

Universitetet i Stavanger, Institutt for Helsefag

# Brukermedvirkning i psykiatrisk akuttpost?

En kvalitativ studie

Student: Åse Undersrud Bergesen

Veileder: Anne Norheim, Førstelektor i sykepleievitenskap Universitetet i  
Stavanger

MASTER I HELSE OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIVET  
VÅR 2010

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERGRADSSTUDIUM I  
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ  
BRUKERPERSPEKTIV**

**MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER:**

**Vårsemester 2010**

---

**FORFATTER:**

**Åse Undersrud Bergesen**

**VEILEDER:**

**Førstelektor i sykepleievitenskap Anne Norheim**

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

*Brukermedvirkning i akuttpsykiatrisk avdeling? En kvalitativ studie.*

**ENGELSK TITTEL:**

*Patient participation in acute psychiatric ward? A qualitative study.*

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

Akuttpsykiatri- Brukermedvirkning- Sykepleie- Kjønn

---

**SIDETALL: 8**

**ANTALL ORD: 24579**

**STAVANGER ...29/06-  
2010.....**

**DATO/ÅR**

**SIGNATUR**

## **SAMMENDRAG/ABSTRACT**

Dette prosjektet tok sikte på å belyse brukervedvirkning i psykiatrisk akuttavdelinger. Studiens hensikt var å få frem sykepleiernes perspektiv på brukervedvirkning, og å synliggjøre forhold som fremmet og hemmet brukervedvirkning. Ved å synliggjøre disse forholdene kunne også praksis bedres og kvaliteten heves i spesialisthelsetjenesten. Datasamlingen var basert på kvalitativ metode, med fokusgruppe og supplerende individuelle intervju som metodisk verktøy. Det ble vektlagt rekruttering av både kvinnelige og mannlige informanter. Analysen var inspirert av Graneheim og Lundmans innholdsanalyse (2004) og Kvale sekstrinnsanalyse (1997). Hovedfunn i studien var at brukervedvirkning var et kjent begrep for sykepleiere, men forståelsen av innholdet virket imidlertid å være uklart. Det gjenslo også store utfordringer når det gjaldt holdninger til brukervedvirkning i avdelingene. Selve implementeringen av brukervedvirkning i akuttpostene kunne virke tilfeldig. Studien viste videre at kjønn var et tema sykepleierne hadde lite fokus på, men på tross av dette, eksisterte det klare kjønnsstereotyper blant sykepleierne. Når det gjaldt rammebetingelser, fant man i denne studien at det var klare indikasjoner på at brukervedvirkning var fraværende når det manglet ressurser, og særlig når det manglet fagpersonell. Rigiditet i form av regler viste seg å øke når det var mangel på fagpersonell. At faglig kompetanse økte grad av brukervedvirkning var altså et viktig funn.

Nøkkelord: Akuttpsykiatri - Brukervedvirkning – Kjønn – Sykepleie

## FORORD

Da nærmer masterstudiene seg slutten etter tre år med faglige, praktiske og ikke minst følelsesmessige utfordringer. Det har vært en reise i ulent terreng som jeg ikke ville ha mestret uten god hjelp. Tusen takk til informantene som viet studien tid og oppmerksomhet, og alle som ved å gi meg støtte og veiledning i denne prosessen har gjort innlevering av oppgaven mulig. Tusen takk kjære Knut som har gitt meg støtte og bidratt til å holde motivasjonen oppe. Sist, men ikke minst tusen takk til veileder og førstelektor ved Universitetet i Stavanger Anne Norheim som har gitt meg god faglig veiledning og motivasjon til å gjennomføre masterstudiene.

Stavanger, 28.06.2010

*At lave en primitiv filosofi  
Med båse, som menneskene inddeles i,  
Er en fejl, hvoraf alle folk lider.  
Men vi er nogle stykker, som kün kan forstå  
Ën måde at inddele menneskene på:  
Man skal dele dem i individer  
(Piet Hein, 1969:83)*

## INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag/Abstract

Forord

<b>1.0 INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Brukermedvirkning i akuttpost?- Introduksjon og bakgrunn.....</b>	<b>1</b>
<i>1.1.1. Tidligere forskning.....</i>	<i>2</i>
<i>1.1.2. Presentasjon av hensikt og problemstilling.....</i>	<i>4</i>
<i>1.1.3. Avgrensing av oppgaven.....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.4. Oppgavens oppbygging.....</i>	<i>5</i>
<b>2.0 BRUKERMEDVIRKNING- TEORI .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Akuttpsykiatri og brukermedvirkning.....</b>	<b>6</b>
2.1.1 <i>Akuttpsykiatri.....</i>	<i>6</i>
2.1.2 <i>Holdninger til brukeren.....</i>	<i>7</i>
2.1.3 <i>Miljøterapi og relasjonens betydning.....</i>	<i>10</i>
2.1.4 <i>Hva er brukermedvirkning?.....</i>	<i>12</i>
2.1.5 <i>Statlige føringer for brukermedvirkning.....</i>	<i>13</i>
<b>2.2 Sykepleie og omsorg.....</b>	<b>15</b>
2.2.1 <i>Maktens betydning.....</i>	<i>17</i>
2.2.2 <i>Sykepleiens verdigrunnlag versus brukermedvirkning.....</i>	<i>18</i>
<b>2.3 Kjønnets betydning for brukermedvirkning.....</b>	<b>20</b>
2.3.1 <i>Noen definisjoner av kjønn.....</i>	<i>20</i>
2.3.2 <i>Kjønn, omsorg og stereotyper i sykepleie.....</i>	<i>21</i>
2.3.3 <i>Menn i sykepleie, kjønn og makt.....</i>	<i>22</i>
<b>2.4 Rammebetingelser for brukermedvirkning.....</b>	<b>24</b>
2.4.1 <i>Rom og tid for brukermedvirkning?.....</i>	<i>24</i>
2.4.2 <i>Pleiekulturens betydning for brukermedvirkning.....</i>	<i>25</i>
2.4.3 <i>Ledelsens betydning for brukermedvirkning.....</i>	<i>26</i>
<b>3.0 METODEKAPITTEL.....</b>	<b>28</b>

<b>3.1 Oppgavens design og vitenskapsteoretisk forankring.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2 Innsamling av data.....</b>	<b>29</b>
3.2.1 Utvalg .....	29
3.2.2 Beskrivelse av rekrutteringsprosessen.....	30
3.2.3 Forskningsetiske overveielser.....	31
<b>3.3 Fokusgruppeintervju.....</b>	<b>32</b>
3.3.1 Hva er ett fokusgruppeintervju?.....	32
3.3.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervju.....	33
<b>3.4 Individuelle intervju.....</b>	<b>33</b>
3.4.1 Hva er et individuelt intervju.....	33
3.4.2 Gjennomføring av individuelle intervjuer.....	34
<b>3.5 Analyse.....</b>	<b>35</b>
3.5.1 Analyse av data.....	35
3.5.2 Beskrivelse av analysen gjort i denne studien.....	36
3.5.3 Validitet, reliabilitet og studiens troverdighet.....	37
3.5.4 Forskerens forforståelse.....	39
3.5.5 Et kritisk tilbakeblikk og identifisering av feilkilder.....	40
<b>4.0 PRESENTASJON OG ANALYSE AV FUNN.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1 Sykepleiernes opplevelse av brukervedvirkning.....</b>	<b>44</b>
4.1.1 Sykepleiernes holdninger til brukervedvirkning.....	44
4.1.2 "Det er sykdommen som snakker..." .....	45
<b>4.2 Kjønn og brukervedvirkning.....</b>	<b>47</b>
4.2.1 Kjønn har ingen betydning for brukervedvirkning?.....	47
4.2.2 Kjønn har en betydning for brukervedvirkning?.....	48
<b>4.3 Rammebetingelser for brukervedvirkning.....</b>	<b>49</b>
4.3.1 Ressurser er grunnleggende for å oppnå brukervedvirkning	49
4.3.2 Faktorer som fremmer og hemmer brukervedvirkning.....	51
<b>5.0 DISKUSJONSDEL.....</b>	<b>53</b>
<b>5.1 Drøfting av funn .....</b>	<b>53</b>
5.1.1 Sykepleierens opplevelse av brukervedvirkning.....	53
5.1.2 Kjønn og brukervedvirkning.....	58
5.1.3 Rammebetingelser for brukervedvirkning.....	61

<b>6.0 AVSLUTNING.....</b>	<b>68</b>
<b>6.1 KONKLUSJON.....</b>	<b>68</b>

## **LITTERATURLISTE**

VEDLEGG NR. 1 INTERVJUGUIDE

VEDLEGG NR. 2 INFORMASJONSSKRIV/INVITASJON TIL DELTAKELSE I  
STUDIEN

VEDLEGG NR. 3 SAMTYKKEERKLÆRING

VEDLEGG NR. 4 LITTERATURSØK

VEDLEGG NR 5 SVAR FRA REGIONAL ETISK KOMITÈ

VEDLEGG NR 6 MELDING FRA NORSK SAMFUNNSVITENSKAPELIG  
DATATJENESTE

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Brukermedvirkning i akuttpost? - Introduksjon og bakgrunn

Innen akuttpsykiatri er det slik at brukerne nå skal medvirke i egen behandling, men i hvilken grad blir brukerne hørt? Fokuset i denne studien er å belyse sykepleiernes opplevelse av brukermedvirkning i akuttpsykiatrisk avdeling. Brukermedvirkning er på mange måter det nye moteordet. Det er et stadig økende fokus på brukermedvirkning samt pasientens rettigheter i Norge.

Den moderne psykiatrien har sine røtter etter opplysningstiden nærmere bestemt på slutten av 1700- tallet. Fra denne tiden og til vår tid har tilbudene til mennesker med psykiske lidelser hatt ulike benevnelser. De mest kjente her til lands var dollhus, dårehus og asyl. Det skulle imidlertid ta over et århundre før den norske legen Fredrik Holst (1791- 1871) kom med en kritisk røst som ønsket endring innen det som på den tiden ble betegnet som ”*sinnsykevesen*”. Først da Herman Wedel Major (1814- 1854) i 1848 fikk gjennom Loven om sinnsykes behandling og forpleining, begynte Norge oppbygging av asyl. Asylene ble oftest plasser på landet, og bar preg av en gjennomgående paternalistisk holdning til de som var innlagt (Kringlen, 2008). Historisk sett vet vi altså at det er paternalismen som har gjennomsyret det psykiske helsevernet her til lands.

Sykepleie som fag er basert på en grunnleggende tanke om å ta vare på den andre. For en sykepleier er det å ivareta og gi omsorg til pasienter et yrkesetisk ansvar, men også like fullt et personlig og moralsk ansvar (Slettebø, 2001). Etersom brukeren nå forventes å ha et større ansvar for eget liv, kan det tenkes at ikke bare brukeren, men også sykepleieren stilles i stadig mer krevende og utfordrende situasjoner.

Selv om det foreligger klare offentlige føringer på at brukerne skal være mer delaktige i egen behandling, kan man undre seg over om brukerne slippes til i praksis? Opptappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr 63, 1997- 98) har bidratt til at brukerne i større grad blir hørt, men brukerne blir allikevel i mindre grad enn ønskelig inkludert i egen behandling. Det har også kommet flere føringer fra statlig hold når det gjelder implementering av brukermedvirkning i norsk helsevesen. I tillegg til Opptappingsplanen for psykisk helse har vi andre statlige dokumenter som Pasientrettighetsloven (1999), ”...og bedre skal det bli...”(Sosial- og helsedirektoratet, 2005), ”Pasienten først” (NOU 1997:2), ”Helhet og plan i



sosial- og helsetjenestene” (NOU 2004:18) og ”Det er bruk for alle” (NOU 1998:18) som alle omhandler brukermedvirkning.

Det gjenstår fortsatt etter en tiårig satsning på psykisk helse store utfordringer når det gjelder å få brukerne med som aktive deltakere. Sverdrup viser blant annet til en evalueringsrapport Norges forskningsråd la frem i fjor fastslår at det er et stykke igjen når det gjelder innhold og kvalitet i tjenesten for å nå de kvalitative målene for Opptrappingsplanen (St. prp. nr 63, 1997- 98). Sverdrup hevder at mye er oppnådd innen psykisk helsevern i kjølvannet av en tiårig styrking av det psykiske helsevernet her til lands. Imidlertid viser det seg at idealer ikke står i samsvar med realiteten (Sverdrup, 2009). Det er derfor viktig å forske videre på temaet brukermedvirkning for å få kunnskap om hvor vi er i dag og hvor videre satsning bør prioriteres.

Det er ikke bare brukermedvirkning staten etterlyser et større fokus på. Kjønn har også vært satt lite på dagsorden, og at kjønnsperspektivet skal vies større oppmerksomhet enn tidligere sies det noe om i blant annet ”Kvinnens helse i Norge” (NOU 1999:13) og St. mld. 16 ”Resept for et sunnere Norge” (2002- 2003).

### 1.1.1 Tidligere forskning

Det finnes en utstrakt forskning både nasjonalt og internasjonal som belyser tema som sykepleie, akuttpsykiatri, brukermedvirkning og kjønn. Forskeren har valgt ut noen aktuelle studier som berører de ulike temaene i denne studien. Se ellers litteratursøk (vedlegg nr. 4) I teorikapittelet presenteres ytterligere studier som man fant relevante for denne oppgaven.

Nasjonalt har Solfrid Vatne forsket innen fagfeltet sykepleie og akuttpsykiatri. Vatne setter blant annet søkelys på at når man taler om brukerperspektivet, fordrer det at selve oppfatningen av forholdene mellom partene i hjelperelasjonene bør endres. Brukermedvirkning handler om et tradisjonelt asymmetrisk forhold mellom hjelper og bruker som utfordrer hjelperen til å gi makten sin videre til brukeren. Dette er ikke uproblematisk da det foreligger en lang historie på at hjelperen har hatt en aktiv rolle og brukeren ofte har hatt en passiv rolle. Utfordringer på tross, er det også snakk om muligheter for endring (Vatne, 1998).

Vatne har også sett nærmere på utfordringer knyttet til akuttpsykiatri. Hun stiller blant annet spørsmålsteget ved om akuttpostene innenfor psykiatri har blitt forsømt med tanke på fagutvikling. Hun nevner spesielt mangelen på fagpersoner i akuttpsykiatriske sengeposter (Vatne, 2003).

Sykepleier og stipendiat ved Universitetet i Stavanger Marianne Storm har forsket nasjonalt på brukervedvirkning i psykisk helsevern. Hun nevner faktorer både på individ- og systemnivå som påvirker gjennomføringen av brukervedvirkning i psykiatriske avdelinger og distriktspsykiatriske sentre. Faktorene hun nevner er relasjoner, makt, helsepersonellens faglige ansvar, pårørende og ledelse (Storm, 2009).

Ruud og Hjort har sagt noe om hvordan akuttfunksjonen har forandret seg de siste 15-20 årene. I løpet av denne perioden har man gått fra det ukjente begrepet som brukervedvirkning var, til å spørre systematisk og direkte omkring brukerbegrepet de siste årene. Ruud og Hjort har hevdet at ulike fagpersoner tolker begreper som brukervedvirkning og brukerperspektiv forskjellig. De bemerker også at fagfolks interesse for å implementere brukerperspektiv er ulik. De hevder å ha et inntrykk av at pasienter og pårørende har lite kunnskaper om hva en individuell plan er (Ruud og Hjort, 2006).

Skorpen, Anderssen, Bjelland og Øye etterlyser mer nasjonal forskning som løfter frem innlagte pasienters stemmer og erfaringer fra psykiatriske avdelinger. På bakgrunn av en litteraturgjennomgang konkluderer forskerne med at det nasjonal forskning på temaet bærer et sterkt preg av naturvitenskapelig tenkning. Videre hevder forfatterne at politiske styringsdokumenter er uklare, og at det eksisterer et klart fravær av pasienter erfaringer. Viktige tema som kun lar seg forske på ved å gå direkte til pasienter og deres erfaringer må gis plass, og disse pasienterfaringene må videre få en sentral rolle i kommende politiske styringsdokumenter (Skorpen et al, 2008).

I Skandinavia har Sahlsten, Larsson, Plos, Lidencrona forsket innen sykepleiefeltet. De identifiserer tre tema som informanter i deres studie mente kunne være til hinder for pasientdeltakelse: Kompetanse, påvirkning av signifikante andre (for eksempel paternalisme) samt organisasjon og arbeidsmiljø (Sahlsten et al, 2005).

Forskerne Hem, Heggen og Ruyter belyser forholdet mellom sykepleieren og pasienten som er innlagt i akuttpsykiatrisk post, og belyser samtidig begrepet tillit. Studien

bygger på en casestudie, der det diskuteres omkring ansvaret sykepleieren har og tilnærming til pasienter i akuttpost. Det diskuteres også omkring hvor ansvar plasseres og utfordringer knyttet til strukturen i akuttposten (Hem et al, 2008).

Internasjonalt finner man også forskning som berører temaet brukervedvirkning. Den britiske legen og professoren Angela Coulter har vært spesielt opptatt av brukervedvirkning. Hun har blant annet sammen med Jo Ellins satt søkelys på ulike strategier som tas i bruk for å øke pasientens deltakelse i det engelske helsevesenet (Coulter and Ellins, 2007).

Det påpekes i ”Kvinnens helse i Norge” (NOU 1999:13) at både kjønns og brukerperspektivet skal vektlegges sterkere. Dette følges opp i St meld nr 16, ”Resept for et sunnere Norge”. Her til lands har Rita Sommerseth undersøkt hvordan kjønn blir konstruert av menn i risikosituasjoner. Dette er knyttet til akutte situasjoner der menn bistår for å mestre utageringer. Hun kan forstås som at det eksisterer sterke stereotypier innen for det psykiske helsevesenet. Studien konkluderer med at akutte situasjoner med utageringsproblematikk forsterker behovet for maskuline stereotypier (Sommerseth, 2008).

### 1.1.2 Presentasjon av hensikt og problemstilling

På tross av forskning som allerede har blitt utført trengs det imidlertid ny kunnskap på dette feltet. Forskeren har ikke lyktes i å finne noen studier som belyser spesifikk kunnskap om hvordan sykepleiere opplever brukervedvirkning i en akuttpost, og som i tillegg belyser kjønnsperspektivet. Hensikten med denne studien er derfor å belyse nettopp dette for å kunne gi et inntrykk av hvor vi befinner oss i dag for å bidra til å bedre dagens praksis. Forskeren gikk derfor direkte til sykepleiere (av begge kjønn) som kunne gi meg beskrivelser på deres opplevelse med brukervedvirkning i praksis. Det er også av interesse å peke på de utfordringer man står overfor.

Målet for denne studien er å få kunnskaper om hvordan sykepleiere opplever at brukervedvirkning fungerer i sin praktiske hverdag, og om kjønn har noen betydning for brukervedvirkning? Er brukervedvirkningen reell, eller eksisterer det en tradisjon innenfor det psykiske helsevesenet der det er fagfolk alene som bestemmer behandlingsforløpet til pasientene? På bakgrunn av dette kom man frem til følgende problemstilling:

## *Hvordan opplever sykepleiere brukermedvirkning i akuttpsykiatrisk avdeling?*

### Forskningsspørsmål

- Hvordan beskriver sykepleiere brukermedvirkning i en akuttavdeling?
- Hvordan beskriver sykepleiere kjønns betydning i akuttavdeling?
- Hvordan beskriver sykepleiere faktorer som fremmer/hemmer brukermedvirkning i en akuttavdeling?

### 1.1.3 Avgrensning av oppgaven

Det er flere perspektiver man kunne ha belyst i denne oppgaven. Det kunne ha vært interessant å gå direkte til brukeren samt gå dypere i stoffet generelt. Det var imidlertid et tidsaspekt å ta hensyn til. Forskeren valgte i denne omgang å intervju sykepleiere. En ser imidlertid at stoffet har flere muligheter, og at en muligens kan bygge videre på den aktuelle datasamlingen ved en senere anledning. Mitt kliniske felt er psykiatri og sykepleie. I denne oppgaven er det akuttposten og sykepleie som studeres. Det finnes en stor mengde teori og forskning på dette feltet. Forskeren valgte ut de bøker og artikler av særlig relevans med utgangspunkt i empirien i denne studien. Personlig har forskeren vært opptatt av hvordan sykepleiere opplever innføringen av brukermedvirkning, og eventuelle utfordringer profesjonen står overfor i sin arbeidshverdag for å kunne gjøre brukerne til aktive deltakere i egne liv. Implikasjoner for videre forskning vil bli nevnt i avslutningsdelen.

### 1.1.4 Oppgavens videre oppbygging

Oppgavens fokus er å belyse og besvare problemstillingen (se pkt 1.1.2). Det presenteres tidligere forskning som en del av argumentasjon for valg av tema og problemstilling. Tidligere forskning blir videre presentert i teoridel. I teoridelen har forskeren funnet relevant teori som dekker akuttpsykiatri, brukermedvirkning, omsorgsteori, kjønnssteori samt teori om pleiekultur og ledelse. Deretter kommer metodedelen som beskriver hva som ble gjort i denne studien, analytisk fremgangsmåte, etikk rundt forskningen samt nøye beskrivelse av prosessen fra begynnelse til slutt. Forskeren viser også til et kritisk tilbakeblikk på studien. Så blir funnene presentert ved en hierarkisk figurpresentasjon med påfølgende utdrag av informantenes utsagn. Diskusjon av funnene opp mot tidligere forskning og teoretisk rammeverk kommer i en egen del. Avslutningsvis oppsummeres de viktigste funn, og det pekes på implikasjoner til videre forskning som kan være aktuell.

## 2.0 TEORIDEL

### 2.1 Akuttpsykiatri og brukervedvirkning

#### 2.1.1 Akuttpsykiatri

I dette kapitlet vil det bli presentert begreper som psykiatri og historikk om akuttpostenes fremvekst i Norge, for deretter å presentere teori om brukervedvirkning, miljøterapi og relasjoner, holdninger til brukeren, og aktuell forskning. Med akuttpsykiatrisk sengepost i denne oppgaven menes en behandlende avdeling med døgnopphold som er drevet av spesialisthelsetjenesten for mennesker med psykiske lidelser i en akutfase. I denne oppgaven vil begrepene bruker og pasient bli brukt om hverandre. Det dreier seg om den som mottar behandling i en akuttpsykiatrisk avdeling/sengepost. Akuttavdelingene er ikke klart differensiert etter diagnoser. Lengden på opphold i akuttpost kan variere fra ett par dager, til behandling som strekker seg over måneder og i noen tilfeller år.

