om, at han/hun ønskede at deltage i undersøgelsen, ringede jeg og aftalte tid med informanten. To ville gerne interviewes i lokalpsykiatriens lokaler, resten ville gerne interviewes i eget hjem.

I et kvalitativt interview må man leve op til kravet om på den ene side at være åben for, hvad informanten fortæller, fordi det ligger i den hermeneutiske tilgang og på samme tid må man være fokuseret på baggrund af sin teoretiske forforståelse (Jensen 2000).

Pilotinterviewet

Interview med informant nummer et blev brugt som pilotinterview, hvor interviewguiden blev afprøvet. Jeg transskriberede dette interview med henblik på at identificere steder, hvor jeg skulle ændre eller udbygge guiden. Dog blev guiden fundet tilfredsstillende og derfor ikke ændret. Data fra pilotinterviewet er medtaget.

Interviewet

Det var vigtigt at overveje, hvordan jeg placerer mig i forhold til informanten i interviewsituationen. Jeg placerede mig, så han/hun havde mulighed for at se væk fra mig, hvis samtalen blev svær (Kvale 1997).

I relation til at interviewe svage informanter beskriver Kirkevold og Bergland vigtigheden af, at man forsøger at skabe en stemning af, at man har god tid og give det indtryk, at informantens følelser og oplevelse er vigtige (Kirkevold & Bergland 2007). Derfor var jeg påpasselig med at afbryde informanten og gjorde kun dette i tilfælde, hvor interviewet var ved at bevæge sig helt væk fra dets fokus.

Det kan være væsentligt at gøre det klart i interviewsituationen, at det er en formålsbestemt samtale, der handler om, at der skal skaffes data til forskning, og ikke en fortrolig dagligdagssamtale (Kvale 1997). Interviewet kan virke som en ”trojansk hest”, der forfører informanten, så han fortæller mere end han egentligt har interesse i (Fog 2005). Dette skal medtænkes i dynamikken i hele interviewforløbet for at bevare interviewet etisk forsvarligt. Her er Ricoeurs etik, der siger, at man skal have informanten gode liv i sigte og vise ansvarlighed i forhold til at bevare informantens værdighed, væsentlig at medtænke. Den formålsbestemte samtale kan også virke som en berigende oplevelse for informanten (Fog 2005;Kvale 1997).

Interviewet blev optaget på bånd. Informanten blev forklaret, at båndet er fortroligt og vil blive slettet efter brug.

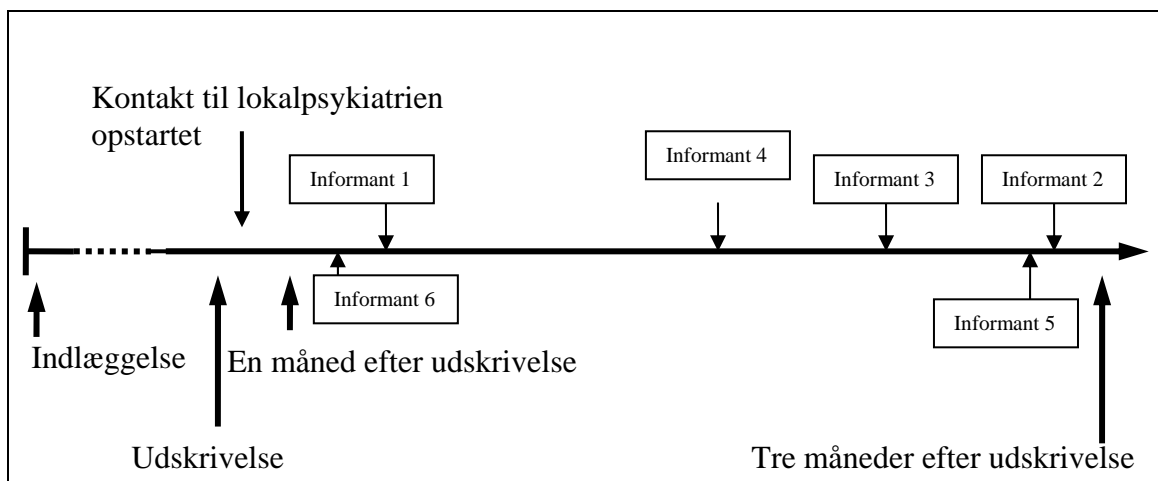
Kvale skriver, at man skal starte interviewet med en kort introduktion til formålet med interviewet. Yderligere information om projektet bør vente til efter interviewet. Her er det dog vigtigt med en grundig information for, at informanten ikke skal sidde med en følelse af uro i forhold til, hvad han har fortalt (Kvale 1997). Før interviewet informerede jeg informanterne mundtligt om undersøgelsen, og om deres ret til på ethvert tidspunkt at trække sig uden, at det havde nogen konsekvenser for dem efterfølgende. De underskrev alle et informeret samtykke (bilag 5).

Inden det egentlige interview startede, blev der stillet opvarmningsspørgsmål, der lægger op til at informanten slapper af og taler frit (Kirkevold & Bergland 2007;Kvale 1997). Jeg brugte lidt tid på almindelig samtale med informanten, inden interviewet startede for at løsne stemningen.

Under interviewet blev der holdt pauser i det omfang, informanten havde brug for det. Og efter interviewet talte vi om, hvordan det havde været at deltage i interviewet, og talte videre om ting og følelser, der var dukket op undervejs, i det omfang informanten gav udtryk for at have brug for det. Jeg forlod først informanten, når jeg var sikker på, at de var klar til det.

De seks interviews varede fra 45 min til tre timer og 15 min. Den store variabel skyldes, at interviewet med informant nummer fem varede tre timer og 15 min, idet hun bevægede sig dybere ned i emnet ved at gentage historierne. De øvrige interview varede op til 1½ time.

Alle interview blev gennemført fra henholdsvis en måned til tre måneder efter udskrivelsen, hvilket illustreres i figur 6.



Figur 6. Interviewtidspunkter

3.4.5 Transskribering

Jeg har selv udført transskriptionen, hvilket anbefales af Malterud, idet det kan styrke validiteten af analysen (Malterud 2008; Malterud 2003).

Tekniske procedurer

Følgende tekniske procedurer er anvendt ved transskriptionen af interviewene; Der er anført "... " ved pauser på 10 sekunder eller under. Der er anført "PAUSE" ved pauser på over 10 sekunder. Hvis interviewet afbrydes anføres det med årsag. Der er ikke anført nonverbal kommunikation, gråd, latter mv.

Jeg har transskriberet ordret for at give en så loyal transskription som muligt, desuden er forhold, der kan føre tilbage til informanten som person slettet eller ændret (Kvale 1997). Informanterne er i transskriptionen betegnet 'informant 1-6'.

Der blev i alt 65 transskriberede sider med linjeafstand 1.

3.4.6 Analyse

Til analysen anvendes computerprogrammet NVivo, som er en metode til at håndtere det transskriberede materiale på en overskuelig måde. Det åbner op for overskud til kreativitet i analyse og fortolkning (Kvale 1997).

Analysen er lavet med inspiration fra Ricoeur og Pedersen, som beskrevet i afsnit 3.2.2.

Analysen indledes med en naiv læsning, hvor alle interviews læses igennem. Der blev skrevet et kort referat af alle interviews (se eksempel på et referat i bilag 8), for at få en forståelse af essensen af hvert enkelt interview, og hvilket tema der er overordnet for teksten. Det blev fundet, at den overordnede essens var oplevelser af støtte. I strukturanalysen kommer jeg i en frem og tilbage proces, hvor spiralen kommer til udtryk, fra forklaringen til forståelsen og derved findes meningsoverskuddet i teksten. Transskriptionen blev kodet med udgangspunkt i min teoretiske forforståelse, som er de beskrevne teorier, dog med en stor åbenhed for, hvad teksten viste. Jeg kodede i forhold til, hvorledes disse beskrivelser af oplevelser klumper sig sammen. Første kodning var meget naiv, og jeg fik i alt 28 kategorier med alt, hvad der faldt mig ind, når jeg læste transskriptionen. Derefter samlede jeg kategorierne til elleve kategorier og derved blev kodningen mere deduktiv, dog med induktive elementer, idet jeg bevarede åbenheden (Olsen 2002). Efterfølgende stillede jeg spørgsmål til alle elleve kategorier for at få en dybere forståelse af indholdet (bilag 9). Disse besvarelser blev kondenseret. De kondenserede beskrivelser anvendte jeg til at samle kategorierne til tre temaer: *oplevelsen af støtte* og *oplevelsen af mangel på støtte* og *reformulering af identitet*. Strukturanalysen er eksemplificeret i bilag 10, som anbefalet af Pedersen (2005). Derefter lavede jeg en kritisk fortolkning af fundene, som er illustreret med direkte citater. Denne proces ses i afsnittet nedenfor (afsnit 4). Den kritiske fortolkning af analysen skete ved at sætte det almene, som temaerne viser, op mod det konkrete, som er den enkelte fortælling.

Kategorierne og temaer er blevet diskuteret med teamet, hvilket menes at have styrket pålideligheden af fundene.

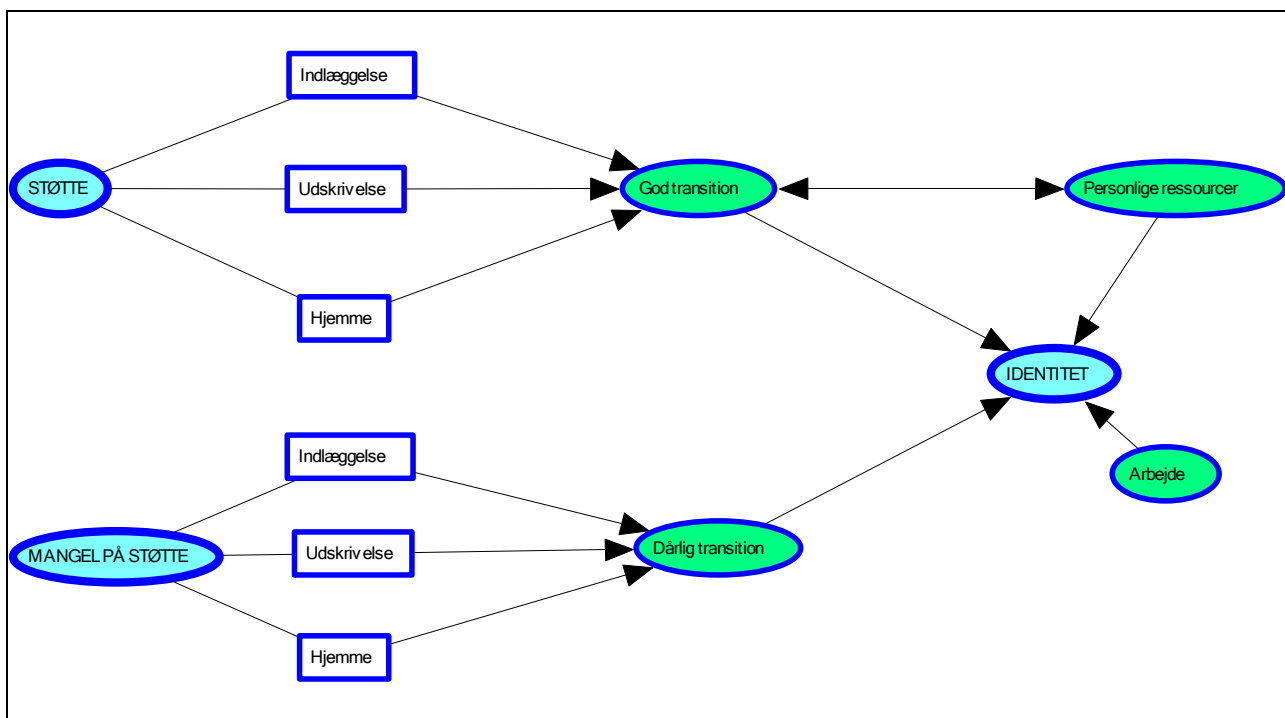
4. Fund

I dette afsnit vil jeg ved hjælp af den kritiske fortolkning fremstille mine fund, som er fremkommet ved hjælp af strukturanalysen.

Der blev fundet tre overordnede temaer: *oplevelsen af støtte*, *oplevelsen af mangel på støtte* og *reformulering af identitet*. Disse temaer afspejler informanternes oplevelser. Indholdet i de tre temaer vil i det følgende blive beskrevet og eksemplificeret ved hjælp

af citater fra interviewene. Desuden beskrives, hvordan temaerne er forbundet med hinanden.

Indledningsvist bliver fundene illustreret i figur 7.



Figur 7. Analysens fund

4.1 Oplevelsen af støtte eller mangel på støtte

Det blev fundet, at oplevelser af støtte eller mangel på støtte var centrale i relation til informanternes fortællinger om deres transition fra indlæggelse til hjemmet, hvor der etableres kontakt til lokalpsykiatrien. En transition, som ender ud i, at informanterne i en eller anden grad fortæller, at de i processen er kommet til at se anderledes på sig selv og sit liv. Dette betegnes som reformulering af identitet. Støtte beskrives som givende en følelse af trykthed og ro, som er fremmede i forhold til at komme sig efter depressionen. Overvejende oplevede informanterne stor støtte fra de professionelle og pårørende, hvilket har en positiv indvirkning på transitionen. En informant beskriver denne positive relation til de professionelle som ”*Jeg var i menneskehænder*” (informant 2). Dog er der i fortællingerne også elementer af oplevelsen af manglende støtte fra professionelle og private relationer og af, hvordan dette fører til et problematisk forløb. Denne manglende støtte fører overvejende til følelsen af angst og

utryghed. Og transitionen til hjemmet beskrives i denne forbindelse overvejende som værende problematisk. Også ved transitionen, der er præget af mangel på støtte, foregår der en reformulering af identitet.

De overordnede temaer er derfor *oplevelsen af støtte*, *oplevelsen af mangel på støtte* og *reformulering af identitet* set i relation til transitionen. Temaerne *oplevelsen af støtte* og *oplevelsen af mangel på støtte* beskrives i forhold til en tidslinje, der består af tre (kritiske) punkter i transitionen. Disse er indlæggelsen, udskrivelse og hjemme. Hvad der opleves i forbindelse med indlæggelsen har vist sig at påvirke transitionen. Derfor er indlæggelse medtaget som start på transitionen. Indlæggelsen beskrives med underkategorierne *afdelingens struktur*, *personale* og *medpatienter*. Efterfølgende beskrives temaet *reformulering af identitet* med underkategorierne *arbejde* og *personlige ressourcer*.

4.1.1 Oplevelsen af støtte

Oplevelser, der er kendetegnet af *oplevelsen af støtte*, er defineret som situationer hvor informanten føler ro og tryghed, fordi de oplever at blive støttet af professionelle eller pårørende.

Støtten beskrives i forhold til et forløb: indlæggelse, udskrivelse og hjemme.

Informanterne oplever overvejende, at deres pårørende giver stor støtte under hele forløbet. Det beskrives, at det er en vigtig kontakt for informanterne, men at de pårørende ikke kan varetage al den hjælp og støtte, der er brug for. Derved fremhæves kontakten til professionelle som en vigtig støtte. Derfor vil det i analysefundene være den professionelles støtte, der er dominerende i beskrivelserne. Kun en enkelt informant beskriver manglende støtte fra pårørende og efterlyser støttetiltag i relation til disse pårørende. Støttetiltag, der kan hjælpe de pårørende til at forstå og støtte informanten selv.

Indlæggelse

Indlæggelsen beskrives af alle informanter som nødvendig for at få det bedre. De beskriver det som en stor befrielse at blive indlagt og kunne give slip på ansvar og bare få lov at være syge.

Afdelingens struktur

I beskrivelserne af indlæggelsen beskrives det fysiske rum overvejende som værende kilde til tryghed. Det at være i et begrænset fysiske rum, som den depressives værelse og afdelingen som sådan, skaber tryghed. Dette opleves af informanterne som noget, der støtter dem i processen.

”Så det at komme ud at blive indlagt på en lille stue... jeg tror faktisk jeg kan forklare det ved, som når børn, når man taler om at børn skal have... man skal give dem den tryghed, at de skal kunne nå væggene, ikk’, også skal de lige have den der bevægelsesmulighed, ikk’. Så hvis de vælter, er der en væg til at støtte dem. Det er faktisk lidt den følelse, man får ligesom den følelse...” (informant 5).

Et fast dagsprogram, hvor afdelingens aktiviteter er indlagt, anses som væsentligt af informanterne, når den første periode af indlæggelsen er ovre. Det støtter dem i en trinvis overgang til de daglige aktiviteter, der skal foregå, når de kommer hjem. I den første periode af indlæggelsen, som af de fleste vurderes at være én til to uger, er det vigtigt at få ro til at være syg, og det beskrives som vigtigt at få lov at blive på stuen. Efter denne periode beskrives det som en stor støtte at personalet forsigtigt ”presser” dem ud i afdelingen. De begynder at bevæge sig rundt i afdelingen og deltage i aktiviteter og snakke med medpatienter. Det beskrives som en oplevelse af at vågne op fra depressionen.

”... man vågner op fra en lang søvn, og man ikke har været i verdenen i lang tid...” (informant 6).

Personale

Støtte fra de professionelle beskrives som meget væsentlig for at indlæggelsen opleves som positiv.

”Jeg følte, at jeg blev grebet nede i den brønd, jeg sad nede i, jeg har sådan et billede af, at jeg simpelthen hager mig i den her brønd, jeg hager mig simpelthen fast. Jeg kæmper for ikke at falde ned i det sorte hul, og så da jeg bliver indlagt, kan jeg give slip, og så står der simpelthen nogen dernede og griber fat i mig” (informant 5). En anden informant beskriver: *”Men jeg kan også huske om aftenen, at der sad en*

sygeplejerske uden for og en ved min seng, sådan... sådan ligesom det dæmpede lidt ikk' oss" (informant 1).