Hva ligger i begrepet psykiatri? Hummelvoll henviser til den amerikanske sykepleier og antropolog Pasqualis definisjon på psykisk sykdom på følgende måte: ”... *psykososiale reaksjoner på stress som virker inn på eller hindrer en persons evne til å møte menneskelige behov og fungere innen en kultur på en effektiv og rimelig enkel måte*” (Pasquali 1989, Hummelvoll, 2004:32).

Wifstad hevder at psykiatri kan handle om et praksisfelt. Det kan altså være en medisinsk spesialitet uten ett bestemt vitenskapelig paradigme samt at det kan dreie seg om en form for kunnskap som kan være av biologisk, sosialpsykiatrisk og en psykodynamisk retning. Det kan også dreie seg om lidelsespanorama. Psykiatri er i seg selv en kulturell ytring, like fullt som det kan være en betegnelse på en klinisk virksomhet (Wifstad, 1998).

Her til lands foregikk det en stor utbygging av *asyl* fra slutten av 1800- tallet til begynnelsen av 1900- tallet. Nærmere bestemt frem til 1920. Asylene ble så kalt *Sinnsykehus*. Denne betegnelsen kom som følge av at asylene hadde fått svekket sin anseelse. Det neste betegnelsen som er den samme man bruker i dag, er psykiatrisk sykehus (Kringlen, 2008). Internasjonalt vokste det gradvis frem en finstruktur i asylene. Strukturen var bygget på borgerlige samfunnsverdier som skulle utgjøre galskapens kjerne som besto av paternal autoritet, umiddelbar rettsutøvelse og den sosiale og moralske orden (Foucault, 1999:226).

I historisk perspektiv har psykisk sykdom blitt forstått på ulike måter. Psykisk sykdom har blant annet blitt forklart som en besettelse, en forbannelse og mangel på moral (Kolstad, 1998). Allerede fra medio 1960- tallet ble antall senger på psykiatriske institusjoner betraktelig redusert, mens nedbygging begynte etter 1970- tallet. De store endringer i strukturen i sykehusene kom som en følge av Lov om sykehus mv av 19.06.1969 samt st. mld. Nr. 9 (1974- 75) sykehusutbygging m.v i et regionalisert helsevesen. Dette innebar blant annet en akuttfunksjon for psykisk sykdom. Psykiatriske akuttposter ble opprettet over hele landet, og ble etter hvert en av de viktigste strukturene i behandling av psykiske lidelser fram til i dag. Akuttpostene ble mer spesialiserte og innebar en medisinsk behandling av akutt psykisk sykdom (Norvoll, 2007).

Det utviklet seg en ny måte å organisere avdelingene innenfor de psykiatriske institusjonene fra slutten av 1960- årene. Man delte nå ansvar for psykiatritjenestene inn i ulike sektorer etter geografisk tilhørighet. Det ble kalt *sektorprinsippet*. Ansvaret for det psykiske helsetilbudet var nå fordelt mellom DPS og private foretak i tillegg til sykehus. (Kringlen, 2008) En slik organisering finner vi også i dag, noe som har betydning for brukermedvirkning da pasienten i praksis ”tilhører” en bestemt avdeling.

### 2.1.2 Holdninger til brukeren

Det finnes ulike måter å betrakte mennesket på. Antonio Barbosa Da Silva hevder at gjennom et humanistisk menneskesyn settes mennesket i sentrum. At mennesket er fornuftig, har fri vilje og at mennesket er potensielt godt er fellestrekk for alle humanistiske menneskesyn (Barbosa Da Silva, 2006). Det biomedisinske menneskesynet derimot kan sies å redusere mennesket til deler. Det som dreier seg om fenomener, som for eksempel opplevelser mennesket har, tas dermed ikke på alvor. En måte å betrakte det biomedisinske menneskesynet på når det gjelder psykisk sykdom er kanskje som Barbosa Da Silva hevder, nemlig at psykisk sykdom bortforklares eller reduseres til noe kroppslig som ikke fungerer (Barbosa Da Silva, 2006:101). På tross av at andre yrkesgrupper (som for eksempel leger) ofte kan sies å forholde seg til reduserte deler av kroppen, betyr ikke det at leger ikke kan ha et humanistisk menneskesyn. Det handler sannsynligvis heller ikke om vond vilje.

Som nevnt innledningsvis har paternalismen historisk sett gjennomsyret det psykiske helsevernet her til lands. Paternalisme er på mange måter ytterpunktet til brukermedvirkning. Brukermedvirkning kan knyttes tett opp mot begrepet autonomi. Autonomi kommer av gresk

og betyr selvstyring (Aadland, 2000). Innen medisinsk etikk bruker man gjerne medbestemmelse. Det kan gjelde pasientens rett til å bestemme behandlingsform, eller rett til å nekte behandling. Pasienten skal høres og hans ønsker bør bli respektert når avgjørelser som omhandler hans liv skal tas. Ikke skade - prinsippet er et annet etisk prinsipp som går ut på at man ikke ønsker å påføre pasienten noen skade (Aadland, 2000). Dette kan stå i motsetning til pasientens eget ønske.

Brukermedvirkning legger altså føringer for at brukeren skal delta aktivt og ta mer ansvar for eget liv. På den andre siden har vi den paternalistiske tankegangen som handler om å ta "faderlig" over ansvaret for den andre. Et eksempel på det er når pasienten er psykotisk, og er til fare for seg selv eller andre. Da må ofte helsepersonellet anvende tvang mot pasienten. Dette står nærmere beskrevet i Lov om psykisk helsevern §4.2 av 1999. Ekte paternalisme skjer når helsepersonell vet hva som er til det beste for pasienten. Ved uekte paternalisme derimot hevder helsepersonell å vite hva som er til det beste for pasienten, uten egentlig å vite det (Barbosa Da Silva, 2006:103).

Kari Martinsen fokuserer på faglig skjønn og på sinnelagsetikken som gjør oss i stand til å virkeliggjøre det gode i form av en stabil holdning. Pasientens integritet fremmes og ivaretas gjennom en fenomenologisk tankegang. Sykepleieren må derfor ha fokus på å virkeliggjøre det gode. Dersom sykepleieren inntar en invaderende rolle overfor pasienten kalles dette paternalisme. Man fratrar da pasientens selvbestemmelsesrett og utfordrer relasjonen til den andre. Videre kan man nevne sterk paternalisme som bygger på et biomedisinsk menneskesyn. Pasienten blir ut i fra et slikt perspektiv betraktet som et objekt (Alfsvåg og Gjengedal, 2000)<sup>1</sup>.

Norheim peker også på viktigheten av å ivareta pasientens integritet, som forutsetter gode omsorgsevner. Norheim viser til to ulike omsorgsmåter. Den ene måten er der to subjekter møtes, mens den andre typen er der omsorgsyteren (subjektet) møter den andre som et objekt. Sistnevnte kan deles inn etter ekte paternalistisk holdning, og uekte paternalistisk holdning. Mennesket blir uansett betraktet som et objekt (Norheim, 2006:239).

---

<sup>1</sup> Barbosa Da Silva skiller mellom ekte og uekte paternalisme. Kari Martinsen taler om sterk og svak paternalisme. Det dreier seg i begge tilfeller om ulike paternalistiske holdninger til brukeren.

Coulter er en av dem som internasjonalt har forsket mye på forholdet mellom pasient og hjelpeapparatet. Hun hevder at en paternalistisk holdning skaper et avhengighetsforhold til hjelpeapparatet, noe som kan gjøre pasientene passive (Coulter, 2002).

Mye tyder på at en de senere år altså har beveget seg vekk fra en paternalistisk holdning til pasienten her til lands. I hvert fall ifølge statlige føringer. Brukeren er forventet å ha mer ansvar for eget liv. Dette kan sees på som at det har skjedd en holdningsendring fra politisk hold (jamfør punkt 2.1.5).

Daatland og Solem definerer holdninger som en måte å reagere på en bestemt måte overfor andre personer. Man kan ikke observere holdninger direkte, og holdninger er på mange måter et hypotetisk begrep vi må slutte oss til hva de er via hva folk sier og hvordan de oppfører seg (Daatland og Solem, 2000:103).

Norheim hevder at en holdning vil være utgangspunkt for handling. Det dreier seg om en relativ varig oppfatning av situasjoner, og om iboende egenskaper hos mennesker (Norheim, 2002:9).

Samtidig som det har utviklet seg et betydelig økt samfunnsfokus på utbedring av det psykiske helsetilbudet her til lands de siste 20- 25 årene, har også psykiatriens oppfatning av hva sykdom er blitt utvidet (Kolstad, 1998). Dette har ført til en mer sykdomsorientert helsetjeneste i form av at stadig flere menneskelige reaksjonsmønstre og ”unormal” adferd nå blir definert som diagnoser. Stadig flere nordmenn blir som et resultat av dette betegnet som behandlingstrengende. Psykiatrien har på tross av dette gått fra en holdning om at pasienter skal leve i institusjon, til en holdning der man ønsker kortest mulige opphold i institusjon, om ikke aller helst unngås. Det er imidlertid et tankekors at selv på tross av denne holdningsendringen, foreligger det fremdeles et helhetlig tankesett bestående av politiske og filosofiske tanker om hvordan samfunnet bør være, som ikke har endret seg mye. Praktiske tilnærminger til pasienter i det psykiske helsevesenet kommer også inn under samme ideologien (Kolstad, 1998). Dette har relevans for brukervedvirkning dersom det er slik at holdningene til brukeren ikke har endret seg i takt med lovverk og offentlige føringer.

Sahlsten , Larsson, Sjøstrøm, Plos diskuterer i en av sine studier begrepet pasientdeltakelse, der metoden er begrepsanalyse som er en systematisk kunnskapsanalyse. Kort oppsummert opplever pasienter deltakelse som noe de innehar og som aksepterer en



personlig aktiv holdning; sykepleiere derimot opplever begrepet som det de gir til pasienten som de gjør aktiv i kraft av sin profesjon. Artikkelen belyser videre holdninger og holdningsendringer. Det er blant annet sagt at det er sykepleieren som er engasjert og føler seg forpliktet til deltakelse som får pasientdeltakelsen til å skje (Sahlsten et al, 2008). Dersom det er slik Sahlsten et al beskriver her, kan en mistenke at grad av brukermedvirkning er tilfeldig.

### 2.1.3 Miljøterapi og relasjonens betydning

Sykepleier og professor i sykepleievitenskap Per Nortvedt har forfattet mye om omsorg. Norheim har tatt utgangspunkt i Nortvedts diskusjon rundt begrepet omsorg, og omtaler følgende som Nortvedts definisjon av begrepet profesjonell omsorg (Norheim, 2002:13):

*”Moderne profesjonsbasert omsorg skal forene to hensyn som ikke så enkelt lar seg forene. Omtanken skal uttrykke en genuin og ekte, personlig omtanke fra vedkommende hjelper overfor klient, bruker eller pasient. Profesjonell omtanke skal formidles med holdninger som fullt ut ivaretar klientens personlige integritet og nødvendige hjelpebehov. På den andre siden skal profesjonell omsorg aldri være så personbundet at den blir blind for nødvendige hensyn til andre klienters hjelpebehov” (Nortvedt, 2001:43- 44).*

I akuttposter arbeides det tverrfaglig. Miljøpersonalet er ofte sammensatt av spesialsykepleiere, sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte. Disse yrkesgruppene utgjør til sammen det som ofte blir betegnet som miljøpersonalet.

Miljøterapi kan utgjøre en viktig del av behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser som er innlagt i spesialisthelsetjenesten. I miljøterapi fokuseres det på relasjoner mellom mennesker der også omgivelsene står sentralt. Det dreier seg i hovedsak om prosesser mellom mennesker i et fysisk rom. Det kan også dreie seg om holdninger, postkultur, fysiske rammer, og skapes av menneskene i rommet. Ut fra en faglig vurdering av den enkelte pasient sitt sykdomsbilde blir behandlingstiltak satt med utgangspunkt i fem terapeutiske funksjoner: *Beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring*. Et eksempel på hvordan funksjonene anvendes er ved målrettet grensesetting. Grensesetting er

en del av den terapeutiske funksjonen som betegnes som beskyttelse (Tveit, Haaland, Knutsen og Bøe, 1997).

Gode holdninger er på mange måter grunnpilaren til god omsorgutøvelse. Innen miljøterapi står relasjonen bruker- hjelper i fokus. Det handler altså om alt som skjer i forholdet mellom de to, og rammene rundt. I en travel akuttpost kan man undre seg over om vi i det hele tatt har tid til gode relasjoner? Et annet dilemma kan muligens være avvising? Kanskje fra hjelperen, men og fra brukerens side. Hvordan sykepleiere opplever brukermedvirkning vil være interessant å få en dypere forståelse av, for å identifisere hvilke utfordringer man står overfor i dag.

Lars Thorgaard har skrevet mye om relasjonsbehandling i psykisk helsevern. I hovedsak dreier seg om at man forsøker å skape gode relasjoner og å bruke samtalen som verktøy. Det dreier seg videre om å anvende systematiserte kunnskaper for å la brukeren medvirke i egen sykdom ved å gi ansvar til brukeren og samarbeide om mestring av konsekvenser sykdommen har. Det er viktig at relasjonsbehandleren (for eksempel sykepleieren) ser at det er mulighet for vekst og modning i en hver samtale og et hvert samvær. Sist, men ikke minst er det viktig med et bevisst forhold til hjelper- brukerrollen i seg selv (Thorgaard, 2006:216- 217).

Marianne Storm har som nevnt innledningsvis forsket mye på feltet brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Brukermedvirkning kan bare skje dersom det eksisterer et samspill mellom helsepersonellet og brukeren. Videre at brukerens rolle må være aktiv, under forutsetning av at hjelperen legger til rette for samspillet mellom de to. Storm peker blant annet på utfordringer i relasjonen mellom hjelper og bruker. Det kan dreie seg om manglende motivasjon, pasientens mentale tilstand, samt manglende kommunikasjonsferdigheter (Storm, 2009).

At relasjonen mellom brukeren og hjelperen (i dette tilfellet sykepleieren) har en betydning er det ingen tvil om. Bærebjelkene til god omsorgsutøvelse ligger hos den enkelte hjelper. Bærebjelkene er blant annet holdninger og genuin omtanke for den andre, men som Nortvedt sier innledningsvis, må sykepleieren også ta hensyn til andre pasienters behov. Kanskje er det slik at det er eksisterer flere forhold som er nødvendig for sykepleieren å ta hensyn til?

#### 2.1.4 Hva er brukermedvirkning?

Ordet *bruker* betyr en som nyter, utnytter og anvender. Bruker kan også forstås å ha sammenheng med ordet forbruker. Ordet *medvirkning* forstås som å delta, bidra og å hjelpe. (Taule, 2003). Den første internasjonale kongressen for helsefremmende arbeid ble holdt av Verdens Helse Organisasjon i Ottawa. Et viktig fokus i denne konferansen var at mennesker i større grad må ta kontroll over og, eller forbedre egen helse. Dette kan settes i sammenheng med brukermedvirkning ettersom den enkeltes ressurser må anerkjennes, samt at folk i større grad må settes i stand til å være aktive i forhold til egen helse (Ottawa charter for health promotion, 1986).

Kristin Humerfelt sier at brukermedvirkning ofte sees i sammenheng med begrepet empowerment. Empowerment oversettes ofte til myndiggjøring. Det er imidlertid et viktig skille da empowerment som begrep har sine røtter i kvinnefrigjøringsbevegelsen samt krigen mot fattigdom og rasisme i 1970- tallet i USA. Empowerment kan være et mål for at individet eller grupper skal kunne tilkjempe seg sin rettmessige plass i samfunnet slik at en på likeverdige vilkår kan ta del i felles rettigheter og plikter (Humerfelt 2005:18).

Humerfelt sier at begrepet brukermedvirkning derimot kan neppe sies å ha de samme politiske og ideologiske tilhørighet som empowerment, men for å nå målene på individ, samfunns- og gruppenivå er brukermedvirkning nødvendig i empowermentprosessen (Humerfelt, 2005). Humerfelt sier også at brukermedvirkning dreier seg om to parter, nemlig brukere og forvaltningen. På et individnivå handler derfor medvirkningen om hvordan brukeren får medvirke i sin relasjon til helse- og sosialarbeiderne (Humerfelt, 2005).

Humerfelt sier videre at brukermedvirkning på denne måten er en forutsetning for empowerment, men brukermedvirkning forutsetter derimot ikke nødvendigvis empowerment (Humerfelt 2005:19).

Ruud og Hjort fant i sin studie av akuttavdelinger innen psykisk helsevern at det er store variasjoner når det gjelder hvordan selve begrepet brukerperspektiv og brukermedvirkning tolkes. Det samme gjaldt hvorvidt helsepersonellet var interessert i brukerperspektiv (Ruud og Hjort, 2006).

Innenfor psykisk helsevern er muligens dilemmaene, både moralske og politiske, større enn på andre områder med tanke på å øke pasienters brukermedvirkning. Empowerment antyder at sykepleieren maksimerer pasientens uavhengighet og minimaliserer pasientens avhengighet ved å bruke normaliserings prinsipper (Rodwell, 1996).

En som har stilt spørsmål omkring brukerens forventede rolle i lys av brukermedvirkning, er den norske teologen Per Aadnanes. Aadnanes belyser blant annet de paradoksale aspekter rundt den som er definert som i behov av profesjonell hjelp (brukeren), på tross av å være hjelpetrengende likevel skal oppfattes som uavhengig. Aadnanes er spesielt opptatt av de etiske og livssynsmessige utfordringene man står overfor (Aadnanes, 2007).

Solfrid Vatne har beskrevet hvilken grad av innflytelse brukeren har i en skisse hun har kalt: Brukerperspektivet: grad av innflytelse og medvirkning i forhold til individets ressurser. Skissen viser blant annet at jo større ressurser brukeren har, desto større er muligheten for brukeren til å delta aktivt i medvirkningsprosessen (Vatne, 1998:41). Dette betyr muligens i praksis at brukere med reduserte ressurser ikke deltar aktivt i egen behandling.

Ørstavik retter også et kritisk blikk mot brukermedvirkning ved å hevde at det er et tvetydig begrep. Hun stiller spørsmålstegn ved de profesjonelles holdninger og rolle ved implementering av brukermedvirkning. Hun undrer seg også over om den profesjonelles rolle kan bli passiv i møtet med brukeren, og videre føre til det som kan oppfattes som en form for ansvarsfraskrivelse (Ørstavik, 2002). I denne studien vil blant annet helsepersonellens egne holdninger til brukermedvirkning være av interesse å studere nærmere.

#### 2.1.5 Statlige føringer for brukermedvirkning

En rekke offentlige dokumenter gir føringer hva gjelder brukermedvirkning. Stortingsmelding 25 (1996- 1997) gav grunnlag for Opptappingsplanen for psykisk helse (1997- 1998). I 1997 vedtok Stortinget en opptappingsplan som skulle sikre tilbud innen psykisk helse, da spesielt til opprustning av kommunale tjenester. St. mld. 25 *Åpenhet og helhet* (1996- 97) dannet bakgrunn for den nye organiseringen i spesialisthelsetjenestens akuttfunksjon for psykiske lidelser. Akuttpostenes oppgaver ble stadig mer fokusert på å ivareta pasienter med stor uro, mens langvarig behandling skulle foregå utenfor institusjon (Norvoll, 2007). Opptappingsplanen (St. prp. nr 63, 1997- 98) skulle blant annet bidra til at

pasientene fikk nettopp et slikt tilbud. Brukeren skal altså ifølge Opptrappingsplanen og andre offentlige dokumenter som individuell bruker av systemet få lagt til rette for seg slik at de kan involveres i tjenesteutformingen. Det skal altså tas hensyn til brukerne av tjenestene (Sverdrup, Kristofersen og Myrvold, 2005).

Hensikten med Opptrappingsplanen var å utvikle både en kvalitativt og kvantitativt bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. Verdigrunnlaget for tjenestetilbudet var å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv (St.prp. nr. 63, 1997-1998). Opptrappingsplanen for psykisk helse er en økonomisk forpliktende plan som skal være utarbeidet i 2008. Planen innebærer en styrking og omstrukturering av tjenestene til et mer desentralisert hjelpetilbud. Tiltakene skal bidra til mer mestring og selvstendighet for mennesker med psykiske lidelser.

Ulike styringsdokumenter som blant annet en egen DPS veileder (2006): ”Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene, og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen” kom i 2006, det samme året kom også veilederen for psykisk helsevern i kommunene. Rett til individuell plan er nedfelt i Pasientrettighetsloven. Det er også i senere tid kommet flere offentlige utredninger som for eksempel ”Pasienten først” (NOU 1997:2), ”Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene” (NOU 2004:18), ”Kvinnens helse i Norge” (NOU 1999:13) og ”Det er bruk for alle” (NOU 1998:18) som alle omhandler brukermedvirkning.

Begrepet brukermedvirkning har etter hvert blitt et velkjent begrep som de senere årene har fått en sentral betydning innenfor det norske helsevesen. Etersom både Opptrappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr 63, 1997- 98) og ”Åpenhet og helhet” (Stortingsmelding nr 25, 1996- 97) gir politiske føringer for at brukerne skal medvirke, forventes det fra statlig hold at brukerens stemme skal høres, samt at brukeren i større grad enn tidligere forventes å influere egen behandling.

Innenfor helselovgivningen er det pasienter som har rettskrav på individuell plan. Denne retten er regulert i pasientrettighetsloven §2- 5. Videre er plikten å utarbeide individuelle planer for helsearbeid regulert i kommunehelsetjensteloven §6- 2, spesialisthelsetjensteloven §2-5 samt lov om psykisk helsevern §4-1. Disse bestemmelsene trådte i kraft i 1/7- 2001 (Kjellevold, 2009).

*”Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenster har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern” (Kjellevold 2009:20).*

De statlige føringene for brukermedvirkning er flere. En kan imidlertid undre seg over i hvilken grad de følges opp. Som nevnt innledningsvis bekrefter evalueringsrapporten (Norsk Forskningsråd, 2009) at det er ett godt stykke igjen. Spesielt når det gjelder kvaliteten i tjenesten. Ett spørsmål en kan stille seg er i hvilken grad det leves opp til krav og forventninger om brukermedvirkning i en akuttpsykiatrisk sengepost?

## **2.2 Sykepleie og omsorg**

Martinsen sier at omsorg er noe vi er og gjør. Sykepleie er omsorg i nestekjærighet for det lidende og syke mennesket der fagkunnskap og menneskelig nærhet er vevet inn i hverandre, uttrykt i aktelsens språk (Martinsen, 1996:38).

Kari Martinsen har hevdet at vi kommer ikke utenom at vi gjør en forskjell i hverandres liv. På tross av at det fysiske rommets struktur ofte er preget av travelhet og kan sies å ha sviktet pasientens tillit, finnes det også vanskelige rom å befinne seg i der den profesjonelle kan makte å møte den andre ivaretagende. Sykepleieren kan føle skam og utilstrekkelighet dersom det ikke er lagt til rette for at pleien som gis er god nok i sykepleieperspektiv. Noe hos den profesjonelle sviktes når pasientens tillit sviktes. Den profesjonelle blir videre fratatt gleden av å hjelpe, og en svikter både seg selv som hjelper og den en gir pleie til. Tilliten man oppnår i relasjoner er en gave. Begge parter må være tilliten verdig (Martinsen, 2007:316-317).

Den norske teologen Aadnanes har hevdet at Kari Martinsens forfatterskap har spilt en særlig viktig rolle med tanke på den betydelige rollen omsorgsetikken har fått i Skandinavia. Han problematiserer blant annet at dette særlige fokuset på omsorg i lys av andre etiske synspunkter. Noe av kritikken er at man i omsorgsetikken lar situasjonsavhengige forhold overskygge de allmenne etiske retningslinjer, samt at den profesjonelle har bruk for flere enn de spontane moralske egenskaper som viser seg i omsorgssituasjonen (Aadnanes, 2007:226).

Den kjente sykepleierteoretikeren Joyce Travelbee har også forfattet mye om sykepleie knyttet til omsorg. Hun er blant annet opptatt av det hun kaller et menneske-til-menneske forhold. Travelbee har hevdet at begge parter i et menneske-til-menneske forhold har en gjensidig betydning for relasjonen. Det foregår altså en gjensidig prosess der begge parter blir oppfattet som unike individer, og ikke som stereotyper i kraft av den rollen de befinner seg i. Det er etter at sykepleieren og brukeren har gått gjennom faser som 1) det innledende møtet, 2) fremvekst av identiteter, 3) empati og 4) Sympati og medfølelse, at en kan oppleve en gjensidig forståelse og kontakt mellom de to. Det dreier seg ikke om et uprofesjonelt møte, men et møte mellom to mennesker som ikke er preget av at de har hver sin ”merkelapp” som sykepleier og pasient (Travelbee, 2001:211).

Begrepet pasient hevder Travelbee er et oppkonstruert begrep for å sette et menneske i en kategori. Travelbee hevder at sykepleiere i like stor grad som pasientene generaliseres ved å få en merkelapp i kraft av sin rolle. Dette kan føre til at sykepleieren blir betraktet som et slags mekanisk verktøy ettersom en skal hjelpe og støtte på en måte som kan avhumanisere sykepleieren som menneske. En stereotypi kan også sette sykepleieren i en bås der sykepleierens rolle har en overskyggende betydning. En måte å forstå dette på er at sykepleieren ikke blir sett som det unike mennesket han eller hun er når hun betegnes som sykepleier (Travelbee, 2001).

Travelbee nevner også begrepet ”tingliggjørende” medlidenhet. Dette er en tilnæringsmåte som kan sies å være en pervertert og avhumaniserende måte å betrakte et annet menneske på. Her er det ikke et mål å finne frem til en intellektuell forståelse av det andre menneske, men kjennetegnes av en bedrevitende og arrogant holdning som kan virke kvelende på den andre (Travelbee, 2001:207). Det er ikke vanskelig å forestille seg at denne type tilnæringsmåte vil vanskeliggjøre en hver form for brukermedvirkning.

Omsorg kan være vanskelig å definere direkte. At det er flere måter å betrakte begrepet på er imidlertid sikkert. Det er flere utfordringer knyttet til begrepet omsorg, og sannsynligvis enda flere i møtet mellom omsorg og brukermedvirkning. I denne oppgaven vil det være av relevans å se på hva utfordringene innebærer i praksis.

### *2.2.1 Maktens betydning*

Begrepet makt er sammensatt, og blir ofte assosiert med noe negativt. Imidlertid kan det å ha makt over noe også forstås som noe positivt. Tveiten sier at makt kan forstås som noe positivt dersom makt blir gitt fra fagutøveren til brukeren gjennom brukervedvirkning slik at brukeren har mulighet til å handle fritt, eller bestemmer seg for å ikke handle (Tveiten, 2007).

Det er ofte måten makten blir anvendt som gir grunnlag for ulik maktbruk og maktmisbruk. Som fagutøver har man makt i form av sin fagkompetanse, men også i form av sin posisjon og rolle, og ikke minst karismatisk og personlighetsbetinget makt. Det oppstår ofte et asymmetrisk forhold mellom fagutøveren og den som mottar hjelp. Brukeren har kompetanse på seg selv og eget liv. Denne kompetansen vil aldri hjelperen kunne få. Dersom fagutøverens egne tanker om hva som er rett og galt dominerer, vil brukerens kunnskaper om eget liv komme i annen rekke. Fagkompetansen må altså tilpasses den enkelte, og ikke at den enkelte bruker skal tilpasse seg fagkompetansen for å oppnå at brukeren blir myndiggjort (Stang, 1998).

Makten i omsorgsrelasjonene overfor hjelpetrequende er ofte vanskelig å få øye på. Makten kan sies å være skjult bak gode hensikter fra de som yter hjelpen til brukeren. Det er ofte kvinner som gir omsorg til hjelpetrequende. De er ofte å se i arbeid som utføres lavest på rangstigen (Thorsen, 2003). Dersom det foreligger ett bevisst forhold til selve begrepet makt, kan det tenkes at makten i relasjonen sykepleier og pasient kan anvendes på en mindre asymmetrisk måte.

Sykepleiere har mye makt i kraft av sin rolle. Stang sier at for å kunne gi makt til brukeren må sykepleierne først og fremst erkjenne sin makt, og være villige til å gi mer kontroll til brukeren. Istedenfor å være opptatt av å styrke seg selv, bør de styrke brukerens posisjon. Et paradigmeskifte må til for å oppnå at brukeren styrkes radikalt. Dette dreier seg mye om holdninger til brukeren. En paternalistisk holdning kan føre til maktesløshet hos brukeren. Bedrevitende holdninger hos sykepleieren bidrar til å umyndiggjøre brukeren, i stedet for å støtte brukeren til å ta egne valg og oppnå selvkontroll (Stang, 1998).

Å gi fra seg makt er også noe Gibson er opptatt av. Hun sier at sykepleiere og annet helsepersonell er nødt til å gi slipp på makten de besitter og i stedet hjelpe brukerne av helsetjenesten til å oppnå makt. For at brukerne skal kunne oppnå makt ved hjelp av



helsepersonell er selvforståelse essensielt for å konfrontere de underliggende og åpenlyse fordelene som kommer fra av å være i en maktposisjon (Gibson, 1991).

Kanskje er veien å gå for å utjevne maktforhold mellom bruker og hjelper slik Rodwell hevder ved å si at det er grunnleggende at sykepleierne blir mer synlige politisk for å på denne måten kunne gi makt i kraft av sin rolle som sykepleier (Rodwell, 1996).

Vinsnes og Norheims utførte en studie som omhandlet pasientmedvirkning i demensomsorgen. De fant blant annet at helsepersonell opplever å gi fra seg kontroll der praksisen er basert på pasientmedvirkning (Norheim og Vinsnes, 2008:14).

I akuttpsykiatri er grensesetting som tidligere nevnt en del av den miljøterapeutiske behandlingen. Grensesetting kan på flere måter knyttes til makt. Vatne utførte en observasjonsstudie, der det kom frem at grensesetting sjelden ble sett på som problematisk av ansatte i akuttposten, men snarere tatt for gitt at uansett hvordan grensesettingen ble utført ble det sett på som terapeutisk rett å sette grenser. Pasientene gav uttrykk for at de opplevde å bli satt grenser for som en maktstrategi samt straff fra de ansatte. Det ble funnet to perspektiv ved grensesetting i denne studien. Det ene er et korrigerende perspektiv som kan beskrives som et ekspertfokus. Det andre perspektivet er et anerkjennende perspektiv. Dette perspektivet fokuserer mer på en likeverdig relasjon, og på myndiggjøring av begge parter (Vatne, 2003).

Makt kan forstås som både noe positivt og som noe negativt. Det handler på mange måter om hvordan man anvender makten. I psykiatriske akuttposter er det liten tvil om at maktens tilstedeværelse er stor. Det er kanskje nærliggende å si at makten har stor betydning (i negativ forstand) for brukervedvirkning dersom makten ikke gis til brukeren selv? Imidlertid er det noe paradoksalt ved å forvente at den som er hjelpetrengende skal være uavhengig. Noe Aadnanes peker på (Aadnanes, 2007). Å gi makt til brukeren er altså ikke uproblematisk.

### *2.2.2 Sykepleiers verdigrunnlag versus brukervedvirkning.*

Ofte står sykepleiere i situasjoner der valget mellom å respektere pasientens egne valg og sykepleierens plikt til å gjøre det som er til det beste for pasienten er en utfordring. Ifølge Helsepersonell loven §4 er det krav om at helsepersonell skal opptre forsvarlig. Dette

innbærer to ulike krav som at for det første skal hjelpen ytes på en omsorgsfull måte. Det andre kravet er at arbeidet skal være faglig forsvarlig (Molven, 2002:166). Hjelpen som ytes til brukeren skal utføres på en forsvarlig måte, dette står nærmere beskrevet i Spesialisthelsetjenesteloven §2- 3 (Molven, 2002:172). I enkelte tilfeller foreligger det en juridisk tillatelse til at helsepersonell kan ta en avgjørelse ut i fra hva de mener er til det beste for pasienten uten at pasienten deltar i beslutningen (Aadland, 2000). Dette er som nevnt tidligere aktuelt ved behandling av psykisk syke mennesker (jmfør lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, psykisk helsevernloven, 1999).

Sykepleieryrket har lenge kjempet for anerkjennelse. Allerede på slutten av 1800 tallet er det blitt beskrevet at elevhjemmene der sykepleierelevne bodde førte en viktig og disiplinerende rolle (Melby, 1990). Tradisjonelt har det også eksistert en sterk forventning om at sykepleierne måtte ha god helse samt at de var forventet at sykepleierne måtte være utholdende. Selve verdigrunnlaget til sykepleieprofesjonen er bygget på yrkesetiske retningslinjer. I 1983 ble Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer første gang godkjent av landsstyret i Norge. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er verktøy for sykepleieren, og kanskje det viktigste grunnlag i møte med etiske dilemma (Melby, 1990). Sykepleieryrket har vært opptatt av helhetlighet, også kalt holisme. De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier blant annet noe om sykepleiens verdigrunnlag. (Slettebø, 2001:15).

Vike, Bakken, Brinchman, Haukelien og Kroken sier at i profesjonsutdannelsen til sykepleiere lærer studentene at idealet er helhetlig ansvar for pasienten. Dette innebærer at sykepleieren ikke bare har ansvaret for den fysiske tilstanden hos pasienten, men også den psykiske, det åndelige og det sosiale hos pasienten. Annet helsepersonell som for eksempel fysioterapeuter kan derimot forholde seg til avgrensede deler av menneskene som de arbeider med. Ofte er heller ikke disse yrkesgruppene kontinuerlig i kontakt med pasienten slik sykepleieren er da sykepleieren vanligvis ikke kan forlate avdelingen da hun til en hver tid må vite at pasientenes grunnleggende behov er ivaretatt (Vike et al, 2004).

Karlsen har blant annet sett på dokumentasjon i sykepleieprofesjonen. Han sier at sykepleierprofesjonen stadig blir kritisert av andre yrkesgrupper for å tildele pasientene roller som passive deltakere i egen behandling, og at arbeidsmodellen til sykepleiere er en ensidig medisinsk orientert modell (Karlsen, 2004).

Kravene sykepleierne står overfor i sin arbeidshverdag er enorme. Kanskje er det slik at alle disse kravene som ligger til sykepleierprofesjonen nærmest er uforenelige med dagens krav til brukermedvirkning? Å få en dypere forståelse av sykepleieres opplevelse av brukermedvirkning, vil sannsynligvis gi et inntrykk av hvordan dette fungerer i en akuttpsykiatrisk sengepost.

## **2.3 Kjønns betydning for brukermedvirkning**

### *2.3.1 Noen definisjoner av kjønn*

I dette kapitlet vil det bli gitt en kort presentasjon av ulike definisjoner på kjønn. Fokuset vil videre være knyttet til omsorg og de utfordringer det innebærer for både menn og kvinner i sykepleieryrket. Det vil også bli presentert tidligere forskning.

Folkehelsepolitikken (2002–2003:120) uttrykker følgende: ”Et kjønnsperspektiv innebærer blant annet å ta i bruk kjønnsspesifikk kunnskap der den finns og etterspørre eller fremskaffe den der ikke finnes.” Det er et spørsmål om dette innebærer at kjønn i større grad skal settes på dagsorden? Hvis det er tilfelle er det slik at akuttpsykiatriske avdelinger skal ta større hensyn til kjønn og brukermedvirkning ved innleggelse enn det som hittil har kommet frem? Fortsatt vet vi antakeligvis for lite om kjønn har noen betydning for brukermedvirkning i akuttpsykiatrisk post. Vi vet imidlertid at kvinner er i klart flertall i feltet psykisk helsearbeid. Thorsen er en av dem som peker på at det er en stor overvekt av kvinner i omsorgssektoren som både gir og mottar omsorg og pleie (Thorsen, 2003).

Begrepet kjønn er utfordrende ettersom det foreligger omfattende teorier om kjønn og ulike måter å forstå begrepet kjønn på. I Sigmund Freuds psykoanalytiske forståelse betraktes kjønn som en identitet som blir til etter en prosess i utvikling. Psykoanalytisk teori er velkjent teori. Teorien kan sies å være en av de mest aktuelle teorier vi har for å forstå kjønn, men også i stor grad for å forstå psykisk sykdom. I Sigmund Freuds teori psykoanalyse betraktes kjønn om en identitet som blir til etter en prosess i utvikling. Psykoanalysen går i hovedsak ut på at barnet utvikler seg over tid fra en mor til barn relasjon til en adskillellesprosess, og videre mot barnets selvstendighet. Freuds teorier har blitt kritisert av feminister. Det har blant annet vært stilt kritikk mot Freuds teorier om kvinnelig seksualitet, men også mot Freuds forståelse av det kvinnelige kjønn som helhet (Mortensen et al, 2008). Sykepleien har som tidligere nevnt hatt et omfattende ansvar for omsorg siden yrket først ble til. Innenfor feministisk

kjønnsteori har den psykoanalytiske tilnæringsmåten hatt en sentral betydning. Dette setter Mortensen i sammenheng med psykoanalysens konstruktivistiske måte å betrakte kjønnsidentitet på. Kjønnsidentitet blir i stedet for å bli betraktet som noe medfødt og naturgitt, sett på som en prosess der kjønnsidentiteten skapes etter hvert (Mortensen et al, 2008).

En annen måte å forstå begrepet kjønn på er å definere kjønn som et klassifikasjonsbegrep som kategoriserer forskjellene mellom individuelle menn og kvinner (Daly and Rake, 2003). En tredje måte å forstå kjønn på er slik Sagatun oppfatter begrepet kjønn, nemlig at det handler det om hvordan menn og kvinner forstår hverandre og seg selv på, men og at de på denne måten skaper mening til virkeligheten de lever i. Det vil si et organisert prinsipp i et organisert betydningssystem (Sagatun, 2008). Sagatun er altså opptatt av at kjønn handler om ulike måter å forstå hverandre i et bestemt system. Denne utvidede forståelsen av begrepet kjønn deles også av forskeren i denne studien.

### *2.3.2 Kjønn, omsorg og stereotyper i sykepleie*

Kjønn kan nyttes til omsorg på flere ulike måter. Omsorg er tradisjonelt sett på som noe kvinner gjør, og det kan ha sammenheng med at følelser og omsorgshandlinger ofte assosieres med kvinner. Det er en tendens til å betrakte kvinner som utøver som at omsorg er en naturlig del av deres personlige egenskaper. Dette er nært knyttet til kvinners rolle i reproduksjon. Det er reist kritikk som at dette er en misforstått antakelse om hva omsorg kan være (Cancian og O liker, 2000).

Den kjente norske sosiologen Kari Wærnes er en av dem som har problematisert kjønnsteorien i Norge. Selv om Wærnes har forfattet mye om kjønn rettet mot hjemmehjelp, har teoriene hennes allikevel relevans for forskning innen sykepleieyrket. Hun har vært opptatt av kvinners avmaktposisjon, og fokusert på å synliggjøre kvinners perspektiv spesielt når det gjelder fordeling av omsorgsarbeid (Christensen og Syltevik, 1999).

Kjønn kan for forskeren i denne studien virke som er fraværende og et tema man ikke har viet nok oppmerksomhet til. I kjølvannet av nye lovverk og et stadig økt fokus på brukermedvirkning, kan det vel også tenkes at kjønn har en betydning for omsorgstjenestene?

En annen norsk kjønnsforsker er Rita Sommerseth. Hun kan forstås som at kjønn har en betydning i psykisk helsearbeid. Hun hevder at mannlige pasienter kan være i behov av å identifisere seg med ulike psykiske helsearbeidere på tvers av tradisjonelle og stereotype maskulinitetsforståelser (Sommerseth, 2007).

Internasjonalt er Connell en som også har vært opptatt av kjønn. Han har blant annet hevdet at kjønn kan sies å være en sosial stilling som blir kategorisert (Connell, 1995). Dette kan settes i sammenheng med stereotypibegrepet.<sup>2</sup>

For å nevne noen stereotyper hva gjelder mannlige sykepleiere har man for eksempel hørt om den mannlige sykepleieren som: ”den homofile”, ”den som ikke kom inn på medisinstudiene”, ”den som ikke passer inn” og ”skjortejegeren”. Alle de nevnte eksemplene er noen eksempler på stereotyper mannlige sykepleiere har blitt utsatt for (Tranburger og O’lynn 2007).

Kvinnelige sykepleiere har også blitt og blir fremdeles betraktet som blant annet ”engler”, og Florence Nightingale fikk i sin tid betegnelsen ”the lady with the lamp” (Mathisen, 2001). Det kan virke som om det i tillegg til stereotyper fremdeles er noe mystisk og åndelig knyttet til sykepleie og hva yrket innebærer.

### *2.3.3 Menn i sykepleie, kjønn og makt*

Sykepleieryrket er som kjent overrepresentert av kvinner. Dette er ikke bare et nasjonalt fenomen, men og et internasjonalt fenomen (Tranburger og O’lynn, 2007). Sykepleieutdanningen i Norge og i andre deler av verden var fullstendig kvinnedominert til 1960 årene. I år 2000 var det nesten 2,7 millioner autoriserte sykepleiere med aktiv arbeidslisens i USA. Omtrent 2,55 millioner var kvinner, mens 146 000 av de autoriserte sykepleierne var menn. Disse tallene sier noe om hvor underrepresenterte menn er i sykepleieryrket. Frem til 1960 årene var det fremdeles skoler der menn ikke fikk adgang til å utdanne seg til sykepleiere ved sykepleieskolene. Imidlertid er det ikke slik at menn ikke har fungert som sykepleiere gjennom tidene (Tranburger og O’lynn 2007). Det kan virke som om det ennå er en lang vei å gå for å få flere menn inn i sykepleieryrket. Når det gjelder sykepleiere i akuttpsykiatriske sengeposter er kvinner også der ofte å se i flertall. Årsaker til

---

<sup>2</sup> En stereotypi dreier seg om å bruke karakteristika og kjennetegn for å kategorisere mennesker. (Travelbee, 2001:67)

hvorfor virker ikke å være stadfestet. Sykepleie kjennetegnes som tidligere nevnt fremdeles som en særlig kvinnedominert arena.

Bakken er en av dem som problematiserer forholdet mellom kvinnelige og mannlige sykepleiere. Det kan se ut som om Bakken forbinder yrket i dens moderne tid med den opprinnelige kallstanke (Bakken, 2001).

Kjønnspektivet på relasjonen mellom hjelper og bruker har nærmest blitt borte da omsorgstjenestene er så pass dominert av kvinner som den faktisk er. Det har blitt mer oppdelte og avgrensede oppgaver på tross av økende fokus på kvalitet i tjenestene. Dette har ført til et sprik mellom offentlige krav og ønsker og omsorgsoppgavene i praksis (Thorsen, 2003).

Svare henviser til den svenske kjønnsforskeren Marie Nordberg som nevner begrepet homososialitet. I en studie som undersøkte menn på kvinnedominerte arbeidsplasser fant Nordberg at det var tendenser til homososialitet. Dette dreiet seg om samtaler der et kjønn er overrepresentert, kunne de som ikke var med i ”vi” dannelsen som oppsto, bli ekskluderte fra fellesskapet. Svare undrer seg over om dette kan være en grunn til at menn er underrepresentert i pleie- og omsorgsyrkene (Svare, 2009).

Menn har altså tradisjonelt vært lite synlige i omsorgsrelaterte yrker. Menn i omsorgsykker kan innebære at forventninger til mannen bærer preg av at mannen innehar visse egenskaper (Sagatun, 2008). Dette kan for eksempel dreie seg om fysisk styrke.

Innenfor akuttpsykiatri er det lite teori og forskning å finne om kjønn. Man kan undre seg over hvorfor da det foreligger en god del teori og forskning om begrepene hver for seg?

Et annet aspekt ved begrepet kjønn, er at det av flere anerkjente forskere også knyttes opp mot begrepet makt. Den norske forskeren Elin Kvande har hevdet at muligens må kjønnspektivet i arbeidslivet problematiseres mer enn nå. Hun har videre hevdet at kjønn i organisasjoner er konstruert, og hun peker blant annet på viktigheten av å analysere kjønn på ulike nivå, og ta i betraktning at kjønn kan ha ulik betydning på ulike nivå (Kvande, 2007:101).