Overvejende beskrives relationen til personalet som værende god. Og relationen er overvejende en kilde til en følelse af tryghed. En informant beskriver, at personalet altid har tid til at snakke, dette er dog ikke et dominerende fund.

Kontaktpersonordningen beskrives af alle informanter som meget væsentlig for oplevelsen af støtte. De beskriver alle, at kontaktpersonerne har givet dem speciel god støtte.

Denne specielt gode støtte fra kontaktpersonen forbindes med, at denne person (eller de personer) er den, der kender informanten bedst, og det derfor ikke er nødvendigt at starte "fra Adam og Eva" hver gang.

Det beskrives som værende positivt, at personalets støtte ændrer sig i indlæggelsesforløbet. I den første tid af indlæggelsen beskrives det, at personalet først tager meget over og lader informanten ligge på sit værelse i ro. Løbende bliver der stillet større og større krav.

"... de er meget blide og kom lige så stille ind, og så begynder de lige så stille og hive lidt i en, og det skal de jo gøre, for man kan ikke selv komme ud af den her..." (informant 6).

Det beskrives som værende rart, at personalet stiller krav og opsætter rammer, efter den første tid er overstået, idet det giver en følelse af ansvarsfrihed og tryghed. Men nogle informanter beskriver, at dette, længere fremme i forløbet, også kan skabe irritation. Denne irritation beskrives dog ikke som værende direkte negativ, men som en motiverende faktor i forhold til lysten til at komme hjem.

Fem informanter beskriver, at det er en vigtig støtte, at de på afdelingen blev presset til at spise. Desuden nævnes støtte til personlig hygiejne som en vigtig faktor.

Medpatienter

Relationen til medpatienter under indlæggelsen bliver beskrevet af alle informanter. Det beskrives af fem informanter, at de på forskellige niveauer har fundet støtte i relationen til medpatienter. Nogle har haft 'vind og vejr' samtaler med de andre patienter i

rygerrummet (dette rum beskrives af de fleste informanter, som stedet man mødes og snakker), og det betragtes som et fri rum med denne ikke-sygdomssnak. Andre har haft en tæt relation til medpatienter, som har været en stor støtte under indlæggelsen. Kun en informant overvejer at fortsætte en relation til en medpatient efter udskrivelsen. En mindre del af informanterne beskriver, hvordan de oplever det som rart, at de selv har været til støtte for medpatienter.

Udskrivelsen

Udskrivelse er i alle fortællingerne forbundet med angst og utryghed. Dog beskrives det, hvordan disse følelser ikke er dominerende ved den gode udskrivelse. En god udskrivelse beskrives som en overgang, hvor informanten føler sig klar, i ønsket omfang er med i planlægningen og, hvor der er tilrettelagt den nødvendige støtte i forløbet. En god overgang beskrives overvejende som en proces, hvor informanten er frem og tilbage mellem hospitalet og hjemmet i en periode, og hvor ophold i hjemmet gøres længere og længere.

*”...nu prøver du at tage hjem tre timer, også kommer du tilbage her til.
Så det bliver sådan en stille overgang. Og det gjorde vi så nogle gange”
(informant 6).*

I forbindelse med udskrivelsen beskrives det som en støtte at forløbet er planlagt, og at der fra personalets side hjælpes med at finde strategier, der kan hjælpe, hvis informanten får det dårligt hjemme. Bevidstheden om at have disse strategier giver ro i udskrivelsen.

Endvidere beskrives det at det i forbindelse med udskrivelsen er en stor støtte, at informanten har telefonnummeret på skadestuen, afdelingen og/eller lokalpsykiatrien som en nødløsning, hvis de skulle få det dårligt. Få informanter har gjort brug af at ringe, men alle har oplevet det at have numrene som en støtte.

Hjemme

Det er både svært og forbundet med glæde og frygt at komme hjem i eget hjem.

”... det er en overgang, så det er en... det er svært de første dage, måske den første uge. Fordi der ikke lige er nogle til at holde hånden over dig og passe på dig, beskytte dig” (informant 6).

De fortællinger, hvor glæden er den dominerende, er forbundet med en udskrivelse, der har været en glidende overgang, og hvor der har været støtte fra lokalpsykiatrien¹² og pårørende. Hvis kontakten til lokalpsykiatrien fungerer, er det en uundværlig støtte i forbindelse med det at få et liv til at fungere hjemme, og det beskrives som kilde til en større glæde ved at være hjemme igen. Alle informanter beskriver, at de har fået stor støtte af lokalpsykiatrien. De beskrives som et sikkerhedsnet. De hjælper med at få sat struktur på hverdagen.

”Ja, ja, han (distriktssygeplejersken) skaber nogle rammer... jeg er ikke selv i stand til at sætte de der vægge op, så alt det ligesom flyder for mig, og så farer jeg rundt i alt muligt, hen over væggene og hen ud i... Og så farer jeg jo rundt for at skabe al den struktur, i stedet for at skabe det her inde, ikk’ (peger på sit hoved)... Og der hjælper han simpelthen til at skabe de der vægge og sige ”det er her, du skal være” (informant 5).

Derudover beskrives det, at lokalpsykiatrien er uundværlig i forhold til regulering af medicin, da informanterne finder, at lokalpsykiatrien er mere kompetente end den praktiserende læge i den henseende. Desuden yder lokalpsykiatrien psykisk støtte.

”...Jan fra lokalpsykiatrien... det må jeg sige, det har været guld! Hvis han ikke havde været her, var jeg blevet indlagt igen” (informant 5).

Der beskrives behov for støtte til praktiske ting i hjemmet. De informanter, der har en bostøtte er meget glade for denne løsning. Og hos hovedparten af de, der ikke har, er det et stort ønske at få det, da de ikke kan overskue de praktiske gøremål i hverdagen.

Alle informanterne beskriver, at det at komme hjem er forbundet med en frygt for og en kamp for ikke at gå ned i depressionen igen.

¹² Når informanterne omtalte lokalpsykiatrien, var det oftest med reference til deres kontaktsygeplejerske.

”... altså jeg kan jo godt lide mit hjem. Men det er også det der nemt kan starte en turbulens igen, en orkan igen, fordi ikk’. Jeg oplever det sådan, at i starten kan jeg nå ud i huset. Og så... i takt med at jeg får det dårligere, så til sidst er jeg inde i øjet af den her orkan, hvor der er ro og det er lige her (informant peger på det sted hun sidder i sofaen). Jeg kan slet ikke bevæge mig der ud, fordi der er alt for meget uro, alt for mange svingninger og susen. Og den... jeg ved ikke, om du kan forestille dig, at når man kommer hjem og ikke er på toppen, så... så man stadig ikke af med den der orkan, så det kræver enormt meget energi, ikke at ryge der ud, hvor stormen er. Så der skal rigtig, rigtig meget koncentration til...” (informant 5).

Frygten er til stede i større eller mindre grad hos alle informanter, men de, der oplever en sufficient støtte, kan styre deres frygt.

For nogle informanter kan det være svært at tage imod og bede om hjælp fra både pårørende og professionelle.

Støtten, der beskrives som væsentlig, er ud over psykisk støtte, praktisk hjælp med indkøb og medicin og en hjælp til at få sat struktur på livet, så der kan etableres en hverdag, hvor alting ikke bare flyder. Disse aspekter af den støtte, der er nødvendig i hjemmet, beskrives både af de informanter, der får denne støtte, og de, der ikke gør.

4.1.2 Oplevelsen af mangel på støtte

Oplevelser, der er kendetegnet af *oplevelsen af mangel på støtte* er defineret som situationer, hvor informanten føler angst og utryghed, fordi de oplever ikke at blive støttet af professionelle eller pårørende.

Mangel på støtte beskrives ligeledes i forhold til et forløb: indlæggelse, udskrivelse og hjemme.

Indlæggelse

Personalet

Selve indlæggelsessamtalen beskrives af nogle af informanterne som et forhør og en vurdering – noget man skal igennem, for at man kan få lov til at komme i behandling. Det beskrives generelt som en vigtig kilde til det ikke at opleve støtte, at man skal gentage sin historie gentagende gange til forskellige professionelle i forbindelse med indlæggelsen.

”Det var meget nemmere, hvis man kunne tage et røntgenbillede, for når man bare sidder der og bare ved, at man har brug for hjælp. Jeg sidder der og er bevidst om, at jeg har brug for hjælp, men samtidig skal jeg prøve at beherske den angst for, om de sender mig hjem igen”
(informant 5).

Beskrivelser af, at personalet havde travlt var gennemgående i alle interviews. Dog var det ikke alle, der beskrev det som noget, der direkte førte til en oplevelse af mangel på støtte. Nogle informanter beskriver, at kommunikationen på grund af travlhed ikke er så god, hvilket skaber utryghed. Denne travlhed resulterer blandt andet i, at der ikke er styr på aftaler, hvilket giver en oplevelse af mangel på struktur. Derudover oplever den enkelte ikke at føle sig mødt.

Travlheden fører også til, at der ikke i samme grad bliver holdt øje med patienterne, hvilket både er et problem i forhold til, at de andre patienter bliver urolige, hvilket skaber utryghed hos informanterne.

Medpatienter

Det er et dominerende fund i forhold til indlæggelsen, at informanterne betoner vigtigheden af, at man ikke blander patienter med forskellige diagnoser på afdelingerne, idet specielt udad-reagerende og råbende medpatienter skaber utryghed og angst. Det påvirker hele indlæggelsesforløbet i negativ retning. Det beskrives, at det er vigtigt, at medpatienterne er nogle, der fejler det samme som informanten selv, hvis man skal kunne støtte hinanden.

Udskrivelsen

Udskrivelsen beskrives som forbundet med blandede følelser: Glæde over at skulle hjem kontra angsten for at skulle hjem. Angsten beskrives i forhold til det at være bange for at ”falde i det der sorte hul igen” (informant 2). Glæden beskrives som glæde ved at skulle tilbage til sit eget hjem igen og slippe for at blive overvåget hele tiden.

Udskrivelsen beskrives som et farvel til de beskyttede rammer, som hospitalet udgør, og udgangen til en verden, som rummer krav og utryghed.

"Verdenen, åh, nej... Kravene, der er ikke bare lige nogle, der siger "nej, det er også i orden, nu skal jeg lige lave din mad". Der er ikke nogen, der forstår dig" (informant 6).

Hvilke følelser, der får overtaget, er stærkt påvirket af den støtte, informanten får i forløbet.

I den dårlige udskrivelse har angsten domineret, og det har været utrygt at komme hjem. Den dårlige udskrivelse er ofte forbundet med at blive udskrevet, før man selv synes, man er klar til det, og ikke at blive delagtiggjort i planlægningen i det omfang, man har behov for. Det beskrives, hvor hårdt, det er, selv at skulle kæmpe for at overbevise personalet om, at man ikke er rask nok til at komme hjem, og at man har brug for yderligere hjælp. Beskrivelserne af den dårlige udskrivelse indeholder endvidere, at der ikke har været planlagt et forløb efter informanten kommer hjem og informanten beskriver mangel på støtte fra de professionelle. Det er tillige et kendetegn ved de udskrivelser, der beskrives som dårlige, at overgangen til hjemmet ikke har været glidende. Det beskrives, at det er vigtigt, at lokalpsykiatrien er på banen med støtte lige efter udskrivelsen, ellers opleves der en stor nedtur, der i nogle tilfælde ender ud i genindlæggelse.

Hjemme

De informanter, der beskriver det at være hjemme som meget svært, er de, der efterlyser mere støtte fra det offentlige system. Friheden og det gamle mønster er for overvældende, og de har brug for professionel støtte til at komme igennem den første tid hjemme. Det beskrives, at den manglende støtte i nogle tilfælde skyldes, at vedkommende ikke passer ind i en "diagnosekasse" og derfor ikke kan få sufficient støtte tildelt.

Den støtte, der beskrives som manglende, er en bostøtte eller anden hjælp til praktiske gøremål og struktur i hverdagen.

Der efterlyses i et mindre omfang støtte til pårørende, for eksempel i en pårørendegruppe.

4.2 Reformulering af identitet

Reformulering af identitet er defineret som informantens beskrivelser af sig selv som både syg og ikke-syg set i et tidsmæssigt perspektiv. Desuden omfatter definitionen beskrivelsen af en større eller mindre bevidsthed om, at sygdommen har ændret livet og personen selv.

Identiteten beskrives som noget, der til dels formes af personens syn på sig selv, men også er påvirket af, hvordan andre ser på en. Dog er stigma¹³ ikke noget egentligt fund i analysen. Andre menneskers syn på informanten opleves ikke at være blevet påvirket i negativ retning på grund af depressionen og indlæggelse. Derimod er oplevelsen af selv at have ændret sig et dominerende fund, hvilket betegnes som en reformulering af identiteten.

Det er et dominerende fund at informanterne i større eller mindre grad har ændret syn på sig selv og deres liv i transitionen. Denne ændring er overvejende positiv. Reformulering af identitet er påvirket af det forløb informanten har været igennem. Det beskrives, hvordan et forløb, hvor oplevelsen af støtte var dominerede, har indvirkning på, at informanten ser anderledes på livet og sig selv – overvejende i positiv forstand. Dog er det ikke et slående fund, at transitionen, hvor der opleves mangel på støtte, påvirker reformuleringen af identiteten i en udpræget negativ retning.

Identitetsskiftet beskrives af informanterne både i det lange forløb fra før sygdom til nu og fra sidste indlæggelse og til nu. De fleste informanter ser anderledes på sig selv nu, og det beskrives som en konstant kamp at holde fast i den nye identitet af de fleste informanter. Skrækken for at falde tilbage i depressionen fremmer kampen for at bevare den nye identitet.

¹³ I følge sociologen Erving Goffman kan stigma forekomme når vi i mødet med andre mennesker oplever at den tilsyneladende sociale identitet (som er de forventninger vi har til, hvordan individet bør være) ikke stemmer overens med den faktiske sociale identitet (hvilke er de egenskaber den anden er bærer af, som kan være miskrediteret i samfundet) (Goffman 1990).

Nogle informanter beskriver, at de altid har følt sig anderledes, skrøbelige og ustabile og aldrig har passet ind, men at denne følelse nu til dels blevet afløst af en følelse af at være god nok og anderledes i positiv forstand. Dog er selvfølelsen for de fleste stadig forbundet med en følelse af skrøbelighed.

”Jeg har mange ressourcer, og jeg er et stærkt menneske, og jeg har så også den anden del, at jeg er meget sårbar og meget følsom” (informant 5).

Adskillige informanter har ændret syn på, hvad der er vigtigt her i livet og er mere tro mod sig selv og egne behov og kan lide sig selv som den person, de er nu.

”... selvom jeg også synes, jeg har det svært med at være i den lidelse jeg er i, med den diagnose, ikk, så vil jeg hellere være i den, end hvor jeg var tidligere” (informant 5).

Flere informanter synes livet og den person, de er nu, er bedre end tidligere. Dette kommer frem ved, at informanterne beskriver sig selv før depressionen i negative vendinger og fremhæver positive kvaliteter ved sig selv nu.

Kun én informant beskriver, at depressionen ikke har ændret den måde, hun ser på sig selv og sit liv. En anden informant mener, at livet og hun selv som person er blevet ændret til det dårligere. I dette tilfælde synes der være en sammenhæng mellem en transition, der er præget af manglende støtte og dette negative syn på sig selv og sit liv (informant 3).

Det beskrives af alle informanter som et mål at blive raske efter depressionen. Men bortset fra én anses det ikke som en egentlig mulighed at slippe helt af med sygdommen. Deres beskrivelser er derved præget af, at deres identitet indeholder sygdommen. Ikke at den overvejende er et negativ aspekt, men noget der er der som en del af dem på godt og ondt. Den informant, der beskriver sig selv som rask har ikke i særlig stor grad gjort brug af professionel støtte efter udskrivelsen. Hele hendes fortælling har været præget af, at hun er rask, kort afbrudt af en lille episode med depression.

Identiteten som mor (ingen af mændene har børn), har ikke ændret sig i forbindelse med den overgang de har været igennem. De har gennem hele forløbet søgt at værne deres børn mod deres sygdom. Denne del af identiteten har både virket positivt og negativt. Positivt, fordi den har været en motiverende faktor i forhold til at kæmpe for at blive rask. Negativt, fordi bekymringerne i forhold til børnene har givet manglende overskud til at tage sig af sig selv. Det beskrives som vigtigt at få støtte til at kunne tage vare på sine mindreårige børn, en støtte, som opleves som manglende.

"Jeg bliver nødt til at kæmpe videre for deres (børnenes) skyld" (informant 3).

Arbejde

For de informanter, der beskriver deres arbejdsliv som en væsentlig del af deres liv før sygdommen, har arbejde eller det ikke mere at kunne bestride et arbejde en dominerende effekt på identitetsfølelsen.

"For hvis man ikke har et job, man har ingen identitet" (informant 6).

Relationen mellem ikke at kunne arbejde og identitet beskrives som, at hvis man ikke kan bidrage til samfundet og have en normal hverdag, er det som at blive degraderet. En informant beskriver, at det ikke at kunne arbejde har påvirket ham tidligere i forløbet, men han er nu forsonet med tanken om et anderledes arbejdsliv. For andre informanter er arbejde ikke et tema i forhold til identitetsfølelsen. Nogle informanter udtrykker det som en stor støtte, at Jobcenteret har hjulpet dem med job valg i forbindelse med deres sygdom.