Skjeie og Borchorst viser til tidligere utførte studier i Norge og Danmark. De hevder at studier som omhandler makt manglet et fokus på kjønn og makt. Studiene forfatterne henviser

til konkluderer med at det er blant annet eksisterer et behov for å bedre forstå forholdet mellom makt og kjønn (Skjeie og Borchorst, 2003).

Å undersøke sykepleieres opplevelse av kjønnets betydning i akuttavdeling vil være av interesse også for brukervedvirkning. Det kan tenkes at kjønn har en større betydning for brukervedvirkning enn man er klar over.

## **2.4 Rammebetingelser for brukervedvirkning**

Det er flere faktorer som kan virke hemmende eller fremmende for brukervedvirkning i en akuttpost. I dette kapittelet presenteres noen av de aktuelle for denne studien.

### *2.4.1 Rom og tid for brukervedvirkning?*

Kari Martinsen har uttalt at det er viktig at ”rommet får tiden” og motsatt. På denne måten vil sykepleieren kunne svare til forventninger fra pasienten på en positiv måte. Dette vil igjen kunne bidra til at pasienten blir møtt som et menneske, og ikke minst kunne kjenne omsorg. Man kan så oppnå erfaringskunnskap. Denne typen kunnskap krever at det gis tid og rom for fenomener til å vise seg. ”Det langsomme rommet” ser og lytter til pasienten, og man tilegner seg kunnskap man ellers ikke kan oppnå ved å ta i bruk hurtige metoder for å oppnå klassifiseringskunnskap (Martinsen, 2000).

For at brukerens stemme skal bli hørt må det være en nødvendighet med nettopp rammene rundt for i det hele tatt muliggjøre en dialog med brukeren. Dessverre eksisterer det eksempler der rammebetingelsene i det psykiske helsevernet ikke muliggjør brukervedvirkning. Forfatteren Målfrid Frahm Jensen beskriver et tilfelle der en mor som pårørende til sin datter hevder at datteren ikke får lov til å prøve å bli medisinfri for å finne ut av hvordan kroppen kan bli uten alle medisinene grunnet ressursmangel (Jensen, 2007). Sannsynligvis er dette ikke et enkelttilfelle der ressursmangel alene er grunn nok til å avvise brukervedvirkning.

#### *2.4.2 Pleiekulturens betydning for brukermedvirkning*

Når det gjelder pleiekultur, sier Martinsen at kulturen skapes gjennom menneskets egen medvirkning i den, og vi kan leve i pleiekulturen på forskjellige måter. Noen ganger kan pleiekulturen hindre oss i nytenkning, og helsepersonell kan bli fanget i mønstre i en pleiekultur. Det er ikke nødvendigvis deres eget syn som kommer til uttrykk når man er en del av en pleiekultur (Martinsen, 2000). Dette kan igjen ha negativ innvirkning for den rådende praksis. Dette skjer blant annet når helsepersonellet utfører arbeidsoppgaver uten å reflektere over at praksisen til en hver tid er den beste praksis for brukeren (Norheim og Vinsnes, 2008).

Norheim peker på at når omsorg skal ytes, kan det by på ulike utfordringer for helsepersonellet, og flere faktorer og vilkår spiller inn. Norheim sier blant annet at gode strukturelle og sosiale vilkår er en forutsetning for helsepersonellet til å kunne yte god omsorg. Sosiale vilkår kan dreie seg om hvordan helsepersonellet i relasjon til hverandre på avdelingen og til brukeren. Kanskje dreier det seg også om hvordan helsepersonellet forholder seg til pårørende og samarbeidspartnere? Når det gjelder strukturelle vilkår, omhandler disse mer rammefaktorer som bygning, utstyr, men også personalressurser og hvordan organisasjonen er organisert. Organiseringen kan dreie seg om ansvarsfordeling samt ledelsesstruktur (Norheim, 2006:242).

Sahlsten et al identifisert følgende faktorer som vil kunne være til hinder for pasientdeltakelse: Kompetanse, påvirkning av signifikante andre (for eksempel paternalisme) samt organisasjon og arbeidsmiljø (Sahlsten et al, 2005).

Det eksisterer flere faktorer som kan virke både fremmende og hemmende også i en akuttpsykiatrisk sengepost. Egne regler på avdelingen kan være en faktor som påvirker grad av brukermedvirkning på en avdeling. Blesvik, Diseth, Husum, Kogstad, Orefellen og Thune har identifisert ti punkter de mener er bekymringsfulle i det norske psykiske helsevernet. Et av punktene som blir løftet frem er bruk av ”husregler” på institusjoner. ”Husreglene” kan variere fra avdelingen til avdeling og blir utarbeidet av helsepersonellet som jobber der. Blesvik et al er kritisk til disse ”husreglene”, og hevder at de kan være i strid med menneskers rett til privatliv (Blesvik et al, 2006).

Egne regler i en avdeling kan også være eksempel på et fastlåst mønster. Dette har med pleiekultur å gjøre. Alexander konkluderer i sin studie med at sykepleiere i psykiatrisk



akuttpost må hjelpe pasientene til å forstå avdelingsreglene, men også begrunne hensikten med disse reglene. Alexander hevder at det vil gjøre det lettere å få pasientene til å akseptere avdelingsreglene dersom de klarer å formidle til pasientene at reglene er til for deres egen trivsel. Alexander hevder videre at dersom pasienter kan hjelpes til å forstå meningen i sykepleierens adferd, kan pasienten også ta på seg en annen rolle (Alexander, 2006).

For å yte god omsorg er det noen grunnleggende faktorer som må være på plass. I en psykiatrisk akuttpost handler det mye om rammene man jobber innenfor. Norheim sier at det faktisk er en nødvendighet at de strukturelle og sosiale rammene er på plass for å kunne yte god omsorg (Norheim, 2006). Det er stor sannsynlighet for at det samme gjelder ved implementering av brukermedvirkning i en akuttpsykiatrisk avdeling.

#### *2.4.3 Ledelsens betydning for brukermedvirkning*

Jakobsen sier at ledelse handler om å samle en gruppe mennesker mot et felles mål (Jakobsen, 1999:18), og at den som leder sykepleiere har ansvar for å opprettholde høy grad av kvalitet, og det er viktig at den faglige utviklingen skjer parallelt med endrede behov. Hun hevder at lederen har et medansvar for å sikre at sykepleiere er stolte av profesjonen sin, samt bidra til at sykepleierne har tillit i samfunnet (Jakobsen, 1999).

Thorbjørnsen påpekte i sin masterstudie at å gjennomføre brukermedvirkning i psykiatrisk institusjon kan sies å være et meget aktuelt ledelsesansvar. Det bør videre være et sentralt tema for videre forskning. Hun fant blant annet at hvorvidt det er brukermedvirkning på en psykiatrisk avdeling avhenger i stor grad av ledelsen (Thorbjørnsen, 2005).

Et annet funn i Thorbjørnsens studie var at "ildsjeler" i avdelingen godt kunne være andre enn ledelsen. Dette forutsatte imidlertid en aksept fra ledelsen på at de brukte tid på å fremme slike tiltak, noe som igjen kan settes i sammenheng med vilkår i en gitt pleiekultur (Thorbjørnsen, 2005:55).

Det er mange kvinnelige mellomledere i norsk helsevesen. Anne Kristine Solberg har studert dette fenomenet. Gullvåg Holter, Sørensen og Halrynjo henviser til Solbergs studier, som kan tolkes som at det virker som om kvinner i møtet med andre kvinner forholder seg til andre spilleregler i arbeidslivet som er mer preget av uskrevne regler og homogenitet

(Gullvåg Holter et al, 2003). Dersom det er slik kan det tenkes at dette på en eller annen måte påvirker avdelingen, og muligens også grad av forventinger til kvinnelige sykepleiere?

Vatne nevner at fagpersonell av begge kjønn må styrkes i psykisk helsevern, samt at motivasjon til å få fagfolkene til å bli i yrket over tid er viktig da dette vil kunne redusere antall ufaglærte i akuttpost, samt mest sannsynlig vil gi økonomisk gevinst (Vatne, 2003).

Ledelsen ved en akuttpsykiatrisk avdeling har et ansvar når det gjelder både kvalitet og daglig drift. Økonomi spiller her en viktig rolle. Utfordringene ledelsen står overfor er sannsynligvis mange. Det hevdes innledningsvis i dette avsnittet at ledelsen også er medansvarlig for sykepleienes stolthet i egen profesjon. Det er nærliggende da å tenke at et fravær av stolthet hos sykepleieren (dersom det sviktes fra ledelseshold) også på en eller annen måte vil berøre brukeren, hvilket igjen har en betydning for brukervedvirkning.

### **3.0 METODEKAPITTEL**

#### **3.1 Oppgavens design og vitenskapsteoretisk forankring**

I dette kapitlet presenteres oppgavens design, vitenskapsteoretisk forankring og beskrivelse av innsamling av data. Videre presenteres en teoretisk gjennomgang av fokusgruppeintervju og individuelle intervju, og beskrivelse av selve gjennomføringen av intervjuene i denne studien. Man ser så på metodiske utfordringer og forskningsetiske vurderinger gjort. Til slutt kommer en kort teoretisk presentasjon av analysene som studien var inspirert av, med påfølgende beskrivelse av analysen gjort i denne studien, studiens troverdighet, trolige feilkilder og et kritisk tilbakeblikk på studien.

Denne studien hadde et beskrivende og utforskende design som inkluderte kvalitativ metodikk. Fokusgruppeintervju og individuelle forskningsintervju ble anvendt som verktøy for innsamling av data ettersom forskeren forsøker å se de sosiale fenomener som studeres, slik de oppleves av individet selv i sin naturlige kontekst. Forskeren ønsket å studere hvordan sykepleierne opplevde brukermedvirkning, og sykepleiernes forståelse av selve begrepet. Man ønsket med andre ord å få frem beskrivelse av kunnskaper sykepleierne hadde om brukermedvirkning. Kvalitativ metode ble valgt på bakgrunn av at det var fenomener man ønsket å se nærmere på. Ved å anvende en kvantitativ metode i denne studien, ville man mest sannsynlig gått glipp av den dypere forståelsen av sykepleiernes opplevelser som man fikk ved å bruke kvalitativ metode.

Polit og Beck nevner noen generelle karakteristiske trekk ved kvalitativ metode. Det er blant annet at designet tillater triangulering, er fleksibel, søker helhetsforståelse og forutsetter at forskeren bruker seg selv som verktøy i forskningsprosessen. Kvalitativ forskning krever også at forskeren involveres intenst og gjerne over tid. (Polit og Beck, 2008:219)

Kvalitativ forskning som metode er grunnlaget for en forståelse av forskning som en systematisk og reflekterende prosess for utvikling av kunnskap som kan deles, og overføres utenfor omgivelser. Kvalitativ forskning har flere likheter med kvantitativ forskning. Imidlertid er det stor forskjell på spørsmålsstilling og antakelser av data. Ved å velge og å anvende en bestemt metode i praksis kan man oppnå hensikten med et gitt forskningsprosjekt (Fog, 2004).

Kvalitativ og kvantitativ metode har altså ulike prosedyrer for utførelse av forskning. (Malterud, 2001). Et forskningsintervju er en faglig konversasjon som er basert på den hverdagslige samtalen mellom mennesker, og skal ha en struktur og en hensikt (Kvale, 1997).

I følge Nortvedt og Grimen ligger det i den sosiale konstruktivismen en kjerne om en antagelse i at kunnskap om den sosiale virkelighet kontinuerlig produserer virkeligheten. Her er det altså en tanke om at fenomenene eksisterer ettersom kunnskapen eksisterer hos oss som mennesker (Nortvedt og Grimen, 2004).

Ettersom opplevelsene sykepleierne hadde kunne la seg innhente ved å få sykepleierne til å dele refleksjoner omkring temaet, ble det helt naturlig å velge en kvalitativ metode i denne studien. Forskeren søkte å finne en dypere forståelse av menneskelige fenomener, og i dette tilfellet sykepleiernes opplevelser. I kvalitativ metode tillates også forskeren å studere empiri med et særlig fokus på prosesser og dybdeforståelse. I kvantitativ metode derimot er det analyser, statistikker og variabler som står sentralt. Kvalitativ metode gav også forskeren en mulighet til å gå åpent ut, samt å få en dybde i studien som vanskelig ville la seg gjøre ved å bruke en kvantitativ metode. Det var rekruttering av informanter, informantenes refleksjoner omkring temaet, og det de faktisk ønsket å dele som ble avgjørende for hvilken empiri man til slutt endte opp med (Kvale, 1997).

I denne studien var forskeren inspirert av fenomenologisk og hermeneutisk tenkning. Kvale (1997) sier at med en hermeneutisk forståelse, står meningstolkning sentralt. Det er fokus på spørsmål som stilles og konkretisering av en type meninger. Dersom man fokuserer på et menneskes livsverden, inntas et fenomenologisk perspektiv. Her åpnes det opp for beskrivelser, erfaringer og det søkes svar etter hva som menes (Kvale, 1997:40).

## **3.2 Innsamling av data**

### *3.2.1 Utvalg*

Det ble i alt forsøkt å rekruttere 12 informanter. Fortrinnsvis 6 kvinner og 6 menn. Man tok ikke sikte på å intervju informanter i en spesifikk aldersgruppe, eller med en spesifikk erfaring i yrket. Imidlertid ble informanter som ikke var autoriserte sykepleiere, eller sykepleiere med lederroller i avdelingen ekskludert fra studien. Det var en stor sannsynlighet for at deltakerne hadde kjennskap til hverandre. Slik forskeren oppfattet det var dette en

styrke for prosjektet fordi deltakerne i større grad utfordret hverandre. Totalt rekrutterte forskeren ti informanter til studien. (Syv kvinner og tre menn). Forskeren endte opp med å intervjuer i alt fem kvinner og tre menn. To kvinner som tilleggsinformanter. Informantene ble tilfeldig valgt etter hvem som meldte sin interesse først.

### 3.2.2 *Beskrivelse av rekrutteringsprosessen*

Det første steget for å rekruttere informanter til denne studien var å ta telefonisk kontakt med sjefssykepleier ved XX i oktober 2008. Vi ble enige om at invitasjon skulle sendes for godkjenning etter at prosjektplanen var godkjent. I medio desember ble invitasjonen (vedlegg nr. 2 ) sendt ut til XX. I januar ble studien godkjent av XX. Vi ble enige om at sjefssykepleier skulle distribuere invitasjonen på de aktuelle sengepostene. Forespørselen var som nevnt i forrige punkt 12 informanter.

Forskeren rekrutterte to informanter ganske raskt. Den tredje meldte seg noen dager etterpå. Forskeren tok så på ny kontakt med sjefssykepleier etter at hun hadde sendt ut to purringer per mail og man fremdeles manglet informanter. Undertegnede hadde også selv sendt mail til alle postlederne og informert om studien. Ettersom man enda manglet 9 informanter, ble forskeren enig med sjefssykepleier om at vi sammen skulle ta en runde rundt på postene å informere om studien for å forsøke å rekruttere de resterende informantene. Ytterligere en informant ble da rekruttert til å delta. Samtykkeerklæringer (vedlegg nr 3) ble så sendt ut til de fire informantene. Etter å ha diskutert med veileder ble det bestemt å gå i gang med et fokusgruppeintervju. Det ble en blandet gruppe med både mannlige og kvinnelige informanter. Intervjuet ble 1 time og 30 min. Resultatet ble 19 sider ferdig transkribert empiri. Vi ble enige om at undertegnede skulle ta kontakt med hver enkelt deltaker per telefon dersom det ble behov for å stille utfyllende spørsmål. Dersom forskeren ikke fikk informanter til å stille til fokusgruppeintervju, var individuelle intervju nå et alternativ. Forskeren tok så telefonisk kontakt med direktør i nytt XI i februar 2009. Direktøren var positiv til studien, og henviste meg videre til sjefssykepleier. Forskeren lyktes ikke å få telefonisk kontakt med henne, så det ble derfor sendt en epost. Det var dessverre slik at det var et stort press på innleggelse, og forskeren ble bedt om å ta kontakt på ny om en stund. I slutten av mars 2009 kom imidlertid endelig avslag fra XI begrunnet i stort sykefravær og ressursmangel.

Forskeren gjorde så i mars 2009 et nytt forsøk på å kontakte eventuelle informanter ved XX for å se om noen kunne tenke seg å stille opp på individuelle intervju. Forskeren sendte nå epost til alle ansatte ved XX, i håp om å nå ut til alle sykepleierne ved klinikken. I denne epost ble det kort informert om studiens hensikt, hvor langt forskeren var kommet i studien, og gikk åpent ut og spurte om noen kunne tenke seg å stille opp som informanter i denne studien med utgangspunkt i informasjonsskrivet (vedlegg nr 2). Responsen var nå mye bedre, og studien klarte å rekruttere seks nye informanter. I samråd med veileder gikk man i gang med individuelle intervju for å supplere fokusgruppeintervjuet. I alt ble det foretatt fire individuelle intervju, samt to informanter stilte seg disponible for å delta dersom studien var i behov av tilleggsempiri.

### *3.2.3 Forskningsetiske overveielser*

Prosjektplanen ble sendt til Regional Etisk Komitè (REK) etter at prosjektplanen ble endelig godkjent av veileder. REK vurderte det slik at studien ikke var meldepliktig til dem (vedlegg nr 5). Prosjektet ble også meldt til Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD) se vedlegg nr 6. Alle endringer i prosjektprosessen underveis ble også meldt til NSD. Ellers ble Retningslinjer fra Helsinkideklarasjonen fulgt i denne studien (2008). Informantene sendte direkte epost til undertegnede. Epostene ble umiddelbart slettet etter å ha besvart dem. Anonymisering av data ble gjort ved å gi de ulike informantene fargekoder og tallkoder når dataene var transkribert. Data kunne på ingen måte spores tilbake til informantene. Passordbeskyttelse på PC ble også brukt. Samtlige samtykkeerklæringer ble umiddelbart lagt i konvolutt og videre i låsbart skap ved Universitetet i Stavanger. Lydbånd ble også oppbevart i låsbart skap, og lydbånd ble slettet ett år etter at intervjuene var ferdig transkribert, nærmere bestemt våren 2010. Dette ble gjort etter avtale med NSD, og ettersom man allerede hadde hatt tilgang til lydbåndene i over ett år. Alle resterende data slettes ved prosjektslutt. Det ble avtalt med informantene at de som ønsket det ville få kopi av oppgaven ved prosjektslutt. For å ivareta informantenes anonymitet valgte man å ikke skille fokusgruppeintervjuet fra de individuelle intervjuene i analysearbeidet. Empirien ble betraktet som en helhet. Informantene ble både skriftlig og muntlig informert om at de på et hvilket som helst tidspunkt i prosessen kunne trekke seg fra studien helt uten konsekvenser.

### **3.3 Fokusgruppeintervju**

#### *3.3.1 Hva er fokusgruppeintervju?*

Det er ikke likegyldig det som foregår i det kvalitative forskningsintervjuet. Alt er av betydning, og det er informasjon i alt. Både det som skjer og det som ikke skjer i situasjonen (Fog, 2005). Denne studien har et kvalitativt design med fokusgruppeintervju og individuelle intervju som metodisk verktøy. Fokusgrupper er hovedsakelig en kvalitativ forskningsmetode, hvor en bruker veiledet gruppediskusjon for å skape forståelse for deltakernes refleksjoner og erfaringer (Morgan, 1998a).

Morgan har utgitt flere bøker som omhandler fokusgruppeintervju som metodisk verktøy. Han hevdet blant annet at det var Robert Merton og hans medarbeidere som tidligst tok i bruk fokusgruppeintervju innenfor sosiale studier i 1946. De brukte fokusgruppeintervju som metode for å undersøke folks overbevisning av krigstidspropagandaens belastninger. Det var imidlertid i markedsundersøkelser gjort av Paul Lazarsfeld med flere at fokusgruppeintervju som metode først ble brukt utenfor sosiale studier (Morgan, 1988).

Hovedgrunnen til at fokusgruppeintervju blir foretrukket fremfor individuelle intervju er den sammenlignbare styrken man finner i den interaksjonen om et tema som man kan observere i en fokusgruppe. Et av de viktigste argumentene for å ta i bruk fokusgruppeintervju som metode er å undre seg over hvor enkelt og aktivt deltakere vil kunne diskutere et tema av interesse. Målet for forskeren vil være å komme nærmere deltakernes forståelse av tema som er av interesse for forskeren (Morgan, 1988). Det var naturlig å anvende fokusgruppeintervju i denne studien, ettersom det var opplevelsene man her var ute etter å undersøke. Dynamikken i gruppen ville kunne si noe i tillegg til de verbale utsagnene.

Fokusgrupper er hovedsakelig en kvalitativ forskningsmetode, hvor en bruker veiledet gruppediskusjon for å skape forståelse for deltakernes refleksjoner og erfaringer. (Morgan, 1998b) Morgan nevner fire faser i fokusgruppe som metode. Fasene består av å planlegge, å rekruttere, å moderere og til slutt å analysere og rapportere (Morgan, 1998b).

Målet i fokusgruppe som metode er å vinne innsikt og forståelse ved å lytte til mennesker i dybden. Fokusgruppene fungerer best når det er livlige diskusjoner i gruppen, og når det som interesserer informantene også interesserer deg som forsker (Morgan, 1998b).

Den mest innlysende årsak til at man velger å ha en gruppe bestående av 6 deltakere eller færre, er vanligvis at hver deltaker har mye å fortelle. Her åpner man opp for at deltakerne kan komme med personlige fortellinger om sine erfaringer med temaet (Morgan, 1998b). Slik forskeren så det kunne en gruppe på fire deltakere (som anvendt i denne studien) åpne ytterligere opp for å lytte til informantenes beskrivelser av sine opplevelser med brukermedvirkning.

### *3.3.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervju*

Det ble gjort et bevisst valg om å ikke gi informantene intervjuguiden på forhånd. Dette fordi man var interessert i å få tak i de spontane refleksjonene rundt tema. Det ble også formidlet at det var informantenes tanker omkring tema som var av interesse. Man forsøkte å gjøre en så trygg setting som mulig. Informantene var også på forhånd informert om at en forskningsassistent ville bistå undertegnede for å kunne hjelpe til med å holde strukturen i intervjuet, men også for å kunne notere seg observasjoner av non- verbale kommunikasjon samt gruppens dynamikk. Intervjuet foregikk på et lukket møterom utenom informantenes arbeidsplass der det ble vektlagt å unngå forstyrrelser, samt å ivareta anonymiteten til deltakerne. Det ble også servert forfriskninger og snacks for å forsøke å gjøre intervjusituasjonen så trygg som mulig for informantene. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd, noe informantene på forhånd hadde blitt informert om både skriftlig og muntlig. Det ble ikke foretatt pilotintervju eller pilotstudie. Intervjuet varte totalt i 90 minutter. For å forsikre meg om at informantene var grundig informert om studien, delte man ut informasjonsskrivet på nytt (vedlegg nr 2). Forskeren gikk også muntlig gjennom brevet. Den samme prosedyren foretok man med samtykkeerklæringene (vedlegg nr 3). Når det gjaldt intervjuguiden ble den delt inn i tre ulike tema (se vedlegg nr 1), og tok utgangspunkt i studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Under det nest siste spørsmålet valgte forskeren å ikke stille utfyllende spørsmål. Bortsett fra det ble det ikke foretatt noen endringer. Forskerens opplevelse av intervjuguiden var at den var god. Imidlertid var det en svakhet at det var en god del spørsmål.

## **3.4 Individuelle intervju**

### *3.4.1 Hva er et individuelt intervju?*

Kvale hevder at et forskningsintervju er en samtale mellom to personer. Det oppstår en situasjon mellom to mennesker som er opptatt av samme tema. Det handler om en intervjuer



og et intervjuobjekt. Intervjuobjektet deler opplevelser og meninger med intervjueren. Det oppstår en asymmetrisk relasjon der intervjueren tar regi av strukturen på intervjuet. Det er forskeren som stiller spørsmål og som har bestemt på forhånd rammene rundt intervjusituasjonen. Intervjueren bruker seg selv som verktøy for å få informasjon. Hun må foreta valg underveis i intervjusituasjonen, samt velge ut hva som skal tolkes og ikke (Kvale, 1997). Kvale hevder videre at det finnes ulike kvalitetskriterier for intervju. Blant annet grad av struktur og oppfølgingsspørsmål og at intervjuobjektet forteller på egen hånd. Best er det dersom intervjueren stiller korte spørsmål og intervjuobjektet kommer med lengre svar (Kvale, 1997).

### *3.4.2 Gjennomføring av individuelle intervjuer*

De individuelle intervjuene ble utført på rom utenfor informantenes arbeidsplass, for å ivareta anonymitet. Det ble gjennomført fire individuelle intervju. Selve intervjuet foregikk som en samtale mellom forskeren og informanten. Man valgte å ikke ha med forskningsassistent i de individuelle intervjuene. Lokalene ble merket med opptatt på døren og lydisolerte rom. Man brukte båndopptaker for å ta opp samtalen. Informantene var på forhånd informert om dette både skriftlig og muntlig. Det ble servert forfriskninger for å gjøre settingen mest mulig avslappet. Det ble satt av 60 minutter til hvert intervju. Det korteste intervjuet varte i 19 minutter og det lengste varte i 65 minutter.

I denne studien ble det anvendt en semi- strukturert intervjuguide (vedlegg nr.1 ). Det som var annerledes fra fokusgruppeintervjuet var at forskeren her opplevde å ha en mer aktiv rolle. Mulig var det på grunn av at forskeren selv opplevde samtalen som mer alvorlig på et vis? Informantene var frivillig med på intervjuet, og delte den informasjon som de ønsket med forskeren. Det ble imidlertid stilt oppfølgingsspørsmål når utsagn var uklare for forskeren, samt der informanten gav korte svar. Det var utfordrende å anvende semi- strukturerte intervjuguide på den måte at man risikerte å miste viktig empiri på grunn av tidsmangel. Forskeren ble også utfordret på å holde strukturen. Det var imidlertid store individuelle forskjeller her. I tillegg til de fire informantene som ble intervjuet hadde forskeren tilgang på ytterligere to informanter som ikke ble brukt. Det man så var at det ble gjentakelser, og man hadde oppnådd en metning. Forskeren opplevde å ha fått tilstrekkelig data.

## 3.5 Analyse

### 3.5.1 Analyse av data

Når det gjelder analyse av data i kvalitativ forskning er dette en tidkrevende prosess. Men dataanalyse er også belønnende i form av å kunne avsløre hvorfor, hvordan og hvilke betydning som blir gitt i ulike situasjoner, adferd, folks meninger og i hendelser (Lapan and Quartaroli, 2009). Analysen brukt i denne studien var inspirert av Graneheim og Lundmans (2004) innholdsanalyse av data og Kvales seks trinnsanalyse (1997).

Graneheim og Lundman (2004) har hevdet at det er viktig å finne den mest passende meningsenhet for å oppnå troverdighet. Det er ingen korrekt meningsenhet, bare den mest sannsynlige ut fra et spesielt perspektiv. I kvalitativ forskning handler troverdighet om etablering av argumenter for den mest sannsynlige tolkningen. Troverdigheten øker dersom funnene er presentert på en slik måte der man tillater leseren å lete etter andre mulige tolkninger. En av de mest basale avgjørelsene ved bruk av innholdsanalyse er utvelgelse av enhet for analyse. Meningsenheten kan være ord eller setninger som aspekter relatert til hverandre gjennom deres innhold og kontekst. For å korte ned teksten går meningsenheten gjennom en ny prosess. Teksten blir kondensert. Den siste fasen i innholdsanalysen er koding. Videre skapes kategorier som er selve kjernekjennetegnet i kvalitative forskning. Temaet kan sies å være et uttrykk for det underliggende innholdet i selve teksten. Tema er ikke nødvendigvis alltid gjensidig eksklusive i motsetning til kategoriene (Graneheim og Lundman, 2004).

Kvale har identifisert seks trinn i analyse av data. Trinnene består i følgende: Beskrivelse, oppdagelse, tolkning, intervjuerens tolkning av det transkriberte intervjuet, gjenintervjuing av informantene og til slutt handling (Kvale, 1997). Koding og kategorisering av intervjuuttalelser er en av de vanligste formene for dataanalyse i dag. Teksten leses gjennom, og forskeren koder og kategoriserer innholdet i teksten (Kvale, 1997). Noen av disse trinnene ble fulgt, men det må understrekes at man var inspirert av disse trinnene, og ble derfor ikke fulgt slavisk.

### 3.5.2 Beskrivelse av analysen gjort i denne studien

I denne studien ble det i alt transkribert et fokusgruppeintervju som resulterte i 19 sider med empiri. Videre ble det transkribert tre individuelle intervju à til sammen 12 sider. I tillegg hadde man ett individuelt intervju på lydbånd. Lydbåndet som ikke ble transkribert ble brukt som tilleggsempiri. Det ble vektlagt å ha både kvinnelige og mannlige informanter. En viss overvekt ble det imidlertid på kvinnelige informanter. Det vil si en kvinne i flertall.

Alle intervjuene ble transkribert direkte fra båndopptaker. Først ble informantene delt opp i ulike kjønnsgrupper. Bokstaven K for kvinne og M for mann. Videre ble de gitt nummer i tilfeldig rekkefølge. Til slutt fikk hver informant en fargekode knyttet til sitt tall og bokstavkode. Et eksempel er K1=Rød. Deretter ble all teksten farget i de ulike fargekodene.

Når de ulike informantene nå var skilt fra hverandre fortsatte analyseprosessen. Man laget ulike samlebokser der all empirien ble klippet ut og limet inn under de ulike kategoriene. Kategoriene ble delt inn i samlebegrep etter tema. Temaene man brukte var de samme som i intervjuguiden. Disse temaene tok utgangspunkt i oppgavens forskningsspørsmål. Videre ble det laget enheter med mening. Disse meningsenhetene ble satt inn som underpunkter under de tre ulike kategoriene. Forskeren jobbet så med å få de ulike sitatene til å komme under rett meningsenhet. Dette var en utfordring da noen sitater kunne virke som at hørte til under mer enn en meningsenhet. Forskeren var inspirert av både Kvale (1997) sin sekstrinnsanalyse samt Graneheim og Lundmans (2004) innholdsanalyse. Imidlertid fulgte man ingen av dem på noen måte slavisk, men hentet inspirasjon ved å bruke en eklektisk tilnærming til analysearbeidet.

Meningsenhetene ble så til koder. Kodene ble sett på som ”huskelapper” for de ulike boksene. Kodene ble så til kategorier. Kategoriene representerte kjernen i empirien. Kategoriene ble til subtema. Til slutt valgte man å lage tema. De ulike temaene resulterte i overskrifter under hvert av de tre temaene i resultatdelen. Inndelingen ble slik den ble ettersom forskeren så disse overskriftene som en måte å løfte frem de punktene man anså som mest relevante med utgangspunkt i intervjuguiden (vedlegg nr. 1). Funnene gikk altså gjennom en analytisk tolkningsprosess.

På bakgrunn av Kvales tre tolkningskontekster: Selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse (Kvale, 1997), søkte forskeren å besvare studiens

problemstilling i den empiriske delen av denne oppgaven. (Kap 4.0 og 5.0) En hierarkisk figurpresentasjon av analysens siste fase presenteres innledningsvis i kapittel 4.0 Under vises eksempel på analytisk fremgangsmåte anvendt i denne studien.

	<b>Sykepleiernes opplevelse av brukervedvirkning</b>	<b>Kjønn og brukervedvirkning</b>	<b>Rammebetingelser for brukervedvirkning</b>
Selvforståelse	<i>"Det er ikke så veldig greit å la pasienten få bestemme selv, få medvirkning dersom det de bestemmer er noe de vil angre på senere..."</i>	<i>"...vi er litt mer sånn "morete"....beskyttende..."</i>	<i>"Du kommer ikke i dialog når du skal litt her og litt der. Du får ikke den gode alliansen."</i>
Kritisk forståelse basert på sunn fornuft	Informantene beskriver dilemmaet mellom autonomi og ansvarsfraskrivelse	Kjønnsstereotyper kommer frem når man spør direkte om kjønn	Informantene er opptatt av at det administrative lovpliktige arbeidet går utover relasjonsbygging med pasienten
Teoretisk forståelse	Teori om holdninger, miljøterapi, makt og sykepleieteori, menneskesyn og forskning.	Teori om kjønn knyttet til omsorg, makt, stereotyper, menn i sykepleieprofesjonen og tidligere forskning.	Teori om lovverk, brukervedvirkning, akuttpsykiatri, pleiekultur og holdninger, rom/tid og tidligere forskning.

Figur. 1 Eksempel på analytisk fremgangsmåte brukt i denne studien

### 3.5.3 Validitet, reliabilitet og studiens troverdighet.

Validitet kan oversettes fra engelsk med gyldighet. Altså å gyldiggjøre. Validiteten i denne oppgaven mener forskeren at er sikret ved å nøye beskrive metode og forskningsprosessen. Ordet reliabilitet betyr på norsk pålitelighet (Graneheim og Lundman, 2004). Det viste seg at resultatene i denne studien kunne bekreftes av tidligere uførte studier.

Hvilke studier dette dreier seg om vil bli presentert i oppgavens drøftingsdel. I tillegg pekes det på noen studier der funnene ikke samsvarte med funn i denne studien.

Neuman hevder at reliabilitet er nødvendig for å sikre validitet. Han sier videre at reliabilitet er lettere å oppnå enn validitet. Selv om reliabilitet er nødvendig for en valid måling, kan en ikke garantere at målingen er valid. I kvalitative studier påvirkes og utvikles de dypere sosiale relasjonene mellom mennesker. Det kan dreie seg om voksende og utviklende prosesser mellom mennesker. Gyldige målinger av kvalitative data har en ekthet ved seg (Neuman, 2009:125).

Ifølge Kvale handler validitet om å kontrollere, å stille spørsmål samt å teoretisere. Reliabilitet handler mer om forskningsfunnenes konsistens. Det kan for eksempel dreie seg om måten forskeren spør spørsmål på (Kvale, 1997). I denne studien ble det anvendt en metodetriangulering. Dette styrker validiteten i mine funn. Kvale hevder at triangulering dreier seg om å studere et bestemt fenomen fra ulike perspektiver (Kvale, 1997).

Kvale og Brinkman sier at enkelte forskere har valgt å se bort i fra spørsmål og validitet og reliabilitet ved å argumentere for at det er begrepet som hindrer kreativitet og frigjørende kvalitativ forskning (Kvale og Brinkman, 2009:249).

Kvale nevner ulike reaksjoner på bruk av kvalitativ forskning som f.eks. at den kvalitative forskningen er subjektiv, avspeiler kun folks sunne fornuft, er partisk, basert på ledende spørsmål, leseren finner ulike meninger, for personavhengig, bare eksplorerende samt er ikke valid da den kvalitative forskningen er basert på subjektive inntrykk (Kvale, 1997). Denne kritikken rettet mot kvalitativ forskning anser jeg som viktig å ha et bevisst forhold til. Forskeren dannet seg også noen tanker omkring makten forskeren har i intervjuforskning.

Reliabiliteten ble forsvart ved at forskeren vektla å stille åpne spørsmål. Den enkelte sto fritt til å svare eller ikke svare på spørsmål. Ettersom det oppsto spørsmål som ble avvist av informantene kan en si at denne observasjonen bekreftet at reliabiliteten var ivaretatt. Informantene ble intervjuet på et frivillig grunnlag. Intervjuguiden kunne betraktes som et verktøy for å sikre reliabilitet (Granheim og Lundman, 2004). Interaksjonen i fokusgruppen var livlig. Det var rom for å diskutere, og informantene var ikke alltid entydige. Dette støtter validiteten i mine funn. Intervjusituasjonen foregikk utenom avdelingen. Man vektla en vilje til å la informantene være utenfor avdelingene slik at samtalen ikke skulle bli forstyrret. Dette

var også for å ivareta anonymiteten. Det viste seg at forskeren hadde kjennskap til flere av informantene. Informantene var ikke strategisk utvalgt, men hadde selv meldt sin interesse for å delta i studien ved å ta direkte kontakt med forskeren.

I fokusgruppeintervjuet hadde forskeren med en forskningsassistent som skulle bidra til å holde strukturen samt dokumentere observasjoner. Disse observasjonene gikk ut på å se på dynamikken i gruppen og nonverbal kommunikasjon. Det ble blant annet observert latter og avbrytelser mellom informantene. Dette kunne tolkes som at informantene var engasjerte i temaet og kunne komme med kritiske refleksjoner også rundt egen praksis. Dette kunne også sees på som at gruppen følte en viss trygghet. Både bruk av forskningsassistent samt bruk av supplerende individuelle intervju, styrket validiteten i denne studien. Imidlertid var det en svakhet at den ferdig transkriberte teksten ikke ble sendt tilbake til informantene til gjennomlesning. Det ble ikke gjort på grunn av tidsbegrensning. Man vektla i denne studien av informantene ikke skulle stoppes i sine refleksjoner. Forskeren forsøkte også å observere intervjuobjektet. Grad av engasjement rundt de ulike tema og kroppsspråket deres. Gjennom hele intervjusituasjonen forsøkte forskeren å verifisere egne tolkninger av refleksjoner informantene gjorde seg omkring de ulike temaene. Man ser i ettertid at bruk av oppfølgingsintervju kunne ha styrket validiteten i denne studien.

#### *3.5.4 Forskerens forforståelse*

I løpet av denne forskningsprosessen har jeg både som menneske og fagperson blitt utfordret på å reflektere kritisk over egen rolle. Jeg har kjent på skuffelse over at ikke flere fagfolk i yrkesgruppen min engasjerer seg om et så viktig tema som brukervedvirkning er. Jeg har til tider også følt en viss avmakt i denne prosessen. Jeg har vært bevisst egne følelser hele tiden og reflektert mye, blant annet har jeg skrevet ned i dagbok hvordan jeg opplevde rollen som masterstudent. Jeg har inntil for noen få år tilbake selv arbeidet i akuttpost, og hadde allerede fra tiden min som sykepleier der et brennende engasjement for endringstenkning i psykisk helsevern. Jeg hadde med meg en del negative erfaringer om hva brukervedvirkning i psykiatrisk akuttpost innebærer. Imidlertid hadde jeg også en god del positive erfaringer rundt det å inkludere pasienter i egen behandling. En annen utfordring for meg var at jeg fremdeles arbeider i et av de aktuelle helseforetakene. Videre har jeg vært engasjert som praksisveileder ved institutt for sykepleierutdanning, og har i perioder veiledet studenter i praksis ved ulike akuttposter. Jeg har måttet bytte "hatter" ofte. Jeg er sykepleier,

kvinne, student, veileder og forsker på samme tid. Dette innebar også at jeg hadde tilgang til mye informasjon om hvordan ting fungerer, og ikke fungerer i praksis. Dette var nødvendigvis ikke bare en styrke. Jeg tenker at jeg nok kunne ha gått mer åpent ut dersom jeg ikke kjent systemene så godt som jeg gjorde. I intervjusituasjon tenker jeg også at det kan ha vært et hinder for deltakere som vet hvem jeg er, og at de følte at de måtte svare ”rett” for å tilfredstille meg. Gjennom hele prosessen ble jeg utfordret på å foreta en så nøytral holdning som overhode mulig. Jeg hadde i tillegg en forforståelse om at brukermedvirkning ikke var kommet så langt som man kanskje hadde ønsket.

### *3.5.5 Et kritisk tilbakeblikk og identifisering av feilkilder*

Det har vært utfordrende å ”engasjere” fagfolk til å delta i denne studien. Forskeren undret seg i ettertid over hva som kunne ha blitt gjort annerledes. Det kan være flere grunner til at det ble vanskelig å rekruttere informanter. Tidspress og stor arbeidsmengde kan muligens være noen grunner til at det ble vanskelig å få informanter til å stille opp. Forskeren hadde erfaring som veileder både i gruppesammenheng og individuelt. Samtidig følte forskeren seg litt som en novise. Det kan ha vært en svakhet ved metoden med såpass lite erfaring med å utføre forskningsintervju. Dette kan muligens også ha ”smittet” over på deltakerne i fokusgruppeintervjuet, og hatt påvirkning på empirien som kom frem. Imidlertid tror det hadde en viss avvæpnende effekt på deltakerne at forskeren var student og ute for å søke ny læring.

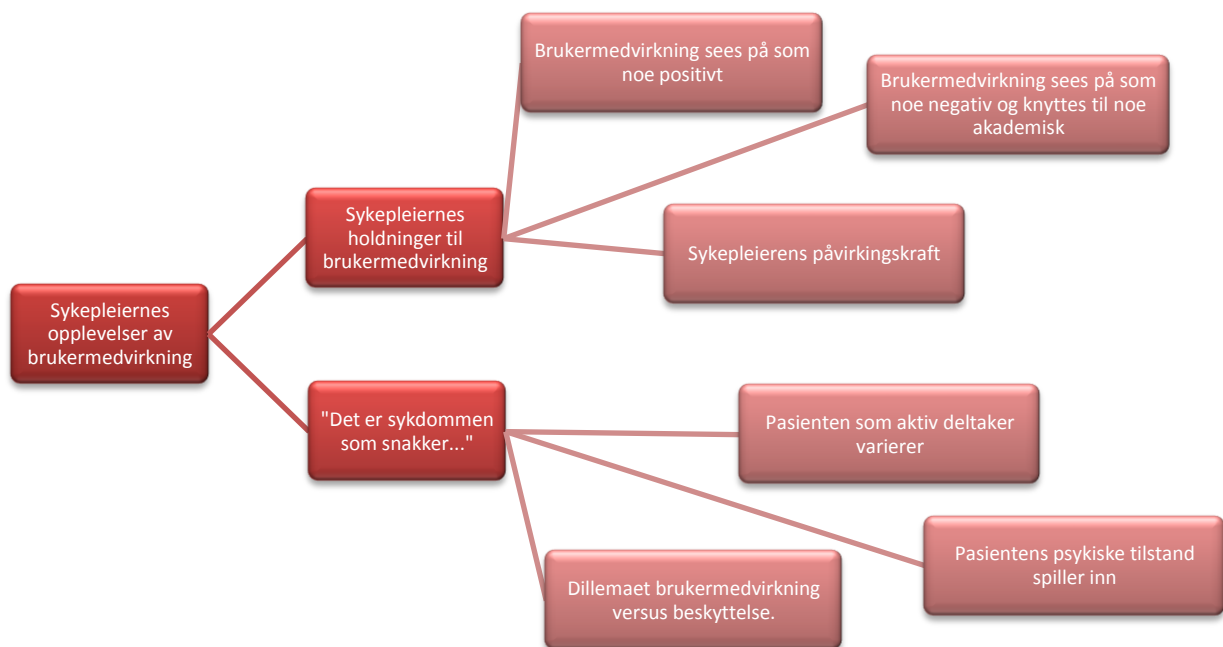
I etterkant av studien var det flere momenter forskeren undret seg over, og i etterpåklokskapens perspektiv var det flere kilder som muligens kunne identifiseres som feilkilder. Noen av de spørsmålene forskeren har undret seg over var blant annet om utvalget var representativt. Det kunne tenkes at det var de som var mest engasjert i temaet som meldte seg som informanter til min studie. Andre mulige feilkilder var intervjuets kvalitet ettersom forskeren ikke tidligere hadde utført fokusgruppeintervju. Et annet spørsmål av særlig relevans var forskerens forforståelse som nevnt i punkt over. Bruk av forskningsassistent var slik forskeren så det en styrke for prosjektet. Imidlertid ville det ha styrket studiens validitet dersom forskningsassistenten også hadde deltatt i analysearbeidet. Selv om valget falt på å bruke kvalitativ metode i denne studien, kan det tenkes at studien hadde sett annerledes ut dersom en hadde anvendt kvantitativ metode. Forskeren var i hele prosessen bevisst det som kunne betegnes som generelle svakheter ved kvalitativ metode. Eksempler på svakheter var

blant annet intervjuets kvalitet. Det kunne også tenkes at sitater kom under feil kategori? Et annet spørsmål en kunne stille seg var om informantene holdt refleksjoner tilbake av lojalitet til ledelsen. Dette var imidlertid ikke et inntrykk man satt igjen med etter å ha analysert empirien. Forskeren har i ettertid sett at man muligens har vært noe ambisiøs med tanke på å inkludere flere viktige tema til diskusjon. Forskeren mener å ha fått en dypere forståelse, men muligens gikk man glipp av en del viktige poeng ettersom man ikke fikk mulighet til å gå mer i dybden av hvert enkelt tema og funn. Forskeren burde derfor muligens ha avgrenset studien ytterligere.