Det fremstår, at det at kunne bestride et arbejde eller lave noget meningsfuldt i sin hverdag er forbundet med at føle sig normal.

Personlige ressourcer

Personlige ressourcer, beskrives som nogle informanterne er blevet bevidste om i det forløb, de har været igennem.

Adskillige informanter beskriver, at deres egne personlige ressourcer er en stor støtte for dem, dog må disse ressourcer bakes op af professionelle, hvis ikke de skal slippe op. Personlige ressourcer beskrives at gøre transitionen bedre. Derved påvirker oplevelsen

af egne ressourcer både informanternes oplevelse af egen identitet og den transition, de gennemgår, i en positiv retning.

De informanter, der beskriver egne personlige ressourcer, har blandt andet brugt dem til bryde et dårligt mønster, som sygdommen har startet.

"Nu stopper det, nu må jeg stå op, selv om jeg er mega træt... Og... Og det har jeg jo så gjort" (informant 6).

Psykoeducation var med til at give et spark til at få det betydeligt bedre med at være hjemme, fordi det gav nogle værktøjer og en viden, som informanten kunne bruge i hverdagen.

4.3 Opsummering

Det fremkom af ovenstående fund, at det er afgørende for transitionen fra indlæggelse på hospitalet til det at komme hjem, at der er sufficient støtte, specielt fra professionelle. Især støtten fra lokalpsykiatrien blev fremhævet som meget væsentlig. Endvidere var det at blive støttet gennem en udskrivelse, som foregår i et passende tempo og på rette tidspunkt, essentielt for transitionen.

De pårørende beskrives overvejende som en støtte, men de er ikke i stand til at varetage al den støtte, det depressive menneske har brug for. Desuden kan det være svært at bede de pårørende om hjælp.

Det ansås, som en støtte i forbindelse med udskrivelsen og den første tid hjemme at have et telefonnummer til skadestue, afdeling eller lokalpsykiatri, som kunne anvendes i forbindelse med at der opstod situationer som virkede uoverskuelige.

Egne ressourcer påvirker såvel transitionen, som reformuleringen af identiteten i en positiv retning.

Det depressive menneske kommer til et mere positivt syn på sig selv og livet i forbindelse med transitionen. Dog ser de stadig på sig selv som skrøbelige.

5. Diskussion

Diskussionen vil blive opdelt i to dele: En kritisk diskussion af analysens fund i forhold til de i litteraturgennemgangen beskrevne teorier og anden relevant litteratur. Derefter vil dette speciales metode blive kritisk diskuteret.

5.1 Kritisk diskussion af analysefund

Jeg vil i det følgende kritisk diskutere udvalgte dele af dette speciales fund.

For at opnå viden om hvad vi i fremtiden kan gøre for at støtte det depressive menneske i transitionen, er det vigtigt, at lære af både de fund der peger på støtte og de der peger på manglende støtte. Dette fordi det er lige så væsentligt at bygge sygeplejen på de positive oplevelser, som det at lærer af de negative.

Jeg vil diskutere fundenes tre temaer ind i en bredere sammenhæng i relation til relevant litteratur. Oplevelsen af støtte og oplevelsen af mangel på støtte vil blive diskuteret sammen. Her vil der blive diskuteret inden for underoverskrifterne:

lokalpsykiatrien som "dirigent", en struktureret hverdag og medpatienter.

Efterfølgende vil jeg kritisk diskutere temaet reformulering af identitet under underoverskrifterne: *medaktør i lidelsen, balancering af egne og udefra kommende ressourcer, stigma og et meningsfuldt hverdagsliv.*

5.1.1 Oplevelsen af støtte og oplevelsen af mangel på støtte

Mine fund indikerer, at de psykiatriske sygeplejersker overvejende yder en god og omsorgsfuld støtte. Specielt kontaktsygeplejersken på afdelingen og i lokalpsykiatrien fremhæves som værende en særlig støtte, blandt andet fordi det er dem der har et særligt godt kendskab til vedkommende og dennes behov. Det er positivt, at denne form for oplevelser er dominerende, og syntes at ligge godt i tråd med definitionen på den psykiatriske sygepleje¹⁴, hvor et af de centrale kendetegn er omsorg (Hummelvoll 2001). Denne omsorg og støtte er ifølge litteraturgennemgangen, transitionsteorien og mine fund væsentlig i forhold til det at gennemgå en sund transition.

¹⁴ "Psykiatrisk sygepleje er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhed. Den tager sigte på at styrke patientens egenomsorg og derigennem løse/reducere hans sundhedsproblemer. Gennem et samarbejde og forpligtende fællesskab forsøger man at hjælpe patienten til selvrespekt og til at finde egne holdbare livsværdier. Når patienten ikke er i stand til selv at udtrykke sine egne behov og ønsker, virker sygeplejersken som omsorgsgiver og patientens talsmand. Ud over det individuelle niveau har sygeplejersken også et medansvar for at, at patienten får et liv i et tilfredsstillende socialt fællesskab. På det samfundsmæssige niveau har sygeplejersken en forpligtigelse til at påpege og påvirke forhold, der skaber sundhedsproblemer" (Hummelvoll 2001) s. 41.

Lokalpsykiatrien som ”dirigent”

I fundene indikeres, at der opstår nogle kritiske perioder i transitionen hvor der er ekstra brug for støtte. Når støtten ikke forekommer, er det ensbetydende med at få et ”dyk” eller blive genindlagt. Disse kritiske punkter i transitionen er ved udskrivelsen og i den første tid hjemme. Specielt hvis udskrivelsen ikke er foregået i et, for det depressive menneske, passende tempo, og hvis der ikke har været en kontakt til lokalpsykiatrien med det samme efter hjemkomsten opstår der ”dyk”. Heraf ses et tydeligt behov for, at psykiatrisk afdeling og lokalpsykiatrien arbejder bedre sammen. Dette begrundes med, at lokalpsykiatrien bliver beskrevet som de der har en afgørende betydning for at mestre det at være hjemme. Det kunne i denne sammenhæng antages, at et overlap, hvor lokalpsykiatrien deltager aktivt i udskrivelsen sammen med patienten og afdelingens personale, kunne være fremmede for den sunde transition. Dette er en model, lignende den Forchuk beskriver (TDM), som er beskrevet i litteraturgennemgangen, dog anbefaler hun overlappet på den måde at afdelingens personale følger patienten hjemme, indtil lokalpsykiatrien er på banen. Mine fund tyder på, at det kunne være væsentligt at gøre det på den måde, at lokalpsykiatrien er den gennemgående ressource, hvilket ifølge min undersøgelse ikke forekommer på nuværende tidspunkt. Lokalpsykiatrien kunne derved være den ”dirigent”, der binder systemerne sammen - hospital og hjem, så der ikke opstår et slip i støtten i forbindelse med det at komme hjem. Derved kunne denne del af transitionen måske opleves som mindre problematisk og angstfyldte for de depressive mennesker.

Der synes at være en tendens til at psykiatriske patienter bliver udskrevet meget hurtigt, hvilket også kommer til udtryk i min undersøgelse, hvor det beskrives at udskrivelsen ved nogle lejligheder foregår før det depressive menneske føler sig klar. Derfor kan det formodes, at patienterne i fremtiden vil få mere brug for støtte i transitionen. For at etablere en sådan støtte, er der brug for et organisatorisk fokus på transitionen, på kommunalt og regionalt plan.

En struktureret hverdag

En anden vigtig brik i den gode transition var ifølge mine fund, at få støtte til at etablere en struktureret og meningsfyldt hverdag hvor der blandt andet ydes støtte til praktiske opgaver. Lokalpsykiatrien kunne således også i den forbindelse være ”dirigenten”, der vurderede og etablerede passende støtte. Indholdet i denne støtte kunne eksempelvis

være en bostøtte, hvis formål er at støtte til opretholdelse eller arbejde mod en aktiv og meningsfuld tilværelse i eget hjem med stabilitet og struktur i dagligdagen (Christensen, Sørensen, & Maribo 1999). Bostøtte ordningen fremhæves i undersøgelsen som værende vigtig i forbindelse med det at få en struktureret hverdag. Dog vist undersøgelsen, at ikke alle der ønskede en bostøtte havde mulighed for at få det.

Medpatienter

Relationen til medpatienter blev dels beskrevet som noget, der kunne være meget problematisk og en stor kilde til frygt og usikkerhed. Dels blev relationen beskrevet som givende, specielt hvis medpatienterne var indlagt med lignende diagnoser. Den støtte medpatienterne bidrog med, var en oplevelse af et fristed på afdelingen, hvor der kunne tales om ”vind og vejr”, altså en mulighed fra at fjerne sig fra sygdom. Endvidere en mulighed for at være sammen med ligestillede, hvilket kunne fjerne følelsen af at være ”den eneste i verden”. Udad-reagerende patienter på afdelingen gjorde, at personalet ikke havde ressourcer til at støtte de andre patienter nok. Derfor kunne det tyde på, at det kunne være en støtte til de depressive mennesker, hvis der var fokus på at samle patienter med lignende diagnoser på afdelingerne.

Relationen til medpatienter blev beskrevet som noget der overvejende hørte indlæggelsestiden til. Det blev beskrevet, at der ikke var overskud til at have kontakt til andre sindslidende efter udskrivelsen. Men måske kunne etablering af netværk for depressive i lokalpsykiatrisk regi lignende AA (Anonyme Alkoholikere) være en idé, da depressive, der er kommet langt i deres recovery, kunne være en støtte for de, der ikke var nået så langt. Dette er en model, der ligner et element i Forchuks TDM model, hvor kontakt til en tidligere indlagt efter udskrivelsen etableres. En sådan kontakt til ligestillede fremhæves også i Skärsäter's forskning som vigtige for transitionen (Skärsäter & Willman 2006a).

5.1.2 Reformulering af identitet

Det var et gennemgående fund, at informanterne oplevede en reformulering af identitet som i overvejende grad var positiv, hvor den enkelte kommer til at se på sig selv og livet på en mere positiv måde. Denne reformulering af identitet var ligeledes et tema i litteraturgennemgangen som en del af transitionen og ligger deslige i recoverytanken.

Karp beskriver i sin forskning, at reformulering af identitet er en kontinuerlig proces, idet det depressive menneske vil komme ud for en ny episode af depression, der fordrer en ny reformulering (Karp 1994). I mine fund beskrives der ikke en kontinuerlig reformulering, hvilket kan skyldes at jeg undersøger en transition, der er bundet til en bestemt relativ kort tidsperiode, hvor Karp spørger til en karriere som depressiv.

Medaktør i lidelsen

Et dominerende fund i temaet *reformulering af identitet* var, at det deprimerede menneske får et mere positivt syn på livet og sig selv i transitionen. Dette, set ud fra Erikssons tanker omkring lidelse, kunne skyldes, at den depressive gennemlever den lidelse, som sygdom og transitionen medfører, og gennemgår en personlig udvikling, der ender ud i, at der findes en mening med lidelsen. I denne proces er det vigtigt at have en medaktør i sin lidelse, en, der ser en og tør være til stede (Eriksson 1995). Denne medaktør synes i min undersøgelse at være de professionelle, der netop bidrager med det at være til stede og giver en balanceret omsorg. Det kunne i denne sammenhæng undre, at de pårørende ikke har en større rolle i denne proces. Det var et dominerende fund, at den professionelle støtte generelt var vigtigere i transitionen end de pårørendes. Dette var også et fund i litteraturgennemgangen. Måske er det netop fordi, at den lidelse som depression medfører er svær at forstå for de pårørende, hvilket understøttes i Karps forskning (1994), og derfor kan det måske være svært at være medaktør? Hvis denne antagelse føres videre, kunne det at undervise de pårørende i sygdommen depression og den lidelse, den medfører, blandt andet ved hjælp af psykoedukation¹⁵, bidrage til at den depressive i transitionen kunne opnå en øget støtte, specielt i den del af transitionen, hvor den depressive kommer hjem. Den første periode i hjemmet efter udskrivelsen er den periode, der beskrives som den sværeste, derfor kunne støtte fra pårørende være væsentlig i denne periode. Dog kan det i denne sammenhæng være problematisk, at depressive mennesker ofte har et begrænset netværk som ikke bidrager med støtte, som beskrevet i litteraturgennemgangen. I min undersøgelse ses det overvejende, at informanterne har et lille netværk, hvilket ikke

¹⁵ Psykoedukation er en behandlingsform hvor patienter og pårørende undervises i sygdommen og livet med depression. Den er omkostningslav, taget i betragtning, at den bidrager til færre tilbagefald og færre hospitalisindlæggelser. Desuden hjælper den til bedre at kunne håndtere den fortvivlelse, angst, stigmatisering og lave selvværd der følger med at leve med en depression (Videnscentret for Psykiatri og Udviklingshæmning 2008).

adskiller sig fra litteraturgennemgangens fund. Hvad der adskiller sig er, at de overvejende beskriver deres netværk som værende godt, og at denne relation tilsyneladende ikke ændrer sig i transitionen. Dette kunne skyldes, at informanterne i denne undersøgelse ikke har en meget lang karriere med depression bag sig, hvorfor deres personlige relationer ikke blevet belastet over længere tid.

Desuden kan det også være problematisk i forhold til tanken om at de pårørende skal mere ”på banen”, at det beskrives som værende svært for det depressive menneske at bede om hjælp fra sine pårørende.

Balancering af egne og udefra kommende ressourcer

Informanterne i min undersøgelse er som beskrevet nøje udvalgt efter inklusions- og eksklusionskriterier. Inden for disse rammer forefindes en naturlig variation, som kan siges at være stor. Informanterne ligger aldersmæssigt spredt (29-65 år), der er både mænd og kvinder, gifte og enlige, med og uden børn, med store og små børn. En var let deprimeret og en moderat deprimeret, resten var ikke deprimeret omkring interviewtidspunktet. De er interviewet fra en til tre måneder efter udskrivelsen, hvilket ikke synes at have den store indflydelse på deres fortællings indhold. De havde det til fælles, at de ikke var kognitivt forstyrret. Dog synes de at have en overvejende ting til fælles, og det er, at de er aktive medspillere i deres transition. Dette ses i deres beskrivelser af egne ressourcer som en væsentlig del af det at komme igennem transitionen på en god måde. Endvidere gav deres fortællinger det indtryk, at de oplevede at deres liv giver mening trods den lidelse de har gennemlevet i kraft af sygdom, indlæggelse og det at skulle finde deres ben i eget hjem igen. Det vil sige, at de i overvejende grad var i stand til at mestre den stress som hele deres situation udløser. Dette kunne tages som et udtryk for, at min sample overvejende har resulteret i mennesker der, med Antonovskys teori, kan siges at have en høj oplevelse af sammenhæng, OAS¹⁶ (Antonovsky 2000). Det vil sige, at de, trods de store belastninger de har været igennem, formår at bevare en følelse af at de stimuli, der kommer fra det indre og ydre miljø er forståelige, at de har de ressourcer, der skal til for at klare den

¹⁶ OAS defineres som: ”Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken udstrækning man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og disse krav er udfordringer, der er værd at engagere sig i” (Antonovsky 2000) s. 37

situation, de er i, og at udfordringen er værd at engagere sig i. Desuden er personer med et højt OAS i stand til at bryde uhensigtsmæssige handlingsmønstre (ibid.) Denne tilstand synes væsentlig at fremme. Antonovsky mener, at man i det sociale møde kan fremme, eller som mindstemål bevare klientens OAS ved at hjælpe denne til en følelse af kontrol og fremme medbestemmelse. Klienten kan have en oplevelse af, at have tilstrækkelige personlige ressourcer fordi en legitim anden sørger for en passende belastningsbalance i de ”opgaver” livet stiller (ibid.). Derved kan det antages, at når de depressive mennesker oplever, at den situation deres sygdom og transitionen har sat dem i overvejende er præget af en oplevelse af, at det har gjort livet bedre, kunne det skyldes, at der har været en passende balance i støtten fra den legitime anden, samtidigt med at de har ressourcer til at stoppe uhensigtsmæssige handlemønstre. Antonovsky skriver, at mestring af stress er en omskiftelig proces, hvilken fordrer ændring i rolle og mobilisering af ikke hidtil brugte ressourcer (ibid.). Denne ændring af rolle og mobilisering af ressourcer og en følelse af at mestre den situation man befinder sig i, beskriver Meleis, som en indikation af at der er forløbet en sund transition (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher 2000). Som ovenstående viser, kan den måde der fortælles om oplevelser i relation til transitionen i denne undersøgelse give en indikation af, at der overvejende er foregået en sund transition. Dette kan overvejende skyldes de depressive menneskers egne ressourcer, men synes også, at have en sammenhæng med den støtte der bliver ydet i forhold til at sørge for en passende belastningsbalance. Derfor må en væsentlig opgave for sygeplejen i relation til at fremme en sund transition være opmærksom på hvor langt det depressive menneskes egne ressourcer rækker og støtte op så der opnås en passende balance i indefra kommende og udefra kommende ressourcer.