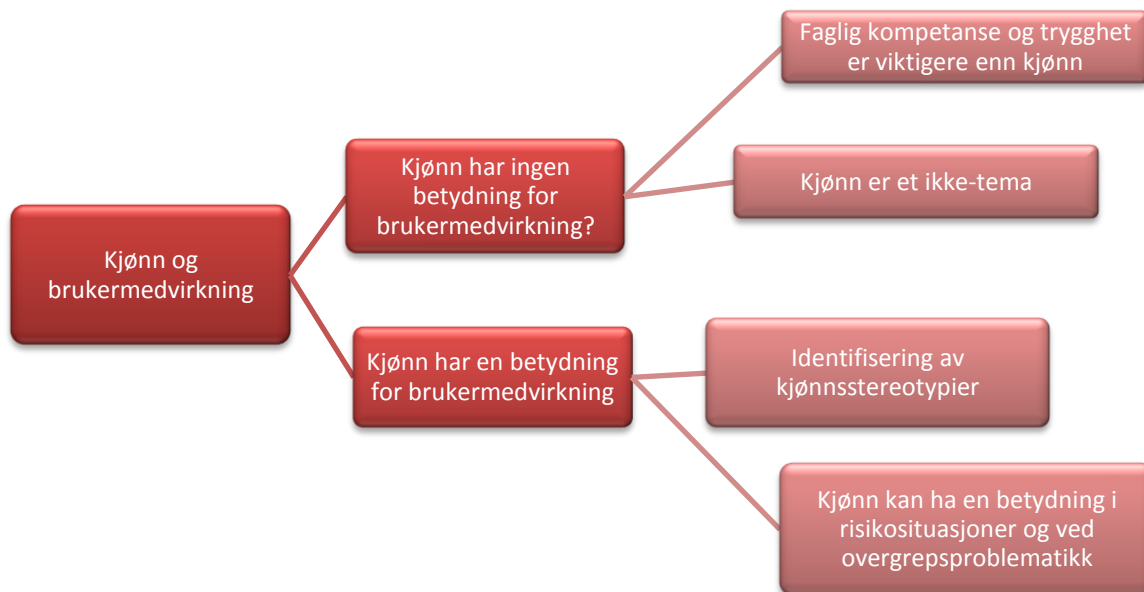


## 4.0 PRESENTASJON OG ANALYSE AV FUNN

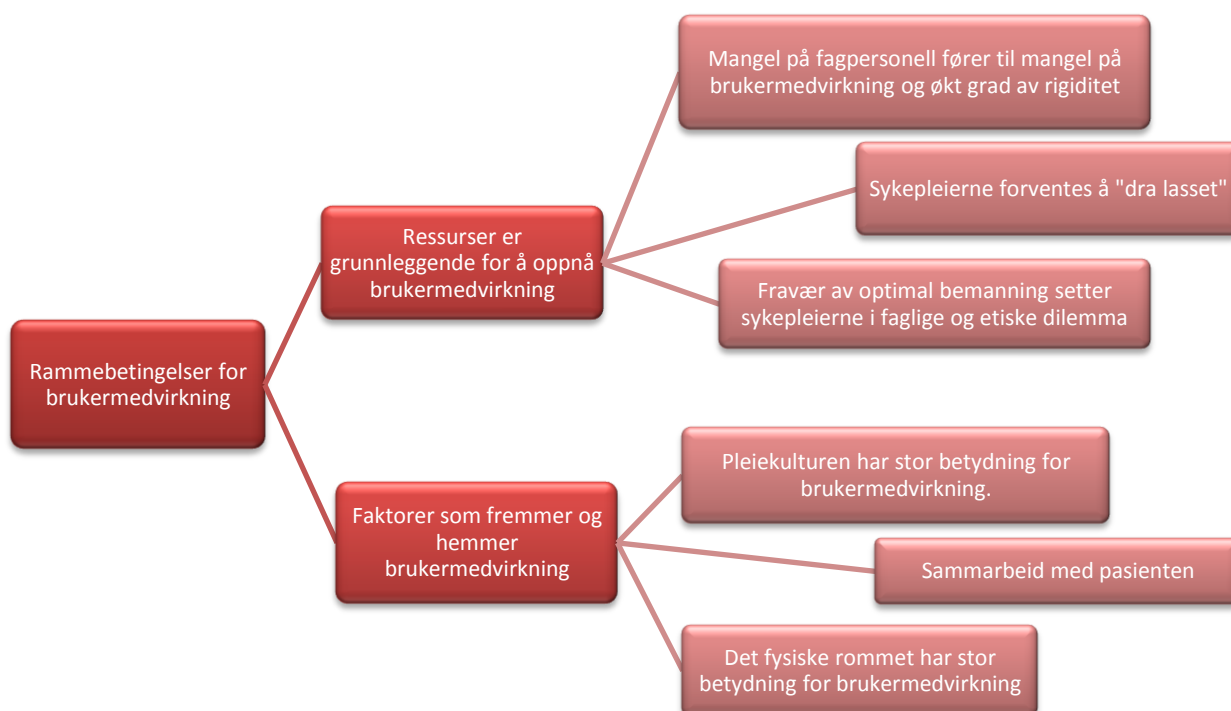
Dette kapittelet inneholder en hierarkisk figurpresentasjon som viser funnene delt inn i tema, sub- tema og kategorier. Videre følger presentasjon av sitater med påfølgende tolkning. Dette kapittelet søker å besvare oppgavens problemstilling på bakgrunn av Kvaales to første tolkningskontekster: selvforståelse og kritisk forståelse basert på sunn fornuft (Kvale, 1997). Under vises en hierarkisk figurpresentasjon som ble konstruert i analysens siste fase.



Figur 1. Tema I: Sykepleiernes opplevelse av brukervedvirkning



Figur 2. Tema II: Kjønn og brukermedvirkning



Figur 3. Tema III: Rammebetingelser for brukermedvirkning.

## **4.1 Sykepleiernes opplevelse av brukermedvirkning**

### *4.1.1 Sykepleiernes holdninger til brukermedvirkning*

Det første temaet omhandlet hvordan sykepleierne opplevde brukermedvirkning. Et av subtemaene her var sykepleiernes holdninger til brukermedvirkning. Nedenfor presenteres kategoriene med utdrag av informantenes utsagn samt forskerens analyse. Inndelingen ble den samme under alle subtemaene.

#### **Brukermedvirkning sees på som noe positivt.**

Overvekten av informantene knyttet brukermedvirkning til noe positivt. En informant sa det slik: ”...*det er positivt når de kan komme med sine innspill om hva som kan fungere best for de og hva de eventuelt har prøvd tidligere som har fungert...*” Dette kunne tolkes som at sykepleierne hadde et ønske om å inkludere pasienten i behandlingen, og at man ønsket å lytte til pasientens erfaringskunnskap. En annen informant sa følgende om viktigheten av brukermedvirkning: ”*Det som er bra er at man ofte kan få til et bedre samarbeid, ofte nå målet raskere...*” Det kunne virke som at sykepleierne så på pasientens deltakelse som viktig for behandlingen.

#### **Brukermedvirkning sees på som noe negativt og noe akademisk.**

En informant sa følgende: ”*Jeg oppfatter nok at det er et negativt ladet ord for veldig mange sykepleiere. Jeg vet ikke helt hvorfor...*” Mye tydet på at ordet brukermedvirkning var kjent for sykepleierne. Imidlertid var det en del som tydet på at selve forståelse av begrepet var uklart og tvetydig. Det kunne virke som om det var på grunn av dette at begrepet var negativt ladet for en del sykepleiere.

Flere knyttet også begrepet brukermedvirkning til et akademisk begrep. Det ble sagt at begrepet brukermedvirkning hadde størst fokus i utdanningsinstitusjoner og forskning. Noe som ble nevnt av mer enn en informant. En av informantene sa det slik: ”*Jeg tenker at i grunnutdanningen var det så fint dette med brukermedvirkning, og at de skulle være med å skrive pleieplan, men det er vel noe som aldri skjer. I hvert fall ikke i psykiatrien..., Det er veldig sånn sykepleierskole...*” Det kunne virke som om holdningene til sykepleierne hva gjaldt begrepet brukermedvirkning, ble satt i sammenheng med skillet mellom teori og praksis, noe flere informanter var opptatt av.

## **Sykepleierens påvirkningskraft**

Sykepleierens påvirkningskraft hadde betydning for brukermedvirkning. En informant presiserte betydningen av sykepleierens påvirkningskraft. *”Jeg tror det blir veldig personavhengig uheldigvis, dette med brukermedvirkning. I praksis er det vel sykepleierne som legger hele opplegget og behandlere som kommer med innspill hvis de er helt uenige. Så vi (sykepleierne) bestemmer veldig mye...”* Også en annen av informantene var opptatt av at brukermedvirkning var veldig personavhengig. Det kom også frem at pasientene på en måte var prisgitt den sykepleieren som hadde primæransvar, og denne sykepleierens engasjement og holdninger til brukermedvirkning. *”Det blir veldig personavhengig for du må ha en sykepleier som gidder og som har.. du må både ha evnen og du må ha energien. Du må tro på det selv!”* Mye tydet på at det var store utfordringer knyttet til det å skille sykepleierens ønsker kontra pasientens ønske i praksis. Det dreide seg muligens om sykepleiernes egne holdninger? Noen informanter beskrev at de hadde vært vitner til eksempler der sykepleierens påvirkningskraft kunne sammenlignes med manipulering.

En av informantene uttalte seg om sykepleiernes holdninger til brukermedvirkning på følgende måte: *”Handler jo litt om å nå målet. Både for oss og for pasienten. Og det er vel kanskje det som ødelegger litt for brukermedvirkning. Vi tror vi vet best.”* En annen informant kom med følgende utsagn: *” Det (brukermedvirkning)møtes tror jeg, med at vi tror at vi vet bedre...”* Flere av informantene kunne forstås som at brukerne ofte ble møtt med en ekspertholdning. Dette innebar at fagfolkene kunne ha en tendens til å la egen fagkompetanse overskygge pasientens.

### *4.1.2 ”Det er sykdommen som snakker”*

Det andre subtemaet var ”det er sykdommen som snakker”.

## **Pasienten som aktiv deltaker varierer**

En informant sa: *”Vi prøver nok av og til, men jeg må innrømme at jeg er nok dårlig på å få frem forskjellen på mine ønsker og pasientens ønsker i pleieplanen.”* En annen informant sa følgende: *”...jeg tror aldri jeg har opplevd å ta med en pasient for å skrive den pleieplanen...”* En tredje informant påpekte viktigheten av informasjon og at pasienten måtte

få tilstrekkelig og tilpasset informasjon for å kunne få til brukermedvirkning,. Informanten sa det slik: ”*Det jo vanskelig å medvirke hvis en ikke vet hva en skal medvirke til.*”

Når det gjaldt pasienten som aktiv deltaker i utarbeidelse av for eksempel individuell plan eller pleieplan var noen informanter tydelige på at det hadde de aldri vært med på. Flere påpekte imidlertid at pasientene var indirekte deltakere. Det virket som om det var primært sykepleieren som dokumenterte pasientens ønsker. Det var også en del som tydet på at disse notatene ofte forsvant i mengden av dokumenter. Også grad av informasjon kunne virke at var tilfeldig.

### **Pasientens psykiske tilstand spiller inn.**

En informant var opptatt av at sykepleierne i noen tilfeller kunne innta en paternalistisk tilnærming til pasientene. Informanten sa:”*Vi må være obs på at vi må slippe pasienten til.*” En annen av informantene var særlig opptatt av ansvaret man hadde for pasienter man måtte beskytte pasienten fra seg selv. Det gjaldt spesielt ved psykose og mani. ”*Når det er kaos, da er det vanskelig. Da må en på en måte beskytte og ta vare på...*” En tredje informant sa: ”*Det er ikke vanskelig å få en person som er innestengt på et rom til å si hva de vil.*” En del tydet på at når pasienten var skjermet var grad av brukermedvirkning mindre. Det virket allikevel som om en ønsket å lytte til pasientens ønsker, men igjen kunne grad av brukermedvirkning virke både personavhengig og tilfeldig.

### **Dilemmaet brukermedvirkning versus beskyttelse**

En betydelig overvekt av informantene knyttet sykdomsinnsikt hos pasienten til grad av brukermedvirkning. Det vil si hvor mye pasienten kan forventes å være aktiv i egen behandling. En informant beskrev det slik: ”*Man opplever jo gang på gang at de mener noe helt annet når de er friske. Jeg har opplevd stort sett at de er for syke på akuttpost til å kunne være med. Det er ikke så veldig greit å la pasienten få bestemme selv, få medvirkning dersom det de bestemmer er noe de vil angre på senere.*” En annen informant beskrev at når pasientene er slitne er der vårt ansvar å ta vare på pasientene. ”*Det er ofte i den akutte fasen at de er slitne og nedkjørte...*” ”*De ønsker på en måte ”please ta hånd om meg.*”

Informantene var altså opptatt av at pasientene ofte hadde andre ønsker for behandlingen når de var innlagt, enn til vanlig. Dilemmaet mellom å gi pasienten

brukermedvirkning og å beskytte pasienten var et daglig dilemma sykepleiene sto overfor. Mye tydet på at det forelå en bevissthet rundt at dersom man ga pasienten for mye brukermedvirkning, kunne det sees på som ansvarsfraskrivelse. Det virket som om beskyttelsen av pasienten ble iverksatt for at ikke pasienten skulle gjøre ting som han eller hun senere ville angre på. Dette kan også sees på som at man var opptatt av pasientens verdighet og integritet.

## **4.2 Kjønn og brukermedvirkning**

### *4.2.1 Kjønn har ingen betydning for brukermedvirkning?*

Det andre temaet var kjønn og brukermedvirkning. Det første subtemaet her ble identifisert med følgende påstand: Kjønn har ingen betydning for brukermedvirkning? Man valgte her å identifisere mannlige og kvinnelige informanter. Dette ble gjort for å undersøke eventuelle likheter/ulikheter.

### **Faglig kompetanse og trygghet er viktigere enn kjønn.**

En mannlig informant sa følgende: ” *Jeg har erfaring med at der kvinner tør å gå inn i situasjoner der menn er sinte og potensielt utagerende, så roer det mer enn dersom menn går inn. Dersom du er trygg og rolig.* ” En annen mannlig informant beskrev det slik: ” *Jeg tror jo det handler litt om størrelse og ikke bare kjønn. Og kanskje personlighet og...* ” ” *Kommer det en stor bodybuilder dunkende inn som ikke har noen slags forståelse for psykiatrien sant. Så kommer de dunk, dunk, dunk, så får du en helt annen reaksjon enn når jeg kommer inn da som ikke er noe spesielt stor og som smiler til dem istedenfor å si ”sett deg ned i stolen!”* ”

Generelt virket det som om informantene var opptatt av at trygghet var viktig. Tryggheten kunne beskrives som en rolig måte å møte pasienter på spesielt i møte med utagerende og potensielt farlige pasienter. Det kom også frem at det ofte var ufaglærte både menn og kvinner som arbeidet i akuttposter. Ofte var det ufaglærte på skjermingsavsnittet. Det ble påpekt at spesielt mennene heller ikke trengte nødvendigvis å ha noen som helst helse- eller sosialfaglig bakgrunn. En måte å se på dette på er at disse mennene er i akuttposten i kraft av å være menn, og ikke en fagperson.

## **Kjønn er et ikke-tema**

En kvinnelig informant sa at: *”Akkurat det med brukermedvirkning tror jeg ikke er kjønnsrelatert...”* En annen av de kvinnelige informantene sa følgende da hun ble spurt om kjønn hadde noen betydning for brukermedvirkning: *”Vet du hva det vet jeg ikke altså, det har jeg aldri tenkt på at er noe forskjell på egentlig...”* *”Nei, altså det har jeg ingen erfaring på. Det har jeg ikke gjort meg opp noen tanker om.”* Samtlige av informantene innledet med å si at de ikke trodde kjønn hadde noe betydning for brukermedvirkning. En måte å tolke dette på er at kjønn ikke blir reflektert omkring i sykepleiernes hverdag. En klar avvisning fra samtlige informanter innledningsvis om at kjønn ikke hadde betydning, kunne tolkes som at bevisstheten rundt kjønnets betydning ikke var tilstede i den grad en kunne ønske.

### *4.2.2 Kjønn har en betydning for brukermedvirkning*

Det andre subtema var at kjønn har en betydning for brukermedvirkning.

## **Identifisering av kjønnsstereotyper**

En mannlig informant kom med følgende utsagn når det gjaldt kjønn i risikosituasjoner: *”...noen er jo både veldig bestemoraktige og veldig bestemte...de kan gjøre jobben sin godt, samtidig som de ikke er truende i det hele tatt.”* En av de kvinnelige informantene var opptatt av å komme med eksempler på ulik tilnærming. Hun forklarte forskjeller mellom mannlige og kvinnelige sykepleiere på følgende måte: *”Vi (kvinner) må være obs på at vi må slippe pasienten til, mens mannen gjerne er litt mer sånn ”kom igjen!” og stiller litt krav. I noen situasjoner er det godt å ha den morete typen, mens i andre situasjoner vil det være godt å ha mannen som på en måte sier ”kom igjen... vi er litt mer sånn ”morete” ....beskyttende.”*

Det virket som om noen av de kvinnelige informantene hadde en tanke om at muligens menn kunne ha en forventning om at pasientene skal være aktive. Flere av informantene var opptatt av at store menn kunne virke triggende på pasienten og føre til en utagering.

## **Kjønn har en betydning i risikosituasjoner og ved overgrepssproblematikk**

En kvinnelig informant sa: *”...for jeg tenker sånn kjønnsmessig så er det kanskje folk som kommer inn etter type traumer da særlig seksuelt overgrep som ikke ønsker å ha menn.”*

En annen kvinnelig informant sa: *”Det er kanskje bedre å få en kvinne til å sitte å strikke, og på en måte er den (beste)morsfiguren. Settingen her gjør ofte at ting blir så fredelig på en måte. At menn da, kanskje, litt store menn kan være veldig triggende og gjøre at situasjoner akselerer, men noen ganger fungerer det og noen ganger fungerer det ikke.”*

Flere av informantene nevnte at de tok hensyn til pasientens ønske om å forholde seg til et bestemt kjønn. Dette gjaldt kvinnelige pasienter som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep. Mannlige pasienters (som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep) preferanse når det gjaldt å forholde seg til et bestemt kjønn, var et ikke- tema. Når det gjaldt kjønns betydning i risikosituasjoner tydet mye på at informanter relaterte bruk av menn, og da bruk av spesielt ufaglærte menn som en nødvendig fysisk støtte i farlige situasjoner. Imidlertid virket det som at kvinner kunne ha en dempende og ikke- truende effekt i risikosituasjoner. Det virket som at det eksisterte en viss ambivalens. Mulig dette hadde noe med ulike erfaringer på hva som fungerte? Uansett tydet mye på at når situasjonen allerede hadde eskalert i fysisk utagering, var man utelukkende avhengig av mannens fysiske styrke.

### **4.3 Rammebetingelser for brukermedvirkning**

#### *4.3.1 Ressurser er grunnleggende for å oppnå brukermedvirkning*

Det tredje temaet var rammebetingelser for brukermedvirkning. Det første subtemaet man identifiserte her var at ressurser er grunnleggende for å oppnå brukermedvirkning. Dette ble eget subtema på tross av at det er en faktor kunne gått under neste subtema. Ressurser betydning for brukermedvirkning var imidlertid noe informantene fremhevet i den grad, at forskeren så seg nødt til å velge å fremheve dette punktet.

#### **Mangel på fagpersonell fører til fravær av brukermedvirkning og økt grad av rigiditet**

Samtalene ble spesielt livlig når det gjaldt blant annet ansvarsoppgaver og tidspress. En informant sa at: *”Det blir litt sånn Maslow- stil. Du begynner med det grunnleggende så går du oppover. Brukermedvirkning ligger jo i litt sånn selvrealiseringsområdet.”* En annen informant kommenterte sitt møte med en annen akuttpost preget av mangel på fagpersonell på denne måten: *”Det fantes jo ikke brukermedvirkning.”* En tredje informant sa det slik: *”Det har med erfaring samt selvsagt om det er fagpersonell eller ikke... ”bevisstheten rundt*



*brukermedvirkning, den er ikke tilstede i samme grad som hos fagpersonell...*” En tredje informant sa:”*Hvis en (på grunnlag av faglighet og erfaring) har god oversikt så kan en kanskje forstå det at akkurat nå så kan jeg faktisk gå vekk fra en vanlig regel her fordi det er viktig for pasienten, og det fører ikke til noen negative konsekvenser, og da har du i mye større grad mulighet til å gi individuell behandling.*” De med faglig bakgrunn hadde altså bedre forutsetninger for å gi individuell behandling. Noe som igjen går på betydningen kompetanse har for brukermedvirkning. Det virket som om flere av informantene problematiserte fraværet av brukermedvirkning når avdelingens bemanningssituasjon ikke var optimal. Mye tydet på at behandlingstilbudet ofte bar preg av rigiditet i form av regler og bestemmelser dersom det var mange ufaglærte på en post.

En av informantene påpekte at dersom pasienten ikke forholdt seg til reglene fikk det konsekvenser. Dette dreide seg i hovedsak om individuelle avtaler, men også generelle regler som gjaldt i posten. En annen informant sa: ” *Jeg tenker og det at du skal aldri si nei uten at du har en grunn, altså at du kan forklare for pasienten hvorfor. At det ikke blir et sånt maktspill.*” Det kunne virke som om rigiditet ble satt i sammenheng med maktutøvelse. Jo mer regler, desto større var faren for at makten ble misbrukt.

### **Sykepleieren forventes å ”dra lasset”**

En informant utdypet med å beskrive arbeidspresset i perioder slik:”...*vi må kjempe. Fordi det som skjer er at (en får beskjed fra ledelse om at) ”det går det! Og det må vi være på vakt for. ”Drar du den så drar du den” på en måte.* En annen informant sa: *Det er veldig frustrerende hvis en tror at en vet bedre og kan få det til bedre, så ser en at det blir gjort på andre måter pga ressursmangel...*” Flere av informantene kunne forstås som at brukermedvirkning innebar både styrker og utfordringer i en akuttpost. Flere av funnene i denne studien tydet på at det eksisterte en forventning fra ledelsen om at sykepleierne skulle strekke seg utover det som noen ganger kunne regnes som forsvarlig.

### **Fravær av optimal bemanning setter sykepleierne i store faglige og etiske dilemma**

En av informantene problematiserte at tiden ofte ikke strakk til. Informanten sa: ”*Du kommer ikke i dialog når du skal litt her og litt der. Du får ikke den gode alliansen.*” Mye tydet på at både ressursmangel og sykepleierens mengde av administrative oppgaver gikk

utover tid sammen med pasientene. En måte å tolke dette på var at sykepleierne ikke fikk mulighet til å se og lytte til pasientens ønsker og behov. Noe som igjen kunne sette sykepleierne i både faglige og etiske dilemma. En annen informant beskrev hverdagen i akuttposten slik: *”Vaktskiftet kommer fort før en kommer til det som vi kaller for brukermedvirkning,. Før en får i det hele tatt hørt på hva pasienten sier. Du må bare gjennomføre det som er nødvendig. Slag i slag frem til du får kontroll på ting.”* Noen informanter sa at de ofte følte det som svært frustrerende å ikke kunne få tid til å engasjere pasientene pga tidspress og mangel på ressurser. En måte å betrakte dette funnet på er at sykepleiernes idealer måtte vike i travle dager på akuttposten.

#### *4.3.2 Faktorer som fremmer og hemmer brukermedvirkning*

Det andre subtema man identifiserte var ulike faktorer som fremmer og hemmer brukermedvirkning.

#### **Pleiekulturen har stor betydning for brukermedvirkning**

En informant sa det slik: *”Det er flere ganger en har fått beskjed (fra ledelsen) om at nå skal vi ikke gjøre det kjekt for pasienten å være innlagt. Vi skal gjøre det kjedelig.”* Også en annen informant nevnte noe av det samme: *”Det kan bli for kjekt å være i avdelingen, eller bli en kjekk plass å komme tilbake igjen til... for det skal ikke være kjekt å være her. Vi skal ikke ta med folk på tur for det kan bli for kjekt...”* En kan undre seg over hva dette dreide seg om? Var det mangel på brukermedvirkning, eller handlet det om å ville det beste for pasienten? En måte å tolke utsagnene på var at akuttpostene i perioder er under stort press. I perioder fikk man muligens beskjed fra ledelsen om å ikke gjøre det for kjekt å være innlagt for å unngå at pasientene ble institusjonaliserte? Eller var det for å frigjøre plasser? Eller dreide det seg om at akuttposter kan i perioder ha flere innlagte pasienter enn de har sengeplasser til? En annen informant var opptatt av de ulike reglene for hver avdeling: *”... så er det jo husregler...”* At det var ulik kultur og ulikt reglement for hver avdeling ble bekreftet av flere informanter. En måte å tolke dette på er at det eksisterer ulik praksis innenfor en og samme institusjon.

## **Samarbeid med pasienten**

Informantene var opptatt av at å møtekomme noen ønsker, altså at å ”møtes på halvveien” alltid var en mulighet på en eller annen måte. En informant var opptatt av bevisstheten rundt hvordan brukerne faktisk ble møtt i en travel hverdag der bemanningssituasjonen ikke var optimal. Det ble beskrevet slik: *”Det skjer ikke noe katastrofalt, men du gir ikke nødvendigvis en spesielt god behandling hvis du tror du kan gå rundt på en psykiatrisk akuttpost og behandle alle likt ut fra symptom. Det er ingen som dør av det, og man bryter sannsynligvis ingen menneskerettigheter forhåpentligvis, men det er ikke sikkert at de får den behandlingen de bør ha. Det blir ikke individuell behandling. Det blir som en sånn A4 ting.”* Individuell behandling fremmet brukermedvirkning, mens regler og rigiditet hemmet brukermedvirkning. Dette var det en generell enighet om. Det kunne altså virke som at måten brukeren ble møtt på avgjorde grad av brukermedvirkning.

## **Det fysiske rommet har stor betydning for brukermedvirkning**

Det fysiske rommets betydning for brukermedvirkning ble nevnt av flere informanter. En av informantene sa det slik: *”Du går litt mer vekk fra sykehusområdet så får du en helt annen dialog. Det blir liksom ikke det kliniske, det blir mer naturlig og da kan det og dukke opp mer som du kanskje ikke hadde fått frem inne på sykehuset.”* En annen informant sa man forsøkte å ta med pasienter ut i hagen når situasjonen tillot det. Det ble beskrevet på følgende måte: *”Til og med så enkelt å gå ut i et bur, er jo bedre enn å sitte inne. Hvis en da kan gå en tur eller gå rundt huset så har en mye mer muligheter (til å komme i dialog med pasienten)”* En tredje informant var opptatt av uroen på en akuttpost: *”Det er en viss utrygghet på en sånn avdeling.”* Mye kunne tyde på at asymmetrien i relasjonen mellom pleier og pasient ble utjevnet når en kom ut fra avdelingen. På denne måten kunne de to møte hverandre som mennesker. Noe som muligens igjen fremmet brukermedvirkning.

## 5.0 DISKUSJONSDEL

### 5.1 Drøfting av funn

I dette kapittelet var hensikten at det teoretiske rammeverket skulle belyse samt vise validitet på bakgrunn av Kvaales 3. nivå: Teoretisk forståelse. Funnene kunne altså deles inn i tre ulike tema: Sykepleiernes opplevelse av brukermedvirkning, kjønn og brukermedvirkning og rammebetingelser for brukermedvirkning. Inndelingen i diskusjonsdelen ble den samme som i forrige kapittel, bortsett fra at man her valgte å ikke dele temaene videre opp i subtema som overskrifter.

#### *5.1.1 Sykepleiernes opplevelse av brukermedvirkning*

Det kunne virke som om sykepleiernes opplevelse av brukermedvirkning hovedsakelig dreide seg om å imøtekomme pasientenes behov og ønsker for behandlingen. Med andre ord å innta en undrende og spørrende holdning til pasientens ønsker. Flere av informantene fremholdt betydningen av å kunne bygge og opprettholde gode relasjoner med pasienten for å fremme brukermedvirkning. Dette dreide seg om at dersom man ikke kunne imøtekomme pasientens ønsker, var det viktig å gi en tilstrekkelig begrunnelse for hvorfor. Ett klart flertall av informantene var helt tydelige på at brukermedvirkning var ett viktig tema. Forskerne Ruud og Hjort har påpekt at brukermedvirkning har blitt et mer kjent begrep i de senere år (Ruud og Hjort, 2006). Funn i denne studien støttet denne uttalelsen. Noe som igjen viser validitet. Studien viste at selve begrepet brukermedvirkning var godt kjent for sykepleiere i akuttposter, men samtidig varierte helsepersonellens forståelse for samt interesse for begrepet, noe også Ruud og Hjort fant (2006). På tross av et økt fokus på brukermedvirkning, virket det allikevel som om det var vanskelig for sykepleierne å redegjøre for hva brukermedvirkning innebar i praksis. Dette kunne tyde på at det gjensto en god del med tanke på å bevisstgjøre sykepleierne som gruppe i dette emnet. Funn i denne studien tydet på at sykepleierne opplevde det som positivt å inkludere brukeren, men at det i praksis ikke var så lett å få til brukermedvirkning. Dette kommer forskeren tilbake til.

Brukermedvirkning kunne altså sees på som noe positivt. Imidlertid fikk forskeren et inntrykk av at det forelå en viss ambivalens til begrepet ettersom funnene pekte i begge retninger. Det kom spesielt frem når en spurte inngående om hva brukermedvirkning innebar i praksis. Det kom blant annet frem flere funn som tydet på at begrepet brukermedvirkning kunne bli assosiert med noe negativt og akademisk. Dette ble sagt av flere av informantene

etter å ha først uttalt at begrepet var godt kjent. Det kom videre frem at selve begrepet ble knyttet til noe som først og fremst hadde fokus i en utdanningsinstitusjon. Altså noe som ikke angikk den praktiske hverdagen? Ett annet interessant funn var at en del sykepleiere hadde en forestilling om at brukervedvirkning handlet om at brukeren skal få gjøre som de ville, og det ble tolket som om at det eksisterte en form for misforstått brukervedvirkning. Noen av utsagnene fra informantene kunne tyde på at sykepleiere som gruppe ikke helt har oppfattet at brukervedvirkning dreier seg om pasientens hverdag både i og utenfor institusjon. Funnene mine peker i retning av at brukervedvirkning ikke er noe man tilstreber nok i praksis. Det vil derfor være viktig i fremtidig forskning å utforske videre de utfordringer man står overfor.

Mye tydet på at det forelå en tendens til tvetydighet blant noen av informantene, og at informantene var opptatt av sykepleierens påvirkning, og betydningen det hadde for grad av brukervedvirkning. Det kom frem at "...sykepleieren må gidde (å ha fokus på brukervedvirkning) "...og tro på det (viktigheten av brukervedvirkning) selv". Dette kunne forstås som at brukervedvirkning for noen sykepleiere var et ork. Hovedinntrykket var at det var lite fokus på normalisering og på brukerens ressurser generelt hos en del sykepleiere. Noe som sto i kontrast til Rodwells teori om at sykepleieren bør bruke normaliseringsprinsipper for å maksimere pasientens uavhengighet og minimalisere pasientens avhengighet (Rodwell 1996). Flere funn i denne studien kunne tolkes som at graden av fokus på brukervedvirkning virket personavhengig og varierte. Det vil si etter sykepleierens egen interesse og engasjement. Det handlet muligens også om sykepleierens egne holdninger til brukeren?

Sahlsten et al flere fant at det er sykepleiere som er engasjerte og følte seg forpliktet til deltakelse som fikk pasientdeltakelsen til å skje (Sahlsten et al, 2008). Sahlstens funn støtter altså opp mot funn i denne studien da mye virker som om brukervedvirkningen på sett og vis kan betraktes som ett sjansespill, der brukeren var avhengig av hvem hun/han møtte på av helsepersonell.

Ruud og Hjort har hevdet at det er store forskjeller blant fagfolk når det gjelder interesse, tolkning og implementering av brukervedvirkning (Ruud og Hjort, 2005). Da må en nok spørre seg om denne forskjellen gikk på pasientene bekostning? En annen måte å se dette på var at det måtte være slik dersom sykepleieren skal være i stand til å gjøre individuelle vurderinger av pasientene. Brukeren kan da muligens også bli sett på som et individ, og ikke som en gruppe.

Mine funn pekte i retning av at det i stor grad var sykepleieren som la løpet for pasienten. Pasienten fikk komme med innspill, men det var allikevel sykepleieren som bestemte mye for pasienten. Det var også ofte sykepleieren som skrev planene for pasientene. Norheim og Vinsnes fant blant annet at helsepersonell opplever å gi fra seg kontroll der praksisen er basert på pasientmedvirkning i en studie de gjorde om pasientmedvirkning i demensomsorgen (Norheim og Vinsnes, 2008:14). Mye tydet på at det var store individuelle forskjeller på hvorvidt sykepleierne gav makt og kontroll til brukeren selv. Imidlertid så det ut som at når det gjaldt brukerens deltakelse i utarbeidelse av planer (som for eksempel behandlingsplaner og individuell plan) var dette stort sett noe sykepleierne utarbeidet. Det viste seg at sykepleieren selv måtte være personlig og faglig engasjert, samt interessert i pasientens ønsker for behandlingen dersom brukermedvirkning skulle skje. Det ble hovedsakelig omtalt om individuell plan og behandlingsplan under ett. Noen av informantene var imidlertid inne på at bruk av individuell plan var en lovfestet rett, men det hadde gjennomgående lite fokus i intervjuene. Det forelå heller ingen klare skiller mellom hvilke forskjeller de ulike planene som nevnt i teksten over hadde. Ruud og Hjort (2006) har hevdet å ha et inntrykk av at pasienter og pårørende fremdeles har for lite kunnskaper om hva Individuell plan er og hva den innebærer i praksis. Det at pasientene manglet kunnskaper om hva Individuell plan fant man også i dette studiet, noe som igjen gir validitet. Når det gjaldt pårørendes manglende kunnskaper om individuell plan derimot, var ikke det noe som kom frem i intervjuene.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr 63, 1997- 98) har bidratt til at brukerne i større grad blir hørt, men mye tyder allikevel på at brukerne i mindre grad enn det som er ønskelig er aktive i egen behandling. Sverdrup viser i sin artikkel til at det gjenstår stadig utfordringer ved selve implementeringen av brukermedvirkning i psykisk helsevern (Sverdrup, 2009). Humerfelt har hevdet at når det kommer til brukermedvirkning skal brukerne være aktive i relasjonen når det gjelder å medvirke i egne liv. Brukermedvirkning handler altså i følge Humerfelt om hvordan brukeren får medvirke i sin relasjon til helse- og sosialarbeiderne. Ut fra denne studiens funn kunne det virke som at man trenger mer kunnskap om selve relasjonen mellom nettopp brukeren og for eksempel sykepleiere.

Som allerede nevnt var mye opp til sykepleieren om de var villige til å la brukeren medvirke, og i hvilken grad. Ordet makt i relasjonen mellom sykepleier og pasient ble knapt nevnt. Studien min viste imidlertid at sykepleierne var opptatt av asymmetriske forhold

mellom seg selv og brukeren. Dette ble forsterket ved at informantene erkjente ekspertrollen de befant seg i, men det var allikevel ikke særlig fokus på maktbegrepet. Muligens ble dette underkommunisert? Gibson har hevdet at helsepersonell må ha en selvforståelse når det gjelder det å være i en maktposisjon, hvis ikke vil det være vanskelig for brukerne å oppnå makt (Gibson, 1991). Stang har også hevdet at sykepleierne først og fremst måtte erkjenne sin makt, og være villige til å gi mer kontroll til brukeren. De bør altså styrke brukerens posisjon i maktforholdet isteden for sin egen (Stang, 1998). Makt kan for mange være et negativt ladet begrep. Tveiten har imidlertid sagt at makt kan forstås som noe positivt, men dette innebærer at makt er positivt når brukeren gis makt (Tveiten, 2007). Det var gjennomgående lite fokus på makt som noe positivt. Brukeren skal, ifølge Opptappingsplanen og andre offentlige dokumenter som individuell plan, tas hensyn til (Sverdrup et al, 2005). Spørsmålet som reiser seg da er om det virkelig tas hensyn til brukeren i praksis?

I akuttposter kunne det være dårlig tid, og mye tydet på at da måtte sykepleierne ”skynde på”. Dette vil bli nærmere beskrevet i punkt om rammebetingelser for brukermedvirkning. Flere funn i denne studien indikerte at sykepleierne opplevde brukerne som mindre aktive enn ønskelig.

Mye tydet på at pasientens psykiske tilstand spilte inn. Når pasienten var dårlig ble grad av brukermedvirkning redusert. Vatne kunne forstås som at jo mindre ressurser en bruker hadde, desto mindre medvirkning (Vatne, 1998). Det viste seg at sykepleierne i perioder måtte beskytte pasienten fra seg selv eller andre. Norvoll hevdet at akuttpostenes oppgave fokuserte på å ivareta de pasientene med størst uro (Norvoll, 2007). Pasientene på akuttpostene var altså ofte i en så dårlig fase at de ble betraktet som fare for seg selv og andre (jamfør lov om psykisk helsevern, 1999).

Aadnanes (2007) er en som har problematisert brukermedvirkning. Kanskje er det som han sier, nemlig at det er noe grunnleggende paradoksalt i at den som er hjelpetrengende forventes å være uavhengig? Er det realistisk å forvente at et menneske i akutfase av psykisk sykdom skal foreta egne valg? De er kanskje i en psykotisk tilstand som gjør at en foretar andre valg enn han eller hun normalt ville foretatt. Hvem skal bestemme, og hvor går eventuelt grensen for grad av brukermedvirkning? Et annet viktig spørsmål en må stille seg er om ikke dette da vil være en form for ansvarsfraskrivelse fra helsepersonellens side? Dilemmaene er mange. Ørstavik er en annen som retter et kritisk blikk mot

brukermedvirkning. Hun hevdet at det er et tvetydig begrep (Ørstavik, 2002). Mye tydet på at funn i denne studien bekreftet Ørstavik sine uttalelser. Det virket altså som om det eksisterte uklarheter med selve betydningen av brukermedvirkning. Det er ikke nødvendigvis slik at dersom brukeren ikke var aktiv deltakende i egen behandling så skulle det bli betraktet som negativt? Å velge å ikke være aktiv kan vel også betraktes som brukermedvirkning?

Det var også mye som tydet på at etiske dilemma var noe sykepleierne sto i daglig i akuttpostene. Det dreide seg om å avveie hensyn mellom krav om faglig forsvarlighet eller brukermedvirkning, som begge er lovfestet (Helsepersonelloven, 1999; Pasientrettighetsloven, 1999). Mye tydet i denne studien på at utfordringene sto i kø.

Barbosa Da Silva problematiserer betydningen av et etisk dilemma. Han sier det dreier seg om etiske prinsipper som kommer i konflikt med hverandre. Uansett hva man velger blir det feil (Barbosa Da Silva, 2006). Norheim nevner ulike områder som kan føre til etiske dilemma. Det ene området handler om asymmetriske maktforhold og respekt for brukerens integritet. Det andre området er forholdet mellom selvbestemmelse og avhengighet (Norheim i Barbosa Da Silva, 2006:252).

I akuttpostene la informantene vekt på det ansvaret sykepleieren hadde for pasienten når de er innlagt, og den grad av beskyttelse som trengs hos den enkelte pasient. Det var viktig å bruke faglig skjønn, samtidig som man bygget tillit og relasjon til pasienten. Det ble argumentert for at sykepleierne måtte ha evne til å innta en lyttende holdning til pasienten, der man forsøker å lete etter muligheter for å imøtekomme pasientens ønsker. På den ene side ønsket sykepleierne å imøtekomme pasientens ønsker, altså å implementere brukermedvirkning. På den andre side derimot hadde man miljøterapeutiske tiltak en måtte iverksette da pasienten var i behov av å beskyttes fra seg selv i en periode. Det kunne dreie seg om grensesetting i forhold til pasientens ønsker. Grensesetting er en del av den terapeutiske funksjonen som betegnes som beskyttelse (Tveit et al, 1997). I slike dilemma kan det tenkes at idealer i sykepleieprofesjonen ble utfordret i møte med brukermedvirkning. Vike et al sier sykepleiere lærer i utdanningen at at idealet er helhetlig ansvar for pasienten (Vike et al, 2004). Mye tydet på at ekspertrollen ble mer fremtredende jo sykere pasienten var. Et spørsmål man kan undre seg over er om man vurderte grad av brukermedvirkning etter hvert som pasientens tilstand bedrer seg?



Det krevende spørsmålet omkring hvorvidt det var forsvarlig at pasienten skal bestemme selv blir utfordret til det ytterste. I en akuttpost ble dette fort ett dilemma. Mine funn viste at det faktisk var et daglig dilemma for sykepleierne. Når skulle pasienten bestemme selv, og når måtte sykepleieren gripe inn? Svaret ligger kanskje i som Barbosa Da Silva hevder, at man valgte det som er virket å være det rimeligste alternativet etter å ha konfrontert de ulike normative teorier til løsning av dilemmaet (Barbosa Da Silva, 2006:143).

Mine funn tydet på at det ofte var sykepleieren som vurderer hvorvidt pasienten skal bestemme selv. Det er faglig ansvarlig som hadde det avgjørende ordet ofte, men mye tydet på at sykepleierens påvirkningskraft hadde vel så stor betydning. Dette på grunnlag av at det var de som observerte pasienten i akuttposten. Sykepleierens egen oppfatning var altså fremtredende når pasientens tilstand skulle vurderes. Det hersket liten tvil om at det som var avgjørende for pasientens innflytelse, i stor grad var avhengig av hvilken sykepleier som foretok vurderingen av pasientens tilstand og evne til medvirkning. Det virket med andre ord som om det vel så mye dreide seg om hvilken sykepleier, som det handlet om pasientens ressurser. Grad av brukermedvirkning også under dette punktet kunne altså ut ifra mine funn virke å være tilfeldig. Validitet til mine funn ble styrket av at funnene sto i sammenheng med tidligere teori og forskning (Ruud og Hjort, 2006; Vatne, 1998). Funn i dennes studien fant imidlertid et større fokus på betydningen sykepleierens rolle hadde i forbindelse med brukermedvirkning enn forskeren på forhånd hadde sett for seg. Det kan hende det dreide seg om at brukerne rett og slett var for syke til å være aktive deltakere i beslutningsprosesser i akuttposten?

### *5.1.2 Kjønn og brukermedvirkning*

Det andre temaet i denne studien ble identifisert som kjønn og brukermedvirkning. Dette temaet støttet seg på mindre empiri enn de to andre. Diskusjonen her ble derfor kortere her enn under de to andre temaene.

Informantene var tydelige på at det var faglig og personlig trygghet i møte med pasienten som var det viktigste. Tryggheten ble beskrevet som en rolig måte å møte utagerende og potensielt farlige pasienter. Uansett virket det som om det var umulig å forutsi hva som ville fungere i hver enkelt situasjon. Det viktigste var hvordan man som helsepersonell imøtekom pasienten, og relasjonen til hver enkelt pasient. Det handlet om tilnærmingen sykepleierne hadde til pasienten for å oppnå tillit og allianser med pasienten.

Samtlige av informantene kommenterte at kjønn hadde liten betydning, men påpekte individuelle behov, og at man aldri kunne vite sikkert hva som ville fungere.