Stigma

Stigma er i litteraturgennemgangen beskrevet som noget, det depressive menneske frygter. I to danske undersøgelser¹⁷ af det at leve med depression beskrives det, at depressive mennesker oplever stigma i samfundet. Endvidere beskrives det, at mange

¹⁷ Trods det at deres sampling giver et noget broget billede for hvem deres fund er gældende, menes det at deres fund at kunne bruges som inspiration til denne diskussion I Minets undersøgelse er informanterne, tolv i alt, dels fundet gennem Depressionsforeningen, dels gennem snowball sampling via den førstnævnte metode. Det fremstår ikke klart om der har været nogle kriterier forbundet med udvælgelsen (Minet 2005). I Andersens undersøgelse er de tre informanter kvinder. Kvinderne er udvalgt tilfældigt, men de er dog ifølge beskrivelsen en del træk tilfælles (Andersen 2004).

sindslidende afstår fra at blive behandlet og indlagt for at undgå offentlig stigmatisering (Corrigan 2004)¹⁸. På depnet.dk og Psykiatrifonden.dk beskrives det også, hvordan stigmatisering af depressive er et problem. Derfor kan det undre mig, at jeg i min undersøgelse ikke finder stigma, hverken som noget, der opleves eller frygtes. Måske kunne der være fremkommet oplevelser med stigma, hvis jeg havde spurgt mere eller anderledes ind til temaet under interviewene. En anden mulig forklaring kunne være, at der er en tendens til, at samfundet ikke er så stigmatiserende i forhold til depression som til andre psykiske sygdomme (Corrigan 2004). I det danske samfund er det min opfattelse, at depression er blevet en sygdom, der på mange måder er blevet "alle mands eje". Det er min erfaring, at det er normalt i hverdagsamtaler at omtale sig selv som deprimeret i forbindelse med en periode, hvor stemningslejet er lavt. Det er den samme tendens, der ses i forhold til stress, hvor vi i befolkningen er begrebsforvirrede i forhold til, hvad det at være stresset egentligt er, det vil sige, at vi ofte omtaler os selv som stressede uden i klinisk forstand at have stresssymptomer (Videbech & Videbech 2007). Endelig kan den manglende oplevelse af stigma skyldes, at offentligheden i Danmark er oplyst om lidelsen depression, f.eks. via patientforeninger og kendte mennesker, der fortæller om deres depression i offentligheden. Psykoekation af depressive og pårørende har ligeledes vundet stor indpas i den kognitive behandling, hvilket også er noget der bifaldes i min undersøgelse.

Man kan antage, at oplysning i samfundet og undervisning til pårørende bevirker mindre stigmatisering, hvilket kan være årsagen til, at stigma ikke var en del af informanternes oplevelser.

Et meningsfuldt hverdagsliv

Specialets fund tyder på, at en væsentlig del af identitetsfølelsen er at have et arbejdsliv og føle at man yder noget til samfundet. Det syntes ikke overraskende at informanterne sidestiller identitetsfølelsen med et arbejdsliv, da vi i Danmark i gennemsnit bruger 7 3/4 timer dagligt på at arbejde (Lausten & Sjørup 2003). Desuden er det en generel tendens i Danmark, at arbejde giver identitet og anerkendelse, idet 78 procent af de voksne danskere, ifølge Den alternative velfærdskommission, gerne vil arbejde, selvom de ikke har brug for pengene (Post 2005). I to undersøgelser, der omhandler patienters oplevelse

¹⁸ Corrigan har lavet en oversigtsartikel der problematiserer stigmatiseringen af sindslidende og dens indvirkning på at mange sindslidende ikke ønsker at modtage behandling. Corrigan beskriver både en offentlig stigmatisering og en selv stigmatisering (Corrigan 2004).

af at leve med depression, blev det fundet, at depressionen har store sociale konsekvenser for det pågældende menneskes liv og at det depressive menneske kæmper for at fremstå som et "rigtigt menneske". Dette vanskeliggøres af, at den sociale status rives væk i forbindelse med sygdom, og det at evnen til at varetage et arbejde forsvinder i en periode, måske livsvarigt (Andersen 2004; Minet 2005). Det at få en følelse af ikke at være et rigtigt menneske på grund af sygdom og manglende arbejdsevne, kan ses som det, Corrigan omtaler som selv-stigmatisering. Her indtager den sindslidende samfundsskabte fordomme omkring for eksempel sindssygdom og manglende evne til at arbejde, hvilket resulterer i at individet ser stigmatiserende på sig selv (Corrigan 2004). Selv-stigmatiseringen påvirker på den måde identitetsfølelsen fordi selvagtelsen, som er påvirket af såvel andres som ens egen opfattelse af, hvad man er værd (Hummelvoll 2001) er nedsat.

Informanterne i min undersøgelse er alle uden arbejde, hvilket stemmer godt overens med statistikken, der siger, at der er stor arbejdsløshed blandt sindslidende mennesker (Beskæftigelsesministeriet 2008). I indledningen blev det nævnt, at der er stor selvmordsrisiko for depressive i den første tid efter udskrivelsen. En undersøgelse viser en negativ sammenhæng mellem arbejdsløshed, depression og selvmord (Møller & Stephensen 2004). Derfor kan det anses som et meget væsentligt fund, at det at have et arbejde og følelsen af at bidrage til samfundet er noget meget væsentligt at have fokus på i relation til de depressive menneskers transition og recovery, hvor selvmord skal undgås. Der er forskellige tiltag i samfundet for at få sindslidende i beskæftigelse (Beskæftigelsesministeriet 2008). Men det er måske en urealistisk målsætning, at alle depressive mennesker skal komme i arbejde, idet deres depression har invalideret dem i for stor en grad til at dette er muligt. Derfor må der i stedet tages det fokus at målet må være at have en meningsfuld hverdag. En meningsfuld hverdag kan antageligt, set ud fra fundene, være forbundet med håbet om at få en funktion i det sociale liv igen, hvor der bidrages til samfundet. Et sådant håb er af væsentlig betydning, når man skal kunne udholde og gennemleve lidelser og problemer (Hummelvoll 2001). Derved tyder det på, at det for mange depressive mennesker vil være vigtigt at få støtte til at skabe en meningsfuld hverdag¹⁹, hvor der er en følelse af at have en eller anden funktion i forhold til samfundet. Dermed kunne selvagtelsen bedres, hvilket måske kunne

¹⁹ I Århus er der forskellige tilbud til sindslidende der er uden arbejde; Center for Specialundervisning for Voksne (hjælper den sindslidende videre i forhold til job, uddannelse og det at komme videre i recovery-processen), Dalgas Skolen (højskole lignende) og Gallo Skolen (en kunstscole).

medvirke til at selv-stigmatiseringen blev mindre. Dette kunne fremme en transition der på længere sigt er sund og fremmende for recovery.

Ved at bygge på de overvejende positive fund i denne undersøgelse kunne depressive menneskers transitionen mellem hospital og hjemmet blive mere sammenhængende, hvis der kom fokus på de kritiske punkter, og den støtte der er påkrævet i den forbindelse. Disse fund giver sygeplejen en ramme og et sprog, så vi kan tale om transitionen med de depressive patienter. På den måde er der større mulighed for at tilbyde den støtte, der er behov for.

5.2 Kritisk diskussion af specialets metode

I dette afsnit vil relevante dele af specialets metodiske del blive kritisk diskuteret. Afsnittet indeholder en kritisk diskussion af den teoristyrede tilgang til specialet, udvælgelse af informanter, min rolle som noviceforsker.

5.2.1 Teoristyret tilgang

I dette speciale har jeg valgt at arbejde teoristyret ud fra min beskrevne forforståelse. Med Ricoeur kan det siges, at jeg har taget udgangspunkt i den horisont, jeg befinder mig i. Dette anses som værende en styrke, idet jeg ved hjælp af min forforståelse har været fokuseret i mine interviews og den efterfølgende analyse (Kvale 1997;Olsen 2002). Dermed stritter mine fund ikke i mange retninger, men er fokuseret på oplevelser i forbindelse med transition. Dog er der den fare, at jeg kunne blive så styret, at jeg ikke fandt noget, der ligger ud over teorierne (Malterud 2003). Mine fund ligger tæt op ad teorierne, som de er beskrevet i litteraturgennemgangen og den teoretiske referenceramme, men dette ses ikke som værende et udtryk for manglende åbenhed. Jeg har bevidst både i interview og analyse bestræbt mig på at sætte min forforståelse i spil og være åben i forhold til indholdet i informanternes fortællinger, for på den måde at opnå en forståelse for deprimerede menneskers oplevelser. Dog kan der være en fare for, at man i den teoristyrede analyse fjerner sig fra den depressives fortælling (Smith 1999) og derved kommer den opnåede viden til at mangle sit fodfæste i den virkelige verden (Malterud 2003). Jeg har prøvet at undgå dette ved, ud fra Ricoeurs tænkning,

gennem hele processen at komme dybere ned i det transskriberede materiale i en spiral, hvor jeg har gået frem og tilbage mellem delene og helheden. Derudover er de fundne temaer kritisk fortolket og diskuteret. På den måde mener jeg, at have argumenteret for en mulig fortolkning af hvad der opleves i transitionen i relation til den udvalgte patientgruppe, hvilket øger pålideligheden (Dahlager & Fredslund 2007).

5.2.2 Udvalgelse af informanter

Der er i litteraturen uenighed om, hvad det vil sige at udvælge informanter ud fra opsatte kriterier (Malterud 2003;Maunsbach & Lunde 2003;Silverman 2005). Jeg har i dette speciale valgt informanter ud fra tydeligt beskrevne kriterier. Dette har gjort, at undersøgelsens interne validitet er høj, da gruppen, som dette speciale omhandler, tydeligt er beskrevet. Der er en stor spredning på mine informanter, men dette er at betragte som en naturlig variation, idet jeg har medtaget alle de informanter, der lå inden for mine inklusions- og eksklusionskriterier. I forhold til den kognitive tilstand, som MMSE-testen gjorde mig i stand til at udtale mig om, var informanterne meget ens. I forhold til graden af depression, Hamilton, var der to informanter, der skilte sig ud ved at være let til moderat deprimeret.

Den eksterne validitet, i hvilket omfang fundene kan overføres til andre sammenhænge, er derimod diskutabel, idet konteksten – her den pågældende region, hvor undersøgelsen fandt sted - er af betydning (Malterud 2003). I og med at undersøgelsens interne validitet er høj, giver det mulighed for, at man i en anden kontekst, for eksempel på et andet psykiatrisk hospital, kan bruge mine fund i forhold til voksne depressive med samme diagnoser som mine informanter. Dog kan man ikke ukritisk overføre, idet der i en anden kontekst kan være andre parametre, der påvirker transitionen.

5.2.3 Min egen rolle som noviceinterviewer

Jeg er ny i forskningsfeltet, hvilket kan være problematisk idet jeg som forsker er en del af forskningsinstrumentet i det kvalitative interview (Kvale 1997;Malterud 2003). Det, at jeg har udført en undersøgelse af depressive menneskers oplevelser, som i kraft af deres lidelse kan betegnes sårbare, gør udfordringen endnu større og fordrer store etiske overvejelser. Jeg har forsøgt at designe en undersøgelse, der inddrager etiske overvejelser på baggrund af Ricoeurs etik og SNN og har ved hjælp af en nøje

tilrettelagt metode forsøgt at kompensere for min manglende erfaring som forsker. Ved hjælp af interviewguide, træning af denne guide i rollespil og pilotinterviewet har jeg forberedt mig til interviewene. Og har med fokus på informantens gode liv, brugt den praktiske visdom og min samvittighed i de tilfælde, hvor der ingen etiske regler og morallove var til at vise vej. Dette kan for eksempel være i de tilfælde, hvor jeg intuitivt fornemmer, at informantens grænse for intimitet er nået.

Der ses en tydelig udvikling på transskriptionerne i forhold til dynamikken i interviewene. De første interviews var knap så glidende og indholdsrigt som de to sidste interviews (informant 5 og 6). I de sidste interviews er spørgsmålene korte og svarene lange, hvilket er et kvalitetskriterium (Kvale 1997). Dette kan skyldes, at jeg i de første interview har været mindre sensitiv i forhold til, hvad der skete i interviewet og mere optaget af den tekniske del af interviewet som for eksempel at nå gennem alle aspekter af interviewguiden. Dog kan det også være tilfældigt, at de ”gode” fortællere kom til sidst. De gode fortællere er overrepræsenteret i de brugte citater, dog er citaterne kun brugt når de kunne repræsentere noget sigende om fundene. De informanter, der ikke fremstod som gode fortællere, var de, der ikke formåede at fortælle en sammenhængende fortælling²⁰, men som i overvejende grad holdt sig til at svare på spørgsmålene i korte sætninger. Måske kunne en større erfaring med interview have gjort mig bedre rustet til at få en bedre fortælling frem. Dog er det ikke sikkert, at det ville have bidraget med yderligere viden, hvis alle informanter var god fortæller, da alle interview mere eller mindre indeholdt samme temaer.

Såfremt jeg havde været mere erfaren, kunne jeg måske havde haft et større overblik i interviewsituationen og være gået mere ind og udforsket eksempelvis stigmatisering, som viste sig ikke at være et tema i mine fund, hvilket måske skyldes, at jeg ikke spurgte godt nok ind. I tråd med ovenstående kunne det have været en fordel, såfremt jeg havde lavet analyser undervejs i interviewprocessen, som anbefalet af Kvale (ibid.), idet jeg på den måde kunne jeg have åbnet mere op for, hvad der er på spil i

²⁰ Pedersen skriver inspireret af Ricoeur: ”Fortælling udspringer af den verden vi lever i, og dens mål er at påvirke denne verden, så man bedre forstår sin egen situation, så man bliver bedre til at orientere sig og handle i den” (Pedersen 2005). Fortællingen er en måde at forstå og erkende verden på, og det fortællende sprog indeholder både tanker, meninger, følelser, holdninger og handlinger (Ricoeur 1973a). Fortællingen er derved med til at skabe helhed i det, der fortælles fra patientens verden og dermed en måde at få indsigt i og forståelse for patientens livssituation.

fortællingerne om transitionen, hvilket i de efterfølgende interview kunne have gjort mig i stand til at spørge dybere ind til de enkelte temaer.

Jeg kunne have forsøgt at skærpe min forståelse af, hvad der var på spil i de enkelte interviews ved at sende transskriptionerne tilbage til informanterne for at validere en fælles forståelse, hvilket både er anbefalet og problematiseret i litteraturen. Fordelen kan være, at jeg som forsker kan få en dybere forståelse for, hvad informanten har oplevet idet sproglige misforståelser kunne rettes op. Ulempen kan være, at det for informanten kan være et chok at læse det transskriberede interview idet denne tekst kan virke usammenhængene og krænkende og informanten kan nægte anvendelse af materialet (Kvale 1997; Malterud 2003). Jeg valgte bevidst ikke at sende transskriberingerne tilbage til informanterne, idet jeg mente, at de etiske overvejelser talte imod dette, da ulemperne oversteg fordelene i henhold til, at det er informanternes gode liv der måtte komme i første række.

Træning som interviewer er noget, der opnås ved at udføre interviews (Kvale 1997). Det foreslås desuden i litteraturen, at en god måde at udvikle sine egne evner som interviewer, kunne være at videoptage interviewet og derefter reflektere over seancen. Derudover foreslås refleksion over transskriptionen for at finde svagheder og styrker i interviewene og konsultation hos en erfaren interviewer (Uhrenfeldt, Hall, & Paterson 2007). Jeg syntes, at det kan være problematisk at videoptage den deprimerede patient i forhold til Ricoeurs tanker om, at man skal tage hensyn til den andens værdighed og sårbarhed (Ricoeur 1994). Desuden skriver Hansen²¹, at det at blive videoptaget kan få mennesker til at føle sig krænket og udstillet (Krogh Hansen 2006).

Jeg har forsøgt at kompensere for min manglende erfaring som interviewer, ved at agere i et rollespil, hvorved jeg kunne lære af en erfaren forsker. Denne erfaring gav mig indsigt i, hvordan det opleves at få stillet interviewspørgsmålene. Derfor blev flere spørgsmål omformuleret inden de egentlige interviews. Rollespil kan kun betragtes som inspirationskilder, da de den endelige erfaring opnås ved selv gennemføre interview (Kvale 1997).

²¹ Ph.d. Helle Krogh Hansen har i sin ph.d. afhandling ”Ældreomsorg i et pædagogisk perspektiv” blandt andet beskæftiget sig med videoptagelser og i afhandlingen er der et afsnit om etik i relation til optagelse og visning af film.

Alle informanterne gav udtryk for, at det havde været en god oplevelse at fortælle om sine oplevelser. Hvorved ønsket om at fremme det gode liv er imødekommet. Derved har interviewet om ikke andet ikke skadet informanten, men derimod været en berigelse.

6. Konklusion

Det kan konkluderes, at depressive mennesker overvejende oplever støtte i transitionen fra indlæggelse på psykiatrisk hospital til hjemmet. Dog er der nogle kritiske punkter i transitionen, hvor der beskrives oplevelser af mangel på støtte. Det er hovedsagligt i forbindelse med udskrivelsen og den første tid der hjemme. Den støtte som beskrives som den mest væsentlige, er den der kommer fra de professionelle. Her er støtte fra kontaktsygeplejerskerne på afdelingen og i lokalpsykiatriens essentielle for en god transition. Dog er støtten fra lokalpsykiatrien fremhævet som den mest vigtige for transitionen.

Den støtte der fremhæves som vigtig er psykisk støtte og støtte til at få en struktureret og meningsfuld hverdag efter udskrivelsen. I denne sammenhæng fremhæves det at bostøtte-ordningen er et væsentligt bidrag i støtten til de praktiske gøremål. Desuden blev det fremhævet, at det at få skadestuens, afdelingens eller lokalpsykiatriens telefonnummer var en støtte efter udskrivelsen, fordi det gav en følelse af, at der var nogle i den anden ende, hvis der skulle opstå et behov for hjælp.

Det blev fundet væsentligt, at lokalpsykiatrien bliver ”dirigenten” der organiserede den nødvendige støtte i transitionen, da lokalpsykiatrien opleves at være den vigtigste støtte efter udskrivelsen.

De pårørendes støtte beskrives ikke som den afgørende i transitionen, hvilket måske kan skyldes, at det er svært for de pårørende, at forstå den lidelse de depressive mennesker er i, og hvilke behov der er for støtte. I den sammenhæng kunne psykoedukation være væsentligt i forhold til de pårørende, for at de på den måde kunne blive mere aktive medspillere i støtten til det depressive menneske.

Medpatienter opleves som en støtte under indlæggelsen, hvis disse er patienter der lider af samme type lidelse som den depressive selv. Hvis der er krævende og udadreagerende patienter på afdelingen, tager de personalets ressourcer, hvilket fører til en følelse af mangel på støtte hos det depressive menneske. Måske kunne en støtteordning,

hvor mennesker der er kommet sig efter deres depression, var støtteperson for de der lige var blevet udskrevet bidrage til en sund transition.

I transitionen foregår der en reformulering af identitet, hvor det depressive menneske overvejende kommer til et mere positivt syn på sig selv og livet. Det blev fundet, at det er vigtigt, at de professionelle formår at støtte det depressive menneske i en balancering af egne og udefra kommende ressourcer.

Der opleves ikke stigma i transitionen, hvilket kan undre idet stigma i litteraturen er beskrevet som noget depressive mennesker oplever. Forklaringen er uvis men kunne, ud over manglende kompetencer fra interviewerens side i forhold til at spørge ind til temaet, være at depression er noget alle danskere på en eller anden måde føler, de har ejerskab over, idet vi har en tendens til at omtale lavt stemningsleje som depression. Endvidere er danskere måske blevet så oplyst om depression, at den ikke mere udløser stigma?

Dog optræder der stigma i form af selv-stigma hos det deprimerede menneske. Dette selv-stigma kommer til udtryk, når det depressive menneske ikke mere kan arbejde på grund af sin sygdom. Dette sker, fordi det er en samfundsnorm at man arbejder, og i det ligger en tanke om, at man ikke er et ”rigtigt menneske” hvis man ikke arbejder. Selv-stigma kunne måske hæmmes, hvis der blev ydet støtte i forhold til at fremme en meningsfuld hverdag.

Specialet har ved hjælp af en teoristyrede tilgang sikret, at der er fremkommet ny viden som besvarer problemformulering og forskningsspørgsmål.

Forforståelsen er ekspliciteret og der er redegjort og argumenteret for alle led i metoden, hvilket gør specialets interne validitet høj. Derved er der fremkommet en pålidelig argumentation for specialets fund.

7. Perspektivering

Sundhedsstyrelsens Referenceprogram for unipolar depression hos voksne anbefaler, at der laves sygeplejeforskning med henblik på, at få viden om hvordan man kan støtte den depressive efter udskrivelsen i eget hjem for på den måde at undgå genindlæggelser (Sundhedsstyrelsen 2007). Den viden dette speciale har bidraget med, kan anvendes til en opmærksomhed på problematikken omkring transitionen fra hospital til eget hjem

samt anvise mulige fremtidige handlingstiltag i denne forbindelse. Et videre arbejde med dette speciales fund kunne være at udvikle systematiseret kontakt mellem lokalpsykiatrien og hospitalet allerede inden udskrivelsen. Dette ville fordrer, at man i organisationerne formaliserede støtten i transitionen fra indlæggelse til hjemmet.

Endvidere kunne det i relation til dette speciales fund være relevant, at lave en undersøgelse omkring hvordan depressive mennesker får en meningsfuld hverdag, da en meningsfuld hverdag for de depressive mennesker fremstår som betydningsfuld for identitetsfølelsen. Som beskrevet i diskussionen er der en negativ relation mellem arbejdsløshed og selvmord, derfor kunne en sådan viden måske være med til at sænke forekomsten af selvmord efter indlæggelse og mindske selv-stigma.

Desuden fremstår det som væsentligt, at bruge dette speciales fund til at lave yderligere undersøgelser om depressive menneskers oplevelser af transitioner, da dette speciale kun har bidraget med en lille brik i opbygningen af viden i forhold til de depressive mennesker og transition. Yderligere viden synes vigtig for at kunne undgå genindlæggelser hos de depressive mennesker og fremme deres recovery samt en sund transition.

References

- Aagaard, J. "Prædiktoranalyser; storforbrug af modtagelsen og storforbrug af indlæggelse på Psykiatrisk Hospital i Risskov", in *Temadag om Psykiatrisk Forskning 2007*.
- Albæk, J. & Eskelinen, L. 1999, *Nødvendigt samarbejde i psykiatrien. Erfaringer fra to udviklingsforsøg FOKUS*, Forum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service, København.
- Andersen, I. 2005, *Den skinbarlige virkelighed - vidensproduktion inden for samfundsvidenskaberne*, 3. edn, Forlaget Samfundslitteratur, Frederiksberg.
- Andersen, L. T. 2004, *Fortællinger om at leve med depression - En analyse af narrativer i kontekst*, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse.
- Antonovsky, A. 2000, *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask* Hans Reitzels Forlag, København.
- Beskæftigelsesministeriet. www.beskæftigelsesministeriet.dk . 2008.
Ref Type: Internet Communication
- Bridges, W. 1996, *Transition: Making Sense of Life's Changes* Nicholas Bealey, London.
- Buus, N., Kristiansen, H. M., Tingleff, E. B., & Rossen, C. B. 2008, "Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller", *Tidsskriftet Sygeplejersken*, vol. 108, no. 10: Tillæg.
- Chick, N. & Meleis, A. 1986, "Transitions: A Nursing Concern," in *Nursing research methodology: issues and implementation*, P. L. Chinn, ed., Aspen publishers, Rockville, pp. 237-257.
- Christensen, A. I. 2006, "Sociale relationer," in *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987 (SUSY-2005)*, O. Ekholm, M. Kjølner, & M. Davidsen, eds., Statens Institut for Folkesundhed.
- Christensen, T., Sørensen, S. E., & Maribo, H. 1999, *CentRumbo. Fra hospital til lokalpsykiatri - et kig på rummeligheden i den kommunale del af Lokalpsykiatri Centrum i Århus*, Lokalpsykiatri Centrum, Århus.
- Corrigan, P. 2004, "How Stigma Interferes With Mental Health Care", *American Psychologist*, vol. 59, no. 7, pp. 614-625.
- Dahlager, L. & Fredslund, H. 2007, "Hermeneutisk analyse - forforståelsens betydning," in *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, 3. edn, S. Vallgård & L. Koch, eds., Munksgaard Danmark, København, pp. 154-178.
- Dipex.org. Depression. Interview 27 Transcript. www.dipex.org . 2008.
Ref Type: Electronic Citation
- Eriksson, K. 1995, *Det lidende menneske*, 1. edn, Munksgaard Danmark, København.
- Fog, J. 2005, *Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*, 2. edn, Akademisk Forlag, København.

Forchuk, C., Jewell, J., Schofield, R., Sircelj, M., & Valledor, T. 1998, "From hospital to community: bridging therapeutic relationships", *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, vol. 5, no. 3, pp. 197-202.

Forchuk, C., Reynolds, W., Sharkey, S., Martin, M., & Jensen, E. 2007, "Transitional discharge based on therapeutic relationships: state of the art", *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 21, no. 2, pp. 80-86.

Fredslund, H. 2004, "Hermeneutisk analyse -forforståelsens betydning," in *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, 2. udgave edn, L. Koch & S. Vallgård, eds., Munksgaard Danmark, Kbh., pp. 91-110.

Fredslund, H. 2006, "Hermeneutisk analyse," in *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, 2 edn, L. Koch & S. Vallgård, eds., Munksgaard Danmark, København, pp. 91-110.

Gadamer, H. G. 2004, *Truth and Method* Continuum, London.

Goffman, E. 1990, *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity* Penguin Books, Middlesex.

Grøn, A. 1979, "Fortolkningsteori," A. Grøn, ed., Aalborg Stiftsbogtrykkeri, Aalborg, pp. 7-89.

Guldbrandsen, K. 2005, *Syn på samspil. Brugere og pårørendes opfattelse af hvordan den sociale sektor og sundhedssektoren i fællesskab sætter ind over for mennesker med en sindslidelse* Videnscenter for Socialpsykiatri, København.

Guldbrandsen, K. 2007, *Samspil på tværs* Videnscenter for Socialpsykiatri, København.

Hermansen, M. & Rendtorff, J. D. 2002, "Indledning til "En hermeneutisk brobygger", " in *En hermeneutisk brobygger*, 1. edn, M. Hermansen & J. D. Rendtorff, eds., Klim, Århus, pp. 11-31.

Houngaard, L. 2004, *Potentiel sygdom sætter spor- Kvinders oplevelse af sygdom i et forløb med celleforandringer efter screening for livmoderhalskræft*, Ph.d., Faculty of Health Sciences, University of Aarhus.

Hummelvoll, J. K. 2001, *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sygepleje.*, 2. edn, Hans Reitzels Forlag, København.

Jensen, T. K. 2000, "Appendiks 1. Den anvendte kvalitative metode," in *Sundhedsfremme i teori og praksis*, Philosophia, København, pp. 205-235.

Karlsson, B. 2008, "Pasienterfaringer som kunnskapsgrunnlag i psykiatrisk sygepleie," in *Psykiatrisk sygepleje. Lærebog for sygeplejestuderende*, N. Buus, ed., Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.

Karp, D. 1996, *Speaking of sadness* Oxford University Press, Oxford.

Karp, D. A. 1994, "Living With Depression: Illness and Identity Points", *Qualitative health research*, vol. 4, no. 1, pp. 6-30.

Kemp, P. 2001, *Praktisk visdom. Om Paul Ricoeurs etik* Forum, København.

Kirkevold, M. & Bergland, A. 2007, "The quality of qualitative data: Issues to consider when interviewing participants who have difficulties providing detailed

- accounts of their experiences", *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, vol. 2, no. 2, pp. 68-75.
- Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. 2006, "Transition: a literature review", *Journal of advanced nursing*, vol. 55, no. 3, pp. 320-329.
- Kvale, S. 1997, *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview* Hans Reitzels Forlag, København.
- Lausten, M. & Sjørup, K. 2003, *Hvad mænd og kvinder bruger tiden til - om tidsmæssig ligestilling i danske familier*, Socialforskningsinstituttet, København, 0308.
- Licht, W. 2006, "Affektive sindslidelser," in *Psykiatri - en grundbog*, 2. edn, H. Day Poulsen, P. Munk-JÅrgensen, & T. G. Bolwig, eds., Munksgaard Danmark, København.
- Madsen, M. 2006, "Kvantitative forskningsmetoder - forskningsprotokollen," in *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, 2 edn, L. Koch & S. Vallgård, eds., Munksgaard Danmark, København, pp. 157-178.
- Malterud, K. 2008, "Kvalitative studier", in *Konference om kvalitative studier*.
- Malterud, K. 2003, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*, 2. edn, Universitetsforlaget, Oslo.
- Maunsbach, M. & Lunde, I. M. 2003, "Udvælgelse i kvalitativ forskning," in *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*, 1 edn, I. M. Lunde & P. Ramhøj, eds., Akademisk Forlag, København, pp. 142-153.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. 1994, "Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission", *Nursing Outlook*, vol. 42, no. 6, pp. 255-259.
- Meleis, A. 2007a, "Developing Middle Range and Situation-Specific Theories: Exemplars," in *Theoretical nursing. development and progress*, 4. ed. edn, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp. 212-237.
- Meleis, A. 2007b, "The Discipline of Nursing: A Perspective, a domain, and Definitions," in *Theoretical nursing. development and progress*, 4. ed. edn, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. 2000, "Experiencing Transition: An Emerging Middle-Range Theory", *Advances in Nursing Science*, vol. 23, no. 1, pp. 12-28.
- Meleis, A. I. 2007c, *Theoretical nursing. development and progress*, 4. ed. edn, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Middelboe, T. 2000, *Sammenhæng og brud i psykiatrien* Lægeforeningen, København.
- Minet, L. 2005, *Når depression trænger sig på*, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse.
- Møller, S. & Stephensen, I. 2004, *Arbejdsløshed og selvmordsadfærd*, Center for Selvmordsforskning, 12.
- Nordentoft, M. 2001, *Depression og selvmord* psykiatrifonden.

- Nordentoft, M. & Lindhardt, A. 2000, "Sammenhæng mellem psykiatrisk skadestue, sengeafdeling og distriktspsykiatri," in *Sammenhæng og brud i psykiatrien*, T. Middelboe, ed., Lægeforeningen, København, pp. 86-97.
- Olsen, H. 2002, *Kvalitative kvaler. Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet* Akademisk Forlag A/S.
- Olsen, L. R., Mortensen, E. L., & Bech, P. 2004, "Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population", *Acta Psychiatrica Scandinavica* no. 109, pp. 96-103.
- Pedersen, B. D. 2005, *Sygeplejepraksis. Sprog og Erkendelse* Fællestrykkeriet for Sundhedsvidenskab og Humaniora, Århus Universitet, Århus.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. 2006, "Critiquing Research Reports," in *Essentials of Nursing Research - Methods, Appraisal and Utilization*, 6 edn, LippincottWilliams & Wilkins, Philadelphia, pp. 429-456.
- Post, B. 2005, "Leder: Identitet og anerkendelse", *Socialrådgiveren* no. 18.
- Rendtorff, J. D. 2000, *Paul Ricoeurs filosofi* Hans Reitzels Forlag, København.
- Ricoeur, P. 1973a, *Filosofiens kilder* Vinten.
- Ricoeur, P. 1979, *Fortolkningsteori* Aalborg Stiftsbogtrykkeri, Aalborg.
- Ricoeur, P. 1973b, "Hvad er tekst? Forklare og forstå (1970)," in *Filosofiens kilder*, P. Kemp, ed., Vinten, pp. 101-136.
- Ricoeur, P. 1973c, "Tekstmodellen: Meningsfuld handling betragtet som en tekst," in *Filosofiens kilder*, P. Kemp, ed., Vinten.
- Ricoeur, P. 1994, *Oneself as another* University of Chicago Press, Chicago.
- Ricoeur, P. 2002, "Tid og fortælling 1. Den trefoldige mimesis," in *En hermeneutisk brobygger*, 1. edn, M. Hermansen & J. D. Rendtorff, eds., Klim, Århus, pp. 75-126.
- Ridge, D. & Ziebland, S. 2006a, ""The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression", *Qualitative Health Research*, vol. 16, no. 8, pp. 1038-1053.
- Ridge, D. & Ziebland, S. 2006b, ""The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression", *Qualitative Health Research*, vol. 16, no. 8, pp. 1038-1053.
- Ridge, D. & Ziebland, S. 2006c, ""The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression", *Qualitative Health Research*, vol. 16, no. 8, pp. 1038-1053.
- Ridge, D. & Ziebland, S. 2006d, ""The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression", *Qualitative Health Research*, vol. 16, no. 8, pp. 1038-1053.
- Ridge, D. & Ziebland, S. 2006, ""The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression", *Qualitative Health Research*, vol. 16, no. 8, pp. 1038-1053.

Ridge, D. & Ziebland, S. 2006e, ""The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression", *Qualitative Health Research*, vol. 16, no. 8, pp. 1038-1053.

Ridge, D. & Ziebland, S. 2006f, ""The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression", *Qualitative Health Research*, vol. 16, no. 8, pp. 1038-1053.

Ridge, D. & Ziebland, S. 2006g, ""The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression", *Qualitative Health Research*, vol. 16, no. 8, pp. 1038-1053.

Ridge, D. & Ziebland, S. 2006h, ""The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression", *Qualitative Health Research*, vol. 16, no. 8, pp. 1038-1053.

Schreiber, R. 1996, "(Re)Defining My Self - Women's Process of Recovery form Depression", *Qualitative Health Research*, vol. 6, p. 469.

Schumacher, K. & Meleis, A. 1994, "Transition: a central concept i nursing", *Image Journal Nurs Scholarship*, vol. 26, no. 2, pp. 119-127.

Silverman, D. 2005, *Doing Qualitative Research*, 2. edn, SAGE Publications Ltd., London.

Skärsäter, I., Agren, H., & Dencker, K. 2001f, "Subjective lack of social support and presence of dependent stressful life events characterize patients suffering from major depression compared with healthy volunteers", *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 8, no. 2, pp. 107-114.

Skärsäter, I., Agren, H., & Dencker, K. 2001e, "Subjective lack of social support and presence of dependent stressful life events characterize patients suffering from major depression compared with healthy volunteers", *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 8, no. 2, pp. 107-114.

Skärsäter, I., Agren, H., & Dencker, K. 2001d, "Subjective lack of social support and presence of dependent stressful life events characterize patients suffering from major depression compared with healthy volunteers", *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 8, no. 2, pp. 107-114.

Skärsäter, I., Agren, H., & Dencker, K. 2001c, "Subjective lack of social support and presence of dependent stressful life events characterize patients suffering from major depression compared with healthy volunteers", *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 8, no. 2, pp. 107-114.

Skärsäter, I., Agren, H., & Dencker, K. 2001a, "Subjective lack of social support and presence of dependent stressful life events characterize patients suffering from major depression compared with healthy volunteers", *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 8, no. 2, pp. 107-114.

Skärsäter, I., Agren, H., & Dencker, K. 2001b, "Subjective lack of social support and presence of dependent stressful life events characterize patients suffering from major depression compared with healthy volunteers", *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 8, no. 2, pp. 107-114.

Skärsäter, I., Dencker, K., & Agren, H. 1999a, "The experience of social support in patients suffering from treatment-refractory depression--a pilot study", *Arch.Psychiatr Nurs*, vol. 13, no. 2, pp. 89-96.

Skärsäter, I., Dencker, K., & Agren, H. 1999b, "The experience of social support in patients suffering from treatment-refractory depression--a pilot study", *Arch.Psychiatr Nurs*, vol. 13, no. 2, pp. 89-96.

Skärsäter, I., Dencker, K., & Agren, H. 1999c, "The experience of social support in patients suffering from treatment-refractory depression--a pilot study", *Arch.Psychiatr Nurs*, vol. 13, no. 2, pp. 89-96.

Skärsäter, I., Dencker, K., Bergbom, I., Haggstrom, L., & Fridlund, B. 2003c, "Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach", *Issues Ment Health Nurs*, vol. 24, no. 4, pp. 419-439.

Skärsäter, I., Dencker, K., Bergbom, I., Haggstrom, L., & Fridlund, B. 2003b, "Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach", *Issues Ment Health Nurs*, vol. 24, no. 4, pp. 419-439.

Skärsäter, I., Dencker, K., Bergbom, I., Haggstrom, L., & Fridlund, B. 2003a, "Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach", *Issues Ment Health Nurs*, vol. 24, no. 4, pp. 419-439.

Skärsäter, I., Dencker, K., Bergbom, I., Haggstrom, L., & Fridlund, B. 2003d, "Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach", *Issues Ment Health Nurs*, vol. 24, no. 4, pp. 419-439.

Skärsäter, I., Dencker, K., Haggstrom, L., & Fridlund, B. 2003e, "A salutogenetic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support", *Int.J Nurs Stud.*, vol. 40, no. 2, pp. 153-162.

Skärsäter, I., Dencker, K., Haggstrom, L., & Fridlund, B. 2003f, "A salutogenetic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support", *Int.J Nurs Stud.*, vol. 40, no. 2, pp. 153-162.

Skärsäter, I. & Willman, A. 2006c, "The recovery process in major depression: an analysis employing Meleis' transition framework for deeper understanding as a foundation for nursing interventions", *ANS Adv.Nurs Sci.*, vol. 29, no. 3, pp. 245-259.

Skärsäter, I. & Willman, A. 2006d, "The recovery process in major depression: an analysis employing Meleis' transition framework for deeper understanding as a foundation for nursing interventions", *ANS Adv.Nurs Sci.*, vol. 29, no. 3, pp. 245-259.

Skärsäter, I. & Willman, A. 2006e, "The recovery process in major depression: an analysis employing Meleis' transition framework for deeper understanding as a foundation for nursing interventions", *ANS Adv.Nurs Sci.*, vol. 29, no. 3, pp. 245-259.

Skärsäter, I. & Willman, A. 2006f, "The recovery process in major depression: an analysis employing Meleis' transition framework for deeper understanding as a foundation for nursing interventions", *ANS Adv.Nurs Sci.*, vol. 29, no. 3, pp. 245-259.

Skärsäter, I. & Willman, A. 2006g, "The recovery process in major depression: an analysis employing Meleis' transition framework for deeper understanding as a foundation for nursing interventions", *ANS Adv.Nurs Sci.*, vol. 29, no. 3, pp. 245-259.

Skärsäter, I. & Willman, A. 2006h, "The recovery process in major depression: an analysis employing Meleis' transition framework for deeper understanding as a foundation for nursing interventions", *ANS Adv.Nurs Sci.*, vol. 29, no. 3, pp. 245-259.

Skärsäter, I. & Willman, A. 2006a, "The recovery process in major depression: an analysis employing Meleis' transition framework for deeper understanding as a foundation for nursing interventions", *ANS Adv.Nurs Sci.*, vol. 29, no. 3, pp. 245-259.

Skärsäter, I. & Willman, A. 2006b, "The recovery process in major depression: an analysis employing Meleis' transition framework for deeper understanding as a foundation for nursing interventions", *ANS Adv.Nurs Sci.*, vol. 29, no. 3, pp. 245-259.

Smith, B. 1999, "The Abyss: Exploring Depression Through a Narrative of the Self", *Qualitative inquiry*, vol. 5, no. 2, pp. 264-279.

Sundhedsstyrelsen 2007, *Referenceprogram for unipolar depression hos voksne*.

Uhrenfeldt, L., Hall, E., & Paterson, B. 2007, "Using Videorecording to Enhance the Development og Novice Researchers' Interviewing Skills", *International Journal of Qualitative Methods*, vol. 6, no. 1.

Van Gennep, A. 1960, *The rites of passage*, 2. impr. edn, University of Chicago Press, Chicago.

Videbech, M. & Videbech, P. 2007, "Tre vinkler på begrebet stress", *Tidsskriftet Sygeplejersken* no. 21.

Videnscentret for Psykiatri og Udviklingshæmning. Psykoedukation. oligo.dk . 2008.

Ref Type: Internet Communication

World Health Organization 2008, *Mental Health - What is depression*.

Bilagsoversigt

- Bilag 1: Søgeprotokol
 - Bilag 2: Hamilton-test
 - Bilag 3: MMSE-test
 - Bilag 4: Lægmandsbeskrivelse
 - Bilag 5: Informeret samtykke
 - Bilag 6: Forespørgsel til Den Videnskabetiske Komité for Region Midtjylland
 - Bilag 7: Interviewguide
 - Bilag 8: Referat med interview med informant nummer to
 - Bilag 9: Spørgsmål til kategorierne
 - Bilag 10: Eksempel på strukturanalyse
-

Bilag 1:

Søgeprotokol

Problemstilling:

Undersøgelsens fokus er at udforske depressive patienters oplevelse af overgangen fra psykiatrisk afdeling til det at komme hjem med kontakt til lokalpsykiatrien.

Informationskilder:

Problemstillingen ligger op til søgning i sundhedsvidenskabelige databaser. Der er foretaget søgning i PubMed, CINAHL og PsykInfo. Endvidere foretages en citationssøgning i Web of Science. Desuden er der lavet en søgning i Bibliotek.dk for at indfange dansk litteratur på området.

Inklusionskriterier:

Jeg ønsker kun referencer på engelsk, dansk, norsk og svensk.

Artiklerne skal som minimum omhandle psykisk syge patienters oplevelser.

Søgestrategier:

Der er foretaget søgning i databaserne PubMed, CINAHL og PsykInfo ved at kombinere en systematisk bloksøgning med en mere usystematisk kædesøgning. Der ud over en citationssøgning i Web of Science.

Bloksøgningen består af tre blokke:

Boks 1: Overgange	Boks 2: Psykisk syge / depressive	Boks 3: Patientoplevelser
--------------------------	--	----------------------------------

Boksene vil indeholde en kombination af kontrollerede emneord og fritekstsøgning.

På grund af databasernes forskellige måde at opbygge kontrollerede emneord på, vil indeholdt i boksene blive forskellige i de forskellige søgninger.

Kædesøgningen foregår ved at læse referencer og gøre brug af funktionen: "related articles" for at finde artikler om samme eller lignende emner. Dette er en metode, hvor der dels findes idéer til nye søgeord, dels findes artikler som ikke kom frem ved bloksøgningen.

Søgestrategier og fund i PubMed:

PubMed er en meget omfangsrig database udviklet af National Library of Medicine. Databasen indeholder mere end 16 millioner referencer bl.a. fra hele det medicinske felt og fra sygeplejen.

I den systematiske bloksøgning vil de centrale termer først blive oversat til PubMed's kontrollerede emneord –MesH-termer.

Første boks →

Overgange: Mesh-termen *patient discharge* kombineres med mesh-termen *after care* og friteksttermen *transition*.

Anden boks →

Patientgruppen: Her er valgt mesh-termerne *depressive disorder* OR *depression* OR *mental disorder* disse bedst omfattede deprimerede patienter som gruppe.

Tredje boks →

Oplevelser: Mesh-termen *Life change events* anvendes. Denne term medtager life experiences der ikke er en mesh-term.

En kombination af alle tre bokse gav 52 hits, som ikke var relevante for specialets fokus.

En kombination af boks 1 og 2 gav 627 hits.

Desuden foretages en kædesøgning ud fra relevante artikler for på denne måde eventuelt at finde flere relevante artikler.

Der fremkom få relevante artikler om udskrivelse og transition, transition i recoveryprocessen i relation til depression.

Søgestrategier og fund i CINAHL:

En database der overvejende indeholder sygeplejefaglige referencer.

I den systematiske bloksøgning vil de centrale termer først blive oversat til CINAHL's kontrollerede emneord – CINAHL-Headings (CH). Hvor det er relevant anvendes funktionen "explode" for at gøre søgningen bredere. Dette markeres med "+". Desuden vil der blive kombineret med fritekstsøgning.

Første boks →

Overgang: *Patient Discharge*+ anvendes. Begrebet *transition* findes ikke som en CH-term. Derfor anvendes dette ord som en frisøgning. Ved en gennemlæsning af overskrifterne på første side findes ordet relevant at tage med i en videre søgning.

Anden boks →

Patientgruppen: CH-terminer: "Depression+" OR "Affective Disorders+" OR "Affective Disorders, Psychotic+", kombineres med fritekstterminer "depression" OR "affective disorder".

Tredje boks →

Patientoplevelser: CH-terminer: Life experience+ og fritekstordet: "life experience" kombineres.

Ved at kombinere alle tre bokse fremkom 2 hits hvoraf ingen af artiklerne var relevante. Derfor forsøges med en kombination af boks 1 + 2, her fremkom heller ingen relevante artikler.

Derfor foretages en søgning hvor patientgruppen er undladt - boks 1 + 3, da patientgruppen synes at begrænse søgningen for meget. Her fremkom 133 hits hvoraf 11 artikler er udvalgt til nærmere studie. Desuden foretages en kædesøgning ud fra disse artikler for på denne måde eventuelt at finde flere relevante artikler.

Der fremkom de samme relevante artikler som ved søgningen i PubMed.

Søgestrategier og fund i PsykInfo:

En database med litteratur, hvor omdrejningspunktet fortrinsvis er psykologi, men den indeholder endvidere referencer fra bl.a. psykiatri, sygepleje og medicin.

I den systematiske bloksøgning vil de centrale termer først blive oversat til PsykInfo's kontrollerede emneord – descriptors. I nogle tilfælde vil der blive brugt fritekstsøgning - keywords, hvor der ikke findes en dækkende descriptor.

Der vil blive foretaget kædesøgning for at finde flere relevante artikler.

Første boks →

”Overgange”: I denne database søges der specifikt på udskrivelse fra psykiatrisk hospital og descriptoren er *Psychiatric hospital discharge* kombineret med keyword *transition*.

Anden boks →

Descriptoren *Major depression* kombineres med *major depression* som keyword.

Tredje boks →

Patient oplevelser: Her vil boksen blive kombineret af fritekstsøgningsord: *patients perspective* OR *patients experiences* og descriptorer: *life experiences* OR *life changes*.

Kombination af alle tre bokse gav 9 hits. Ingen relevante artikler. Med hovedvægt på forskning om overgangen fra barn til voksen eller indgangen til forælderrollen. Søgningen vurderes at være for snæver, derfor forsøges kombination af boks et og to gav 201 hits. Her fremkom fire referencer som efter gennemlæsning blev til to. Den ene omhandler transitionen i recoveryprocessen efter en depression. Den anden kvinders mestring af det at komme sig efter depression. Resultatet er ikke en besvarelse af problemstillingen, men referencer der kan sige noget om hvad der kan være på spil i overgangen. Disse artikler bruges til en kædesøgning, hvorved der fremkommer yderligere fem referencer som kan bruges i det videre arbejde.

Kombination af boks et og tre 469 hits. Ingen relevante artikler.

Kombination af boks to og tre 635 hits. Ingen relevante artikler. Ud over de allerede fundene referencer er der mange artikler der omhandler relationen mellem stress og depression.

Konklusion:

Med udgangspunkt i ovenstående søgninger må det konkluderes at der ikke findes forskning specifikt omkring depressive patienters oplevelser af overgangen fra indlæggelse på hospital til eget hjem.

Den meget begrænsede forskning der blev fundet omhandler hovedsagligt ældre og er rettet på udskrivelsesplanlægning, patienttilfredshedsundersøgelser og hverdagen med pårørende, transition fra barn til voksen og transition i forhold til det at blive forældre samt relationen mellem stress og depression. Disse resultater bidrager ikke til dette projekt.

Der blev fundet i alt 8 artikler og en bog der var relevante for specialets problemstilling. Kædesøgningen er den søgning der har givet det største resultat, her blev der fundet forskning omkring depression og recovery samt depressives narrativer omkring recovery. Disse vil blive inddraget i specialet. Dette er ikke en søgning der kan gengives, dog menes søgningens resultat at have et højt recall (Buus, Kristiansen, Tingleff, & Rossen, 2008) idet de samme artikler blev fundet igen og igen. Søgningens precision er derimod ikke høj idet der i alle søgningerne var mange irrelevante referencer. Det skyldes sandsynligvis at området er uudforsket. Men kan også skyldes at jeg ikke har fundet de rette søgeord og kombinationer.

Der afsluttes med en citationssøgning i Web of Science med de fundene relevante referencer. Dette resulterede i at jeg genfandt nogle af de samme artikler. Der fremkom ingen nye relevante artikler.

Årsagen til dette begrænsede resultat af søgningen må være at depressive/psykiatriske patienters oplevelser af transition ikke er et særligt udforsket fænomen. Derfor udledes det at en undersøgelse af specialets problemstilling er relevant.

Søgestrategier og fund i Bibliotek.dk:

I den søgning forsøges først *overgang**, *psykiatri**, *patientoplevelser* og *depression*.

Desuden forsøges det at bruge ord fra emneordsregistret.

Kædesøgning blev foretaget med udgangspunkt i forfatternavnene *Jens Albæk* og *Klaes Gulbrandsen*

Konklusion:

Søgningen i denne database gav et brugbart resultat. Samlet set giver den fundene litteratur et indblik i et psykiatrisk system der er fragmenteret det vil sige at overgangene er præget af manglende sammenhæng. Brugerundersøgelser viser at brugerne overvejende er tilfredse men at der er plads til forbedringer i systemet. Der er ikke lavet undersøgelser der specifikt omhandler depressive patienters oplevelser.

Bilag 2:

Hamiltons Depressionsskala HAM-D17

Nedenfor følger en manual til Hamiltons Depressionsskala (HAM-D₁₇).

1. Nedsat stemningsleje:

Dette item dækker såvel den verbale som den nonverbale tilkendegivelse af patientens oplevelse af tristhed, nedtrykthed, modløshed, hjælpeløshed og håbløshed.

0 Ikke til stede.

1 Let tendens til at være nedstemt, ilde til mode, i dårligt humør.

2 Klarere tegn til nedsat stemningsleje; virker moderat nedtrykt, men virker ikke håbløs.

3 Stemningslejet kraftigt nedsat, eventuelt ledsaget af nonverbale tegn (f.eks. gråd). Giver udtryk for håbløshed.

4 Stemningslejet meget svært nedsat, med klare tegn til håbløshed eller hjælpeløshed.

2. Skyldfølelse og selvbekrejdelse:

Dette item dækker reduceret selvagtelse med skyldfølelse.

0 Ikke præget af nedsat selvbedømmelse, manglende selvtillid eller skyldfølelse.

1 Føler sig mindreværdig i forhold til familie, venner eller arbejdsfæller med henvisning til det forhold, at han/hun har været til besvær under den aktuelle depressionstilstand.

2 Tegn til egentlig skyldfølelse, idet patienten er optaget af forhold fra tiden før den aktuelle depressionstilstand startede (mindre undladelser eller fejl).

3 Føler, at den aktuelle depressionstilstand skyldes undladelser eller fejl i fortiden. Kan dog stadig forstandsmæssigt indse, at det næppe er rigtigt.

4 Skyldfølelserne, med oplevelsen af, at den aktuelle depressionstilstand er en straf, kan end ikke forstandsmæssigt korrigeres (vrangforestilling).

3. Suicidale impulser:

0 Ikke til stede.

1 Patienten føler, at livet ikke er værd at leve, men har intet dødsønske.

2 Patienten ønsker at dø (f.eks. ikke at vågne op næste morgen), men har ingen aktive planer om at berøve sig livet.

3 Har usikre, men aktive planer om at berøve sig livet.

4 Har sikre planer om at berøve sig livet.

4. Indsovningsbesvær:

Der udspørges om de sidste 3 nætter uafhængigt af indtagelse af sovemedicin.

0 Ikke til stede.

1 Har mindst én aften måttet ligge mere end ½ time vågen i sengen, fra det tidspunkt han/hun ønskede at falde i søvn, og indtil søvnen indtraf.

2 Har hver aften måttet ligge over ½ time i sengen, fra det tidspunkt han/hun ønskede at falde i søvn.

5. Afbrudt søvn:

Patienten vågner op én eller flere gange mellem midnat og kl. 5 næste morgen. Der udspørges om de sidste 3 nætter uafhængigt af indtagelse af sovemedicin.

0 Ikke til stede.

1 Har vågnet op én eller to gange inden for de sidste nætter.

2 Har vågnet op hver nat.

132 Referenceprogram for unipolar depression hos voksne

6. Søvnforstyrrelser, tidlig morgenopvågning:

Patienten vågner op før planlagt. Der udspørges om de sidste 3 nætter uafhængigt af indtagelse af sovemedicin.

0 Ikke til stede.

1 Er en enkelt gang vågnet op en time eller mere før planlagt.

2 Er konstant vågnet op en time eller mere før planlagt.

7. Arbejde og interesser:

0 Ingen problemer.

1 Let besvær med de sædvanlige dag til dag-aktiviteter (i eller uden for hjemmet).

2 Klarere tegn til insufficiens, men stadig af moderat grad.

3 Har problemer selv med de mest rutineprægede aktiviteter, som tilmed udføres med stor anstrengelse.

4 Ikke i stand til at udføre rutineprægede aktiviteter uden hjælp.

8. Psykomotorisk hæmning:

0 Ikke til stede.

1 Patientens almindelige motoriske tempo ganske let nedsat.

2 Klarere tegn til nedsat motorisk tempo, f.eks. moderat nedsat mimik og bevægelse, eller moderat nedsat taletrang.

3 Interviewet forlænget eller besværligt på grund af kortfattet besvarelse.

4 Interviewet meget vanskeligt at gennemføre pga. den verbale hæmning og/eller meget nedsatte bevægelsesaktivitet.

9. Psykomotorisk agitation:

0 Ikke til stede.

1 Let motorisk uro. F.eks. tendens til at sidde noget uroligt eller tendens til at klø sig i hovedet.

2 Klarere tegn til motorisk uro med håndvridning, moderat sidde-uro, kan dog forblive siddende.

3 Patienten må rejse sig op en enkelt gang under interviewet.

4 Patienten er så rastløs, at han/hun må rejse sig og gå omkring flere gange under interviewet.

10. Angst, psykiske komponenter:

0 Ikke til stede.

1 Let tendens til at være bekymret og bange.

2 Klarere tegn til psykisk angst; virker moderat bekymret, utryk eller bange, men dog i stand til at kontrollere utrygheden.

3 Den psykiske ængstelse og bekymring er så udtalt, at patienten af og til har svært ved at kontrollere sin angst, f.eks. på kanten af panikangst. Påvirker således af og til patientens daglige adfærd.

4 Den psykiske angst meget udtalt. Påvirker mere konstant patientens daglige adfærd.

11. Angst, somatiske komponenter:

Dette item omfatter de fysiologiske eller autonome angstfænomener. Den psykiske anspændthed skal vurderes i item 10.

0 Ikke til stede.

1 Let tendens til somatisk angst, f.eks. uro i maven, sved, tremor.

2 Klarere tegn til somatisk anspændthed. F.eks. moderat udtalt uro i maven, hjertebanken, sved eller tremor. Påvirker dog ikke patientens daglige adfærd.

3 Den somatiske angst så udtalt, at patienten har svært ved at kontrollere denne. Påvirker således af og til patientens daglige adfærd.

4 Den somatiske angst meget udtalt; påvirker mere konstant patientens daglige adfærd.

12. Gastrointestinale symptomer:

Symptomerne rammer hele mave-tarm-systemet. Mundtørhed, nedsat appetit og træg afføring er blandt de mest hyppige symptomer. Den abdominale uro ("sommerfugle i maven") opfattes som en autonom, somatisk angstmanifestation og skal vurderes i item 11. Oplevelsen af at "maven forsvinder" er en nihilistisk, paranoid hypokondermanifestation og skal vurderes i item 15.

0 Ikke til stede.

1 Let nedsat appetit eller normal fødeindtagelse, men maden smager ikke.

2 Moderat eller svær appetitnedsættelse. Patienten spiser dog stadig, fordi han/hun ved, det er vigtigt.

13. Generelle somatiske symptomer:

Dette item omhandler følelsen af træthed, udmattelse, nedsat energiløshed, men også diffuse muskelsmerter, f.eks. i nakke eller skulderå, ryg eller lemmer.

0 Ikke til stede.

1 Let følelse af træthed, muskelsmerter eller f.eks. hovedpine.

2 Moderat eller svær træthed eller muskelsmerter.

14. Seksuelle forstyrrelser:

Dette item omfatter nedsat seksuel lyst eller interesser. Det er ofte vanskeligt at nærme sig, specielt hos ældre patienter.

- 0 Ingen forstyrrelser.
- 1 Lette forstyrrelser.
- 2 Moderate til svære forstyrrelser.

15. Hypokondri (somatisering):

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let optagethed af kroppens funktioner.
- 2 Klarere tegn til bekymring over den somatiske tilstand. Virker moderat bange for at fejle noget legemligt, somatiserer depressionen, men på et "neurotisk" niveau.
- 3 Hypokondrien er mere udtalt. Patienten er således overbevist om at fejle noget legemligt (f.eks. cancerfrygt), men kan dog kortvarigt forstandsmæssigt bringes til at forstå, at dette ikke er tilfældet.
- 4 Hypokondrien så udtalt, at der er tale om en ikke-korrigerbar, paranoid forestilling. Denne forestilling har ofte et nihilistisk præg: "rådner indvendigt", "maven forsvinder".

16. Sygdomsindsigt:

Dette item er kun meningsfuldt at vurdere, hvis interviewer selv mener, at patienten har en depressiv tilstand.

- 0 Patienten er enig i, at han/hun har en depression eller lignende mental lidelse.
 - 1 Patienten føler sig depressiv, men opfatter ikke dette som en sygdom.
 - 2 Patienten føler sig hverken syg eller stresset.
- Der bør i dette tilfælde udspørges om paranoid skyldfølelse (*item 2*) eller om paranoid hypokondri (*item 15*).

17. Vægttab:

Her bør der så vidt muligt opnås information om legemsvægten målt i kg.

- 0 Intet vægttab.
 - 1 Vægttab mindre end 2 kg.
 - 2 Vægttab svarende til 2 kg eller mere.
-

Bilag 3:

MMSE

Jeg vil stille dig nogle opgaver, som du skal prøve at besvare/løse, så godt du kan. Nogle opgaver er lette andre svære.

Hvilket årstal har vi?

Hvilken årstid?

Hvilken dato?

Hvilken ugedag?

Hvilken måned er det?

Hvilket land er vi i?

Hvilken landsdel?

Hvilken by?

Hvad er din adresse?

Hvilken sal?

Jeg vil nu sige navnet på tre genstande jeg vil bede dig gentage dem og huske på dem, da jeg vil spørge dig om dem igen om lidt.

ÆBLE

BORD

MØNT

Jeg vil gerne bede dig stave **SPAND** bagfra.

Hvad er de tre genstande jeg bad dig huske før?

Hvad er det? (ur).

Hvad er det? (blyant).

Jeg vil bede dig gentage sætningen efter mig: ”ingen over, under eller ved siden af”.

HAVE PAPIR PARAT! Tag papiret i højre hånd, fold det på midten og læg det på gulvet.

Gør det der står på papiret, man viser informanten et papir, hvor der står følgende:

Luk øjnene

Skriv en sætning med grundled og udsagnsled.

Tegn tegningen efter:

Bilag 4:

Interviewundersøgelse af depressive personers oplevelse af overgange i psykiatrien

Mit navn er Camilla Rossen. Jeg er sygeplejerske og ansat som gæsteforsker på Center for Psykiatrisk Forskning i Risskov. Jeg er i gang med mit kandidatspeciale på Afdeling for Sygeplejevidenskab på Århus Universitet.

Jeg søger, depressive personer der vil deltage i en interviewundersøgelse.

Jeg ønsker, at lave et interview med dig i dit eget hjem eller et andet sted der passer dig. Her vil jeg stille spørgsmål til, hvordan du har oplevet overgangen fra indlæggelse til det at være hjemme med kontakt til lokalpsykiatrien. Derudover vil jeg spørge til din evne til at huske og til sværhedsgraden af din depression (MMSE-test og en Hamilton-test).

Interviewet kommer til at vare ca. halvanden time.

Undersøgelsen omhandler depressive personers erfaringer med at blive udskrevet fra psykiatrisk hospital og det at komme hjem med kontakt til lokalpsykiatrien. Dette indebærer personlige spørgsmål.

Undersøgelsens formål er at styrke den fremtidige sygepleje til den depressive person.

Jeg har tavshedspligt, og mit kendskab til deltagerne vil blive behandlet anonymt.

Med venlig hilsen

Camilla Rossen, sygeplejerske, stud.cur.



Bilag 5:

Informeret samtykke

Formålet med undersøgelsen:

Formålet med interviewundersøgelsen er at opnå viden om depressive personers oplevelser i forbindelse med overgangen fra indlæggelse på psykiatrisk afdeling til det at komme hjem med kontakt til lokalpsykiatrien. Denne viden kan bidrage til en forbedret sygeplejefaglig indsats.

Der vil blive lavet et interview med hver person.

Interviewet vil blive optaget på bånd, og samtalen forventes at vare ca. 1½ time.

Der vil blive udført en Hamilton test og en MMSE test.

Deltagelsen i undersøgelsen er frivillig, og din medvirken kan til enhver tid afbrydes.

Oplysninger der fremkommer i interviewet vil blive behandlet fortroligt. Efter brug vil båndet med interviewene blive slettet. Personer samt øvrige forhold, der kan henført til dig som person, vil ikke blive medtaget i undersøgelsen. Således er du sikret anonymitet.

Ved min underskrift bekræfter jeg, at jeg er informeret og indforstået med ovenstående og indvilliger i interviewet.

Dato/underskrift fra deltager

Dato/underskrift fra interviewer

Med venlig hilsen

Camilla Rossen, sygeplejerske, stud.cur.

Bilag 6:

Forespørgsel til Den Videnskabetiske Komité for Region Midtjylland

**Den Videnskabetiske Komité for Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg**

Til rette vedkommende

Jeg er blevet foranlediget til at lave denne forespørgelse med henblik på om min undersøgelse er anmeldelsespligtig.

Jeg er sygeplejerske og er i gang med mit kandidatspeciale på Afdeling for Sygeplejevidenskab på Århus Universitet.

Jeg er tilknyttet Center for Psykiatrisk Forskning som gæsteforsker. I samarbejde med Centret skal jeg lave mit kandidatspeciale.

I mit speciale ønsker jeg, at lave en undersøgelse der kan øge sygeplejerskers viden om, hvordan den deprimerede person oplever overgangen fra indlæggelse på en psykiatrisk afdeling til det at komme hjem og få kontakt til lokalpsykiatrien.

For at undersøge dette vil jeg lave en interviewundersøgelse med deprimerede personer indlagt på en psykiatrisk afdeling. Hver person vil blive interviewet to gange.

Jeg har valgt følgende inklusionskriterierne:

- Alder mellem 25-65 år
- Diagnosen depressiv -ICD 32-32.2 + 33-33.2
- Informanten skal have været indlagt før
- Informanten skal kunne tale et forståeligt dansk
- Informanten skal være indlagt frivilligt

Første interview vil foregå på afdelingen under indlæggelsen. Her vil jeg introducere til undersøgelsen og komme med nogle få spørgsmål. Interviewet varer cirka en 30 min.

I forbindelse med første interview ønsker jeg, efter skriftlig tilladelse fra patienten, at søge information i journalen angående informanten blandt andet Hamilton-score.

Andet interview vil foregå efter udskrivelsen i personens eget hjem eller andet passende sted, efter at personen har haft kontakt til distriktskykiatrien to gange. Her vil jeg stille spørgsmål til, hvordan personen har oplevet overgangen fra indlæggelse til det at være hjemme med kontakt til distriktskykiatrien. Derudover vil jeg udføre en MMSE-test og en Hamilton-test. Interviewet kommer til at vare ca. halvanden time.

Jeg har tavshedspligt, og mit kendskab til deltagerne vil blive behandlet anonymt.

Med venlig hilsen

Camilla Rossen, sygeplejerske, stud.cur.

rxcc@psykiatri.aaa.dk

Forspørgsel 119/2007

Kære Camilla Blach Rossen.

Du har spurgt Den videnskabetiske Komité for Region Midtjylland, om nedenfor beskrevne studie skal anmeldes til komiteen.

Således som projektet er beskrevet, er der tale om en ren interviewundersøgelse.

Det følger af vejledning af 1. september 2007 punkt 2.8, at en interviewundersøgelse sidestilles med en spørgeskemaundersøgelse.

Det følger af komitéloven § 8, stk. 3, at spørgeskemaundersøgelser kun skal anmeldes til komiteen, såfremt der tillige indgår menneskeligt biologisk materiale i projektet.

Da dit projekt er en ren interviewundersøgelse uden inddragelse af biologisk materiale, kan du derfor gennemføre projektet uden komiteens tilladelse.

Med venlig hilsen

Marie Bartholdy

Fuldmægtig

Tlf. 87284409

Bilag 7:

Interviewguide

Interviewguiden blev bygget op på den måde, at jeg på baggrund af min teoretiske forforståelse stillede nogle forskningsspørgsmål.. Disse blev oversat til interviewspørgsmål, som var de spørgsmål, jeg stiller informanten. Hjælpespørgsmålene var spørgsmål, der blev stillet i tilfælde af, at spørgsmålene ikke blev besvaret tilstrækkeligt.

Inden det egentlige interview starter, blev der stillet opvarmningsspørgsmål, der lægger op til at informanten slapper af og taler frit (Kirkevold & Bergland 2007;Kvale 1999).

Kvales ni forskellige spørgemåder var inspiration til spørgsmålene (Kvale 1999).

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Hjælpespørgsmål
Indledning Kort info om projektet Præsentation af mig selv.	Tak for at jeg måtte komme og interviewe dig i dit hjem! Sygeplejerske. Gæsteforsker på Center for Psykiatrisk Forskning. I gang med speciale på Institut for Sygeplejevidenskab. Dette interview skal bruges til mit speciale. Specialets formål er at finde ud af, hvordan deprimerede mennesker oplever det at blive udskrevet og komme hjem med kontakt til distriktskykiatrien. I dag vil jeg interviewe dig om, hvordan du oplevede det at blive udskrevet og	”Jeg opfatter det, du siger, som...”, ”Det, du siger, er.....”.

	<p>komme hjem fra hospitalet. Men først vil jeg stille dig nogle spørgsmål, der siger noget om, hvor deprimeret du er, det hedder en Hamilton-test. Derefter vil jeg stille dig nogle spørgsmål og bede dig om at lave nogle opgaver, der siger noget om, hvor godt du husker, det hedder en MMSE-test.</p> <p>Jeg optager det hele på bånd, så jeg kan skrive det, du siger, ned, når jeg kommer hjem. Båndet er kun til mit eget brug, og det vil blive slettet, så snart jeg har nedskrevet interviewet.</p> <p>Jeg sørger for, at du ikke kan genkendes i den færdige opgave.</p> <p>Hvis du har lyst, må du gerne få en kopi af den færdige opgave, og du må også gerne se interviewet, når det er skrevet ned.</p> <p>Du kan til en hver tid sige, at du ikke ønsker at være med i projektet.</p> <p>Jeg vil under interviewet af og til orientere mig i mine papirer.</p> <p>Nu tænder jeg båndoptageren, og lægger den fra mig.</p> <p>HAMILTON OG MMSE (se særskilte papirer).</p>	
--	--	--

<p>Hamilton-test og MMSE-test, for bagefter at kunne sige noget om informanterne, vise om gruppen er homogen og derved øge generaliserbarheden.</p>	<p>Nu vil jeg gerne tale med dig om noget andet.</p>	
<p>Sociale relationer</p> <p>Er kontakten til andre mennesker blevet ændret, og hvad har den betydet for overgangen. Følelsen af stigmatisering.</p> <p>Kontakt til andre psykisk syge anses som væsentlig for et godt videreforløb?</p> <p>Svarene på disse spørgsmål vil blive anvendt i resten af interviewet.</p>	<p>Jeg vil stille dig nogle spørgsmål om din kontakt til andre mennesker.</p> <p>Hvem er de vigtigste mennesker i dit liv?</p> <p>Hvem har du en godt kontakt til?</p> <p>Hvem har du den daglige kontakt til?</p> <p>Har du haft kontakt til andre medpatienter?</p> <p>Kan du fortælle om din arbejdssituation?</p>	<p>Familie</p> <p>Venner</p> <p>Omgangskreds</p> <p>Professionelle (læger, sygeplejersker mv.)</p> <p><u>Hvis ja</u>, er godt?</p> <p><u>Hvis nej</u>, er det noget du savner?</p> <p>Arbejde?</p> <p>Kan du forestille dig at fortsætte i samme job, når du har det bedre igen?</p> <p>Har din arbejdsgiver samme mening?</p> <p>Har du kontakt til kollegaer?</p>
<p>Indlæggelse.</p>	<p>Jeg vil nu stille dig nogle spørgsmål til din indlæggelse.</p>	

<p>Hvordan indlæggelsen opleves. Denne del må med, idet det ellers ikke er muligt at se eventuelle forskelle i forhold til beskrivelsen af efterforløbet.</p>	<p>Hvordan oplevede du din seneste indlæggelse?</p> <p>Fik du den støtte, du havde behov for under indlæggelsen?</p> <p>Fik du den behandling, du havde brug for under indlæggelsen?</p> <p>Hvordan var din kontakt til dine nærmeste under indlæggelsen?</p> <p>Er denne kontakt ændret i forhold til, før du blev syg?</p>	<p>Hvem støttede? Personale, de nærmeste, medpatienter?</p> <p>Hvem manglede du støtte fra?</p> <p>Hvad var godt?</p> <p>Hvad var skidt?</p> <p>Hvordan?</p> <p>Hvorfor tror du, kontakten er ændret?</p>
<p>Udskrivelsen.</p> <p>Bevidsthed om det at være i en overgang og engagement i overgangen kan have væsentligt betydning for, hvordan overgangen forløber?</p> <p>Stabil og tryk kontakt til sundhedspersonalet er vigtig i overgangen – afdelingens personale og distriktssygeplejen?</p>	<p>Jeg vil nu stille dig nogle spørgsmål om din udskrivelse.</p> <p>Hvilke tanker gjorde du dig i forbindelse med at skulle udskrives?</p> <p>Var der noget, der bekymrede dig?</p> <p>Var du med til at planlægge din udskrivelse?</p>	<p>Positive tanker?</p> <p>Negative tanker?</p> <p><u>Hvis ja</u>, hvilket?</p> <p><u>Hvis nej</u>, hvordan kan det være?</p> <p>Hvordan?</p> <p>Med hvem?</p>

<p>Frigiver samarbejdet med afdelingen / distriktspsykiatrien nogle ressourcer som opfattes som anvendelige/værdifulde i relation til overgangen?</p> <p>Egenomsorg balanceret med omsorg vigtigt. Var der en passende balance mellem omsorg og egenomsorg i forløbet?</p>	<p>Hvem havde du kontakt med i forbindelse med udskrivelsen?</p> <p>Fik du den støtte, du havde brug for, i forbindelse med udskrivelsen?</p> <p>Havde du passende indflydelse på udskrivelsen?</p> <p>Var den information, du fik, omkring din udskrivelse klar og tydelig?</p> <p>Følte du dig godt forberedt til at komme hjem?</p> <p>Fik du tilbudt praktisk hjælp efter udskrivelsen?</p> <p>Havde du nogen kontakt til lokalpsykiatrien i forbindelse med din udskrivelse?</p>	<p>Hvad syntes du om den måde planlægningen forløb på?</p> <p>Kontaktsygeplejerske? Læge? Andre?</p> <p>Hvad var godt? Hvad kunne være bedre?</p> <p>Hvem fik du støtte fra? Personale? Familie osv.? Manglede du noget? Hvad var godt? Manglede du støtte fra nogen?</p> <p>Hvad var godt? Hvad kunne være bedre? Tog personalet over i passende grad?</p> <p>Hvad manglede? Hvad var godt?</p> <p><u>Hvis ja</u>, hvilken? Hvis nej, ville du gerne have haft tilbudet?</p> <p><u>Hvis ja</u>, var det godt? Hvad manglede? Hvad var godt? <u>Hvis nej</u>, manglede du denne kontakt?</p>
--	---	--

	<p>Følte du, at afdelingen og lokalpsykiatrien samarbejdede?</p> <p>Har denne udskrivelse lignet dine tidligere udskrivelser?</p>	<p><u>Hvis ikke</u>, hvordan oplevede du det?</p> <p><u>Hvis ja</u>, er det godt?</p> <p><u>Hvis nej</u>, hvad blev anderledes?</p> <p>Hvorfor? Hvorfor ikke?</p> <p>Har du kunne bruge erfaringer fra dine tidligere indlæggelser?</p>
<p>Hjemme.</p> <p>Egenomsorg balanceret med omsorg vigtigt. Var der en passende balance mellem omsorg og egenomsorg i forløbet.</p> <p>Bevidsthed om det at være i en overgang og engagement i overgangen kan have væsentligt betydning for hvordan overgangen forløber?</p> <p>Stabil og tryk kontakt til sundhedspersonalet er vigtig i overgangen – afdelingens personale og distriktssygeplejen?</p> <p>Frigiver samarbejdet med afdelingen / distriktpsykiatrien nogle ressourcer, som opfattes som</p>	<p>Nu vil jeg stille dig nogle spørgsmål til det at komme hjem.</p> <p>Hvordan har du det med at komme hjem?</p> <p>Hvordan mærker du denne følelse?</p> <p>Hvad gør du, når du har denne følelse?</p> <p>Føler du, at du har det, der skal til for at klare hverdagen?</p> <p>Opleves det anderledes at komme hjem, end du</p>	<p>Negative/positive? Glæde, sorg...</p> <p>Angst, uro....?</p> <p>Virker det?</p> <p>Er der andet du kan gøre?</p> <p>Bruger du andre mennesker i sådan en situation?</p> <p>Kunne det være rart at have andre mennesker i sådan en situation? Hvem?</p> <p>Hvad mangler du?</p> <p>Fra hvem?</p> <p>Blev det, som I havde planlagt ved udskrivelsen?</p> <p>Hvis nej, hvad mangler?</p> <p>Lever den op til det aftalte?</p>

<p>anvendelige/værdifulde i relation til overgangen?</p>	<p>havde forestillet dig? Synes du, at du får den hjælp, du har brug for i hverdagen?</p> <p>Hvordan er din kontakt til lokalpsykiatrien? Har du kontakt til andre professionelle?</p> <p>Hvem har du kontakt til efter du er kommet hjem?</p> <p>Mangler du nogen i din daglige kontakt?</p> <p>Har denne kontakt ændret sig, efter du er blevet udskrevet?</p>	<p>Praktisk – indkøb, medicin...</p> <p>Hvad består kontakten af? Hvad er godt? Hvad kunne være bedre? Får du den støtte du har behov for?</p> <p>De, som blev betegnet som de vigtige tidligere: Familie, venner, omgangskreds, tidligere medpatienter, kollegaer?</p> <p>Hvad har ændret sig? På hvilken måde?</p>
<p>Identitet.</p> <p>Transition resulterer i reformulering af identitet.</p> <p>Overgang er at skille sig af med den gamle identitet og indtræde i en ny plads i den sociale struktur.</p> <p>Kulturelle overbevisninger og holdninger kan føre til stigmatisering som påvirker åbenhed omkring transitionen, hvilket vil</p>	<p>Nu vil jeg stille spørgsmål om, hvordan du oplever dit liv, efter du har været igennem det her forløb.</p> <p>Hvordan har forløbet påvirket dit liv?</p> <p>Har du ændret syn på hvad der er vigtigt i livet?</p> <p>Ser du anderledes på dig selv nu end tidligere?</p>	<p>Er noget blevet bedre? Er noget blevet dårligere?</p> <p>Familie, arbejde, sport, ro, natur, venner..</p> <p>Har du det bedre med dig selv? Har du det dårligere med dig selv.</p>

<p>hæmme en sund transition.</p>	<p>Føler du andre ser anderledes på dig (de, som blev beskrevet som vigtigt og samfundet generelt)?</p> <p>Har du samme kontakt til dine omgivelser som før?</p>	<p>På hvilken måde?</p> <p>Hvordan indvirker det på dit liv/din hverdag?</p> <p>Dine nærmeste?</p> <p>Folk på gaden?</p> <p>Dine kollegaer?</p> <p><u>Hvis ja</u>, er det er mere negativt syn andre har på dig?</p> <p>Er det et mere positivt syn andre har på dig?</p> <p>Hvordan kommer det til udtryk?</p> <p>Hvordan påvirker det dig?</p> <p>Til kollegaer, de nærmeste, familie, ægtefælle, børn, venner, professionelle, omgangskreds ...</p> <p>Er der noget der er blevet bedre?</p> <p>Er der noget der er blevet dårligere?</p>
----------------------------------	--	--

Bilag 8:

Referat af interview med informant nummer 2

Midaldrende mand, som bor i et lille samfund sammen med sin kone. Beskriver godt netværk til få, men nære personer. Desuden har han stor samhørighed med det samfund, han lever i.

Han beskriver to indlæggelser. Den første var turbulent, og han valgte at blive udskrevet, før han var klar (set i bakspejlet). Han troede, at han kunne tage hjem og genoptage sit liv, som det var før, hvilket han ikke kunne. Og kontakten til lokalpsykiatrien fungerede heller ikke ved denne lejlighed pga. ferie.

Ved anden indlæggelse var hans indstilling anderledes, han ville gerne hjælpes. Han følte stor støtte fra sine kontaktpersoner. Stor glæde af ECT-behandlinger. Han havde en følelse af at kunne gå til alle på afdelingen, men valgte sine kontaktpersoner.

Beskriver, at det var trygt at være der. Kontakten til de nærmeste blev bevaret under indlæggelsen. Sparsom ”vind og vejr kontakt” til medpatienter, som var dem han mødte i ryggerrummet. Udskrivelsen forløb i et godt samarbejde og lokalpsykiatrien var koblet på med det samme. Beskriver distriktssygeplejersken som en stor støtte for både ham selv og konen. Gav sig selv lov til at ligge på sofaen, til han var klar til at rejse sig. Han føler at være støttet meget af det offentlige system og arbejdsgiver – han ”er i menneskehænder”. Arbejdet betyder meget for ham, men ser det ikke mere som det vigtigste i livet. Hans fokus er ændret. Nyder roen og naturen nu.

Bilag 9:

Vejledende spørgsmål til kategorierne

Til alle kategorierne spørges: Hvilke andre kategorier er på spil i forhold til den udforskede kategori?

Indlæggelse:

”Oplevelse af indlæggelsen. Alle de oplevelser i fortællingen, der er knyttet til indlæggelsen”.

Hvilke positive følelser er forbundet med indlæggelsen?

- Hvilke ord beskrives de positive følelser med?
- I hvilke situationer opleves de positive følelser?
- Hvem er til stede/hvem bidrager til oplevelsen?

Hvilke negative følelser er forbundet med indlæggelsen?

- Hvilke ord beskrives de negative følelser med?
- I hvilke situationer opleves de negative følelser?
- Hvem er til stede/hvem bidrager til oplevelsen?
- Hvad gør informanten, når han oplever disse negative følelser under indlæggelsen (mestringsstrategi)?

Hjemme:

”Oplevelsen af at være hjemme. Alle de fortællinger, der er knyttet til det at være kommet hjem efter indlæggelsen”

Hvilke positive følelser er forbundet med det at være hjemme?

- Hvilke ord beskrives de positive følelser med?
- I hvilke situationer opleves de positive følelser?
- Hvem er til stede/hvem bidrager til oplevelsen?

Hvilke negative følelser er forbundet med det at være hjemme?

- I hvilke situationer opleves de negative følelser?
-

- Hvilke ord beskrives de negative følelser med?
- Hvem er til stede/hvem bidrager til oplevelsen?
- Hvad gør informanten, når han oplever disse negative følelser (mestringsstrategi)?

Beskrives det anderledes at være hjemme, end det var før indlæggelsen (er der en oplevelse af, at der er foregået en transition)?

Identitet:

”Informanten taler om, hvem han er som person. Omhandler beskrivelser af, hvem han er både som syg og ikke syg”.

Beskriver informanten sig selv negativt eller positivt?

Med hvilke ord beskrives de negative og positive følelser?

Har fortællingen om egen identitet ændret sig fra ”før” beskrivelserne til ”nu” oplevelserne.

Oplever informanten sig selv som syg eller rask?

Leve med depression:

”De oplevelser, der er forbundet med en mere eller mindre bevidsthed om, at sygdommen har ændret livet”.

Hvordan beskrives livet med depression?

Hvilke positive oplevelser beskrives i forbindelse med det at leve med depression?

Hvilke ord beskrives de positive følelser med?

Hvilke negative oplevelser beskrives i forbindelse med det at leve med depression?

Hvilke ord beskrives de negative følelser med?

Er oplevelsen af at leve med depression anderledes nu end før indlæggelsen?

Lokalpsykiatrien:

”Se oplevelser, der er forbundet med lokalpsykiatrien”.

I hvilke sammenhænge beskrives kontakten med lokalpsykiatrien?

Opleves det, at der er kontakt nok?

Hvilke positive følelser beskrives i forbindelse med kontakten til lokalpsykiatrien?

Hvilke ord beskrives de positive følelser med?

Hvilke negative følelser beskrives i forbindelse med kontakten til lokalpsykiatrien?

Hvilke ord beskrives de negative følelser med?

Medpatienter:

”Alle de oplevelser informanten har med medpatienter”.

Hvordan beskrives positive oplevelser med medpatienter?

Hvilke ord beskrives de positive følelser med?

Hvordan beskrives negative oplevelser med medpatienter?

Hvilke ord beskrives de negative følelser med?

Beskrives de som en ressource?

Sociale relationer – ikke professionelle:

”Informanten taler om sociale relationer til ikke-professionelle, dvs. familie, venner, partner, arbejdsgiver mv.”.

I hvilke sammenhænge beskrives positive følelser i forbindelse med relationen til de pårørende?

Med hvilke ord beskrives disse positive følelser?

Anses de som en ressource?

Hvilke pårørende bliver nævnt mest i denne positive beskrivelse?

I hvilke sammenhænge beskrives negative følelser i forbindelse med relationen til de pårørende?

Hvilke pårørende bliver nævnt mest i denne negative beskrivelse?

Med hvilke ord beskrives disse negative følelser?

Hvordan reagerer informanten i sådanne sammenhænge?

Sociale relationer – professionelle:

Relationen til professionelle.

I hvilke sammenhænge beskrives positive følelser i forbindelse med relationen til de professionelle?

Hvilke professionelle bliver nævnt mest i denne positive beskrivelse?

Med hvilke ord beskrives disse positive følelser?

Anses de som en ressource?

I hvilke sammenhænge beskrives negative følelser i forbindelse med relationen til de professionelle?

Med hvilke ord beskrives disse negative følelser?

Hvilke professionelle bliver nævnt mest i denne negative beskrivelse?

Hvordan reagere informanten i sådanne sammenhænge?

Oplevelsen af stigma eller beskrivelsen af, at der ikke er stigma:

”Informanten føler, at andre mennesker ser anderledes på ham på grund af hans depression. Informanten føler sig anderledes. Eller beskrivelse af det modsatte. Desuden beskrivelser af hospitalet som et sted, da det er en måde, hvorpå nogle informanter stigmatiserer sig selv”.

Hvordan beskrives stigma (med hvilke ord)?

I hvilke sammenhænge beskrives det?

Hvilke følelser bringer det at opleve stigma?

Hvordan beskrives det ikke at opleve stigma?

Hvordan beskrives hospitalet?

Er beskrivelser af hospitalet en indirekte stigmatisering af informanten selv eller andre sindssyge?

Oplevelsen af støtte eller mangle på støtte:

”Informanten føler at blive støttet i den situation, han er i. Kan siges at være hjælp til at mestre (omsorg eller hjælp til egenomsorg). Kan også omhandle mangel på støtte”.

Hvordan beskrives støtte (med hvilke ord)?

I hvilke situationer beskrives støtten?

I relation til hvem beskrives støtten?

Har denne støtte været tilstrækkelig?

Hvilke følelser bragte støtten med sig?

Hvordan beskrives den manglende støtte (med hvilke ord)?

I hvilke situationer mangles der støtte?

I relation til hvem beskrives den manglende støtte?

Hvilke følelser bragte mangel på støtte?

Hvad har det at mangle støtte påvirket transitionen?

Oplevelser forbundet med udskrivelsen fra hospitalet:

”Oplevelser i forbindelse med udskrivelsen”.

Hvilke positive følelser er forbundet med udskrivelsen?

- I hvilke situationer opleves de positive følelser?
- Med hvilke ord beskrives de positive følelser?
- Hvem er til stede/hvem bidrager til oplevelsen?

Hvilke negative følelser er forbundet med udskrivelsen?

- I hvilke situationer opleves de negative følelser?
- Med hvilke ord beskrives de negative følelser?
- Hvem er til stede/hvem bidrager til oplevelsen?

Blev informanten delagtiggjort i udskrivelsen?

- Var det godt eller skidt?
-

Bilag 10:**Eksempel på strukturanalyse**

Meningsenheder - Hvad der siges	Betydningsenheder - Hvad der tales om	Temaer
<p>”Jeg følte, at jeg blev grebet nede i den brønd, jeg sad nede i, jeg har sådan et billede af, at jeg simpelthen hager mig i den her brønd, jeg hager mig simpelthen fast. Jeg kæmper for ikke at falde ned i det sorte hul, og så da jeg bliver indlagt kan jeg give slip, og så står der simpelthen nogen dernede og griber fat i mig”.</p> <p>”Det, at jeg ved, at der kommer en, at der er en jeg kan ringe til, hvis det er sådan, at det går helt galt”.</p> <p>”Så jeg følte, at man blev taget om. Man havde tiltro til at kunne snakke. Jeg følte, at de hørte efter og var åbne over for det, man sagde. De hjalp mig”.</p>	<p>At give slip</p> <p>At føle sig tryk</p> <p>Få hjælp</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oplevelsen af støtte
<p>”Det er fint, at vi, patienter, selv skal have meget af ansvaret, men... jeg vil sige, at den tipper altså nemt. Det gør den”.</p> <p>Sagt i forbindelse med en udskrivelse: “Jeg følte mig slet, slet ikke klar”.</p> <p>”det krævede simpelthen en kamp at få dem til at forstå, at de sendte mig simpelthen ikke hjem uden nogen form for hjælp”</p> <p>”Nu er du lige pludseligt helt alene og skal klare det hele selv..... men jeg tror, jeg røg tilbage i, at det var nemmere bare at lægge sig ned, for hvad skal man... man kan hurtigt komme til at synes, at det går jo ikke alligevel”</p>	<p>Mangler nogle til at tage medansvar</p> <p>For tidlig udskrivelse</p> <p>Mangler forståelse</p> <p>Føler sig alene</p> <p>Mangler hjælp til at få struktur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oplevelsen af mangel på støtte

<p>”...nu stopper det, nu må jeg stå op, selv om jeg er mega træt” Og.... Og det har jeg jo så gjort”</p> <p>”For hvis man ikke har et job, har man ingen identitet”</p> <p>”...selvom jeg også synes, jeg har det svært med at være i den lidelse, jeg er i, med den diagnose, ikk, så vil jeg hellere være i den end der, hvor jeg var tidligere”.</p>	<p>Personlige ressourcer</p> <p>Arbejde giver en identitet</p> <p>Livet er bedre nu</p> <p>Kan bedre lide den person der er nu</p>	<ul style="list-style-type: none">• Reformulering af identitet <p>Personlige ressourcer</p> <p>Arbejde</p> <p>Positiv reformulering</p>
--	--	--