Det virket som om kjønn var et ikke tema, som om det forelå en form for kjønnsblindhet. Det kunne tenkes at bevisstheten rundt temaet ikke var tilstedet og ble derfor ikke snakket om. Informantene gav uttrykk for at kjønn ikke hadde noen betydning. Flere av informantene avviste spørsmålet, og de som reflekterte omkring temaet fattet seg i korthet. Flere av informantene hevdet at kjønn ikke hadde noen betydning, men det virket allikevel som om sykepleierne levde i pakt med kjønnsstereotyper. Tilsynelatende forelå det ingen bevissthet omkring dette temaet hos informantene ettersom flere utsagn kan knyttes til kjønnsstereotyper, gjeldende både for kvinner og menn. Sommerseth har hevdet at det eksisterer sterke kjønnsstereotyper innen helsefagene, noe som kan ha sammenheng med at kjønn er et ikke tema (Sommerseth, 2008). Sagatun har blant annet hevdet at kjønn kan forstås som forskjellige måter å tolke hverandre på i et gitt system (Sagatun, 2008). Systemet kan være nettopp i en akuttpost. For å forstå dette bedre kan det tenkes at man trenger mer kunnskap om kjønn innenfor psykiatriske akuttposter i Norge. Mine funn indikerer at kjønn ikke særlig er satt på agendaen på tross av at statlige føringer som for eksempel "Kvinnens helse i Norge" (NOU 1999:13). Det kan i tillegg til det nevnte tenkes at et fokus på kjønn relatert til begrepet makt også var et manglende fokus i akuttposten. Dette er noe flere anerkjente kjønnsforskere her til lands har vært opptatt av på et generelt grunnlag (Kvande, 2007; Skjeie og Borchorst, 2003).

Det kom, på tross av at informantene argumenterte for at kjønn ikke hadde noen betydning, frem ulike kjønnsstereotyper. Et viktig funn var at det eksisterte en tanke om at muligens menn kunne ha en forventning om at pasientene skulle være aktive. Flere av informantene var opptatt av at store menn kunne virke triggende på pasienten og føre til en utagering. Her ble det også snakket om ulike holdninger kvinner og menn hadde til pasienter, og store menn ble blant annet betegnet som en bodybuilder som kom dunkende inn i rommet.

Kvinner var opptatt av at de måtte slippe pasienten til, mens menn stilte mer krav til pasienten. Noen av de kvinnelige informantene beskrev det som at kvinner i noen tilfeller kunne ha en invaderende tilnærming til pasienter. Tre av informantene var særlig opptatt av at kvinner kunne ha en beroligende effekt på en urolig pasient, og at dette opplevdes trygt. Av erfaring roet ofte kvinner ned situasjonen. Det ble argumentert for at kvinnen måtte være

trygg nok til å kunne stå i denne situasjonen. I denne studien virket det som om sykepleierne ikke hadde et bevisst forhold til at kjønn hadde betydning. Thorsen har hevdet at kjønnsperspektivet på relasjonen mellom hjelper og bruker har nærmest blitt borte ettersom omsorgstjenestene er så pass dominert av kvinner (Thorsen, 2003), noe også denne studien kunne vitne om. Dette viste igjen validitet til mine funn.

Når det gjaldt kjønn og brukervedvirkning kom man frem til at kjønn hadde en betydning selv om dette ikke kom frem før informantene gikk i dybden av ulike problemstillinger. Sannsynligvis hadde kjønn mer betydning enn det man i utgangspunktet hadde sett for seg. En hadde muligens fått andre svar hadde man hatt et utvalg mer flere mannlige informanter.

Tre av de kvinnelige informantene sa at de hadde erfaring med at kvinner ble etterspurt, og at ved overgrepssproblematikk ble dette stort sett tatt hensyn til. Det vil si at det ble tatt hensyn til dersom det lå et reelt og godt begrunnet hensikt bak ønsket. Dette ble imidlertid ensidig belyst ut fra kvinnelige pasienters ønsker. Omsorg er ofte sett på som noe kvinner gjør, og det kan ha sammenheng med at følelser og omsorgshandlinger ofte assosieres med kvinner (Cancian og Oliker, 2000). Kunne det tenkes at valg av kjønn kùn var noe de kvinnelige pasientene etterspurte? Eller dreide det seg om at det bare var kvinnelige sykepleiere som tok hensyn til brukerens valg av et bestemt kjønn?

De kvinnelige informantene kom med refleksjoner omkring hvilke tiltak man hadde iverksatt for å imøtekomme eventuelle ønsker om et bestemt kjønn å forholde seg til. Dette ble ensidig belyst ut fra kvinnelige pasienter som hadde blitt utsatt for overgrep sine ønsker. Derimot blant mannlige pasienter som hadde vært utsatt for overgrep, ble kjønnsspørsmålet rundt valg av kjønn på sykepleier ikke diskutert. De mannlige informantene nevnte det ikke. Med andre ord et ikke-tema? Sommerseth har bemerket at mannlige pasienter kan være i behov av å identifisere seg med ulike psykiske helsearbeidere på tvers av tradisjonelle og stereotype maskulinitetsforståelser (Sommerseth, 2007).

Studien viste at man var avhengig av mannens fysikk til å kunne håndtere utageringssituasjoner. Sommerseth har også forsket på dette temaet (Sommerseth, 2008). Hun fant at menn bevisst ble brukt av kvinner til å håndtere utagerende pasienter. Funnene mine viste det samme, men her var det et større fokus på ufaglærte menn og kjønn. Studien bekreftet at kvinner kunne trygge og forebygge utagering, men når situasjonen hadde eskalert

var man i mange situasjoner utelukkende avhengig av menn for å kunne håndtere pasienten. Forskeren hadde på forhånd en mistanke om at det var slik.

### *5.1.3 Rammebetingelser for brukervedvirkning*

Det tredje og siste temaet omhandlet rammebetingelser for brukervedvirkning.

Et av hovedfunnene i denne studien var at faglighet og bemanning hadde stor betydning for brukervedvirkning i praksis. Funnene viste videre at fravær av brukervedvirkning fikk store konsekvenser for grad av brukervedvirkning. Det viste seg også at sykepleierne fikk tildelt stadig mer omfattende administrative oppgaver, noe som igjen førte til mindre direkte pasientkontakt. Dersom det i tillegg var mangel på fagpersonell, ble pasientkontakten ytterligere redusert. Med andre ord kunne man si at det eksisterte en stor fare for at de administrative oppgavene til sykepleieren som allerede overskygget relasjonsbygging til pasientene hindret for brukervedvirkning. Mangel på fagpersonell bidro derfor til å ytterligere redusere grad av fokus på brukervedvirkning. Det var tydelig at mangel på sykepleiere/fagpersonell fikk konsekvenser for brukervedvirkning. Sykepleierne fikk ikke gjort jobben sin, og dette gikk utover brukerne. Sykepleierne fikk også ekstra mye administrativt arbeid når det var mangel på sykepleiere/fagpersonell på jobb. Dette var blant annet dokumentasjon, ta i mot telefoner og medisindosering og utlevering. Ved mangel på fagpersonell ble det enda mer administrativt arbeid på de som var igjen. En god del arbeidsoppgaver var det også kun sykepleiere som kunne utføre i akuttposten. Ressursemangel var en viktig indikator på at fokus på brukervedvirkning ble forsømt. At ressursemangel var velkjent tydet også på at det ikke bare var i særtilfeller at man manglet kompetansen. Vatne setter blant annet spørsmålstegn ved om akuttpostene innenfor psykiatri har blitt forsømt med tanke på fagutvikling. Hun nevnte spesielt mangelen på fagpersoner i akuttpsykiatriske sengeposter (Vatne, 2003). Vatnes funn støttet også mine funn, som igjen gav validitet.

Både ressurser, men også faglighet var altså viktig for gjennomføring av brukervedvirkning. Informantene argumenterte her for at sykepleieren ofte var trygge i egen rolle. Sykepleierne fikk også ofte en slags uoffisiell bekreftelse fra ledelsen om at de i noen tilfeller kunne foreta egne vurderinger, litt utenom reglene. Dette ble satt i sammenheng med at grad av individuell tenkning, økte grad av brukervedvirkning.

Mye tydet på at pasientene ble møtt med rigiditet dersom det var mangel på fagfolk. Rigiditeten ble ofte satt i sammenheng med regler på avdelingen. Jo mindre fagfolk, desto mer regler. Noe som også kunne være frustrerende for sykepleierne å være vitne til. Faren var stor for at når det ble flere "husregler", økte graden av paternalistisk holdning som ble utviklet i slike settinger. Det virket og som om økt grad av regler i avdelingen førte til en slags mekanisk form for omsorg. En kan jo undre seg om en i det hele tatt kan kalle denne type tilnærming til syke mennesker for noen som helst form for omsorg? Det var nærliggende å se på høy grad av regler i avdelingen i sammenheng med høy grad av en paternalistisk holdning til brukeren. Norheim betraktet denne type omsorg (der paternalismen står sentralt) for en subjekt- objekt tilnærming til pasienten. Hun nevnte videre at denne type omsorgsutøvelse bidro til å krenke menneskets integritet (Norheim, 2006). Travelbee var inne på noe av det samme når hun forfattet om "tingliggjørende medlidenhet" (Travelbee, 2001). Mennesket ble uansett ikke betraktet som et selvstendig tenkende individ, og det var vanskelig å forestille seg at brukermedvirkning eksisterte under slike forutsetninger.

Det viste seg altså at det eksisterte spesielle "husregler" på noen avdelinger. Det ble også reist spørsmål om at man muligens brøt menneskerettigheter ved å lage disse husreglene. Blesvik et al har bemerket at husregler på institusjoner kan være i strid med menneskers rett til privatliv (Blesvik et al, 2006). Husreglene innebar kaffetider, tider for å få lov til å røyke og lignende. I min studie viste det seg i tillegg at husreglene ofte kunne føre til utagering. Informantene knyttet også disse husreglene til begrepet makt.

Det virket å eksistere en skjult norm som tilsa at sykepleierne var forventet å stå på for "å dra lasset". Det kunne videre virke som om sykepleierne på enkelte avdelinger måtte kjempe for å opprettholde grunnbemanning ved sykefravær eller fravær generelt, men også kjempe for å få økte ressurser ved økt arbeidsmengde i avdelingen. Sykepleierne som var genuint opptatt av å oppnå gode relasjoner til pasientene de skulle behandle, ble hindret på grunn av for lite tid til hver enkelt pasient. Det blir ikke tid til å komme i dialog med pasientene noen ganger, men sykepleierne forsøkte på tross av alle de administrative oppgavene å ta vare på pasientene og sette seg inn i deres ønsker og behov. Det kunne virke som at sykepleierne i perioder gikk på akkord med seg selv og egne verdier. Mye tydet med andre ord på at det ikke var tid til pasientorientert omsorg. Martinsen har sagt at noe hos den profesjonelle sviktes når pasientens tillit sviktes (Martinsen, 2007). Relasjonen mellom de to må vel også kunne tenkes å være truet under slike forhold. Presset på sykepleierne økte når

det var overbelegg i avdelingen. En årsak til overbelegg kan være slik Kolstad hevder at stadig flere nordmenn blir betegnet som behandlingstrengende (Kolstad, 1998). Funn i denne studien vitnet om at viljen til å få til brukermedvirkning var til stede hos sykepleierne, men det virket som om de økonomiske og strukturelle rammene rundt hindret sykepleierne i å ha fokus på brukermedvirkning i praksis. Empirien ga klare føringer på at forventningene til sykepleieren ofte var urealistiske sett i sammenheng med de strukturelle rammene i akuttposten. Det virket nærmest som om det eksisterte en ukritisk holdning til hva sykepleierne skulle utrette i sitt arbeid på akuttposten. Et spørsmål forskeren stilte seg var om dette dreide seg om selve verdigrunnlaget til sykepleieprofesjonen, eller kanskje dreide det seg utelukkende om det Travelbee betegner som ”sykepleiesamvittighet” (Travelbee, 2001:75)

Det kom frem at sykepleieren i akuttpost noen ganger kunne være den eneste med faglige kvalifikasjoner på arbeid i perioder da det hendte at det var svært vanskelig å få tak i fagpersonell, særlig på kvelds og nattestid. Dette var ikke en optimal situasjon, fordi det ikke var nødvendigvis rolig på avdelingen. Avdelingene kunne være fulle samt ha flere utagerende og psykotiske pasienter på skjerming. Sykepleieren sto da som ansvarsvakt og hadde med seg en gruppe ufaglært arbeidskraft. En kunne undre seg over om dette i det hele tatt var forsvarlig? Sjansene for at dette gikk på bekostning av brukerne var uansett ikke vanskelig å forestille seg. Hvordan kan man snakke om brukermedvirkning når de faglige ressursene er nærmest fraværende? Spesialisthelsetjenesteloven §2- 3. sier at hjelpen som ytes skal være forsvarlig (Molven, 2002:172). Det kunne virke som om det eksisterer noen statlige krav som i perioder var uforenelige med praksis, og ikke lot seg gjennomføre nettopp på grunn av manglende faglige ressurser. Eller var det selve organiseringen som hindret for brukermedvirkning? Mye tydet i alle fall på at politikerne i mye større grad må komme på banen når det gjelder selve gjennomføringen av brukermedvirkning i akuttpsykiatri. Blesvik et al har også etterlyst at politikerne må på banen når det gjelder brukerens rettigheter i det psykiske helsevernet her til lands (Blesvik et al, 2006). Kanskje må også sykepleierne, som Rodwell (1996) hevder, også komme mer på banen, og i større grad enn tidligere engasjere seg på et politisk nivå? En tanke var at dersom brukerne og sykepleierne sto mer samlet, ville man muligens kunne oppnå en mer reell brukermedvirkning i praksis, og ikke bare på papiret. Sahlsten et al (2005) fant også i sin studie fant at ressursmangel kunne være et hinder for brukermedvirkning, noe som igjen gir validitet til mine funn.

Forskeren ble nysgjerrig på om ikke brukermedvirkning burde ligge til grunn for omsorgsutøvelsen uansett vilkår i akuttposten. Med andre ord at det var en del av holdningene til sykepleieren. Flere informanter gjentok at det var mye som måtte bli gjort i løpet av en arbeidsdag før man begynte å bruke tid på å implementere brukermedvirkning i arbeidet. Ruud og Hjort (2006) fant noe av det samme i sin studie. En informant brukte betegnelsen ”*Maslow – stil*” for å beskrive arbeidsprioriteringen i perioder med stor arbeidsmengde. I dette utsagnet var budskapet at sykepleierne jobbet først med å dekke de basale behov, og øverst på pyramiden sto brukermedvirkning. I selvrealiseringsområdet lå brukermedvirkning, og kunne forstås som var det siste man hadde fokus på i en travel hverdag. Dersom man hadde tid til det var det mulighet for å prioritere det, men først måtte sykepleierne sørge for at alle de andre behovene var dekket. Dette kunne føre til at sykepleieren kom i en konflikt med seg selv og sine verdier. Mangel på ressurser gav altså et fravær av fokus på brukermedvirkning. Igjen måtte man spørre seg om kravene til brukermedvirkning var uforenelige med krav til sykepleieridealet i en travel akuttpsykiatrisk avdeling.

Fagligheten var til tider var truet i akuttpost, og mye tydet på at det var et enormt press på sykepleieren, og i perioder virket det som om det forelå en slags ubegrenset forventning til hva sykepleierne skulle håndtere. Politisk press førte til stadig flere oppgaver og overbelegg i akuttpostene. Funnene pekte også i retning av at flere pasienter ble innlagt, og de som kom til innleggelse hadde flere rettigheter enn tidligere. Mye tydet videre på at bemanningsplanene i akuttpostene ikke har økt parallelt med dette. Tradisjonelt har det eksistert en sterk forventning om at sykepleierne skulle ha god helse, samt at de var forventet at sykepleierne skulle være spesielt utholdende (Melby, 1990). Mine funn avslører at forventningene kan virke som at er de samme i dag.

Mye tydet altså på at sykepleierne i perioder gikk på akkord med seg selv hva gjaldt både faglige, men også personlige verdier. Intervjuene bar preg av at informantene fremholdt sine idealer, etter hvert som de ble engasjerte kom imidlertid nyansene frem. Vatne nevnte avslutningsvis i sin avhandling at fagpersonell av begge kjønn måtte styrkes, samt at motivasjon til å få fagfolkene til å bli i yrket over tid var viktig da dette over tid vil kunne redusere antall ufaglærte i akuttpost, samt mest sannsynlig vil gi økonomisk gevinst over tid. Dette ga validitet da funnene i denne studien viste seg å peke i samme retning som Vatnes funn (Vatne, 2003). Forskjellen fra Vatnes studie var imidlertid at det i denne studien ikke ble nevnt noe angående fartstid sykepleierne hadde i akuttpostene.

Funn i denne studien avslørte at sykepleiere kunne oppleve stor frustrasjon knyttet til det å være vitne til situasjoner der brukervedvirkning ikke var en realitet. Dette gjaldt på egne poster, men også andre poster i samme institusjon. Funn om at det eksisterte ulik praksis på ulike avdelinger, kunne tyde på at pleiekulturen hadde stor betydning for brukervedvirkning. Forskeren ble nysgjerrig på hva dette førte til av konsekvenser for brukervedvirkning. Ble det stilt kritiske spørsmål til denne type praksis, eller forholdt sykepleierne seg tause? Et annet spørsmål som reiste seg var om sykepleierne ble likegyldige til det som kunne betegnes som hemmende faktorer for brukervedvirkning? Forskeren hadde på forhånd en oppfattelse om at det var utfordringer knyttet til dette temaet. Blesvik et al har også stilt spørsmål om ulik reglement på avdelinger i samme institusjon (Blesvik et al, 2006). Det kunne dreie seg om de små ting i hverdagen som utgjorde hvorvidt sykepleierne opplevde at pasientene ble møtt med respekt og verdighet. Alexander har hevdet at dersom pasienter kan hjelpes til å forstå meningen i sykepleierens adferd, kan pasienten også ta på seg en annen rolle. Denne formen for rolletaking lå tett opp til begrepet empati i en relasjon (Alexander, 2006). Dette gikk ytterligere utover brukervedvirkningen i den grad at brukerne ble aktive tilskuere til sykepleierens egne frustrasjoner. En måte å se på dette er at både sykepleierne og brukerne ble utfordret når brukerne ikke blir møtt med respekt og verdighet. De ble på sett og vis begge tapende parter i en bestemt pleiekultur. En annen måte å se dette på er som Norheim har hevdet, at pleiekulturen ”fanget” helsepersonellet i faste mønstre (Norheim, 2006).

Studien viste også at ledere påvirket grad av brukervedvirkning. Noen hadde eksempelvis erfaringer med ledere som hadde et genuint ønske om å imøtekomme pasienten. Der lederne ikke var opptatt av å imøtekomme pasientenes ønsker påvirket dette til at brukervedvirkningen ikke ble gjennomført i særlig stor grad. Her ble det videre påpekt rigiditet som konsekvens av lederens negative holdninger til brukervedvirkning. Thorbjørnsens studie fant at et viktig fokus for fremtidig forskning var helsepersonellens egne holdninger til brukervedvirkning (Thorbjørnsen, 2005). Selv om Torbjørnsens fokus var ledelsesperspektivet og brukervedvirkning, støttet hennes funn opp om funn i denne studien. Også Sahlsten et al hevdet at hennes studie klargjorde blant annet at adekvat ressurser og støtte for å implementere pasientdeltakelse i praksis var et kritisk tema for ledere i helsesektoren så vel som hos helsepolitikere (Sahlsten et al , 2005). Norheim sier blant annet at gode strukturelle og sosiale vilkår er en forutsetning for helsepersonellet til å kunne yte god omsorg. (Norheim, 2006)



I intervjuene kom det frem at noen av informantene oppfattet at ledelsen hadde en holdning om at personalet ikke måtte gjøre det for kjekt for pasienter å være innlagt i akuttposten. Mye tydet også på at det eksisterte en tanke om at man ikke vil gjøre pasienten en "bjørnetjeneste". Muligens var dette et uttrykk for en dobbelhet? Disse typer føringer fra ledelses hold ville uansett kunne føre til store utfordringer for helsepersonellet i deres arbeid med brukeren. Dette kan tyde på ulike typer sosiale vilkår.

Flere av informantene var opptatt av at i kraft av sin rolle som sykepleiere, kunne de i større grad enn ufaglærte "møtes på halvveien" med pasienten. Dette må kunne sies å ha en stor betydning for brukermedvirkning. Faglig kompetanse var nok ikke ensbetydende med individuell behandling nødvendigvis. Allikevel kunne funnene i denne studien gi et tydelig inntrykk av at det ofte var slik i akuttpostene. Dette kan settes i sammenheng med det Martinsen betegner som viktigheten av skjønnets betydning i utøvelse av omsorg (Alvsvåg og Gjengedal, 2000).

Studien viste at informantene var opptatt av at det fysiske rommet var av stor betydning for brukermedvirkning. Flere informanter argumenterte for at de ønsket å møte pasienten utenfor akuttpostens vegger. Noen informanter sa at det kunne være vanskelig å få gjennomslag fra sine ledere for å "ta med" pasienter ut på tur på grunn av ressursmangel. Låste dører på avdelingene var hinder for at pasienten selv kunne bestemme når han ville gå ut. Noen avdelinger hadde en regel om at det var ingen utgang første døgnet. Andre avdelinger var mer fleksible, hvilket fremmet brukermedvirkningen betraktelig.

Et viktig funn i denne studien var at det asymmetriske forholdet mellom sykepleier og pasient forandret seg til mer likeverdig utenfor det fysiske rommet. Informantene beskrev blant annet at dersom de var utenfor sykehusområdet, borte fra uro og arbeidspress, kunne de i større grad møte pasienten som et menneske og medmenneske. Dette førte til at pasienten lettere kunne stole på sykepleieren. Travelbee har vært spesielt opptatt av betydningen av et møte mellom to mennesker basert på gjensidighet (Travelbee, 2001). Det kunne virke som om individet forsvant innenfor i det fysiske rom i travle perioder. Dette ble særlig fremhevet som en faktor som kunne hemme brukermedvirkning. Det kunne hende at avstanden mellom brukeren og sykepleieren ble betraktelig større i et rom preget av mangel på tid. Muligheten var også stor for at stereotypier ble mer fremtredende, og asymmetrien i relasjonen økte parallelt med "travelheten". Martinsen har vært spesielt opptatt av rom og tid, og viktigheten

av at pasienten blir møtt som et menneske med de egenskaper det innebærer (Martinsen, 2000). I en travel hverdag kunne det tenkes at pasienten opplevde det motsatte i en akuttpsykiatrisk avdeling. Flere funn i denne studien kunne peke i den retning. Imidlertid kunne det hende at det handlet vel så mye om ”de små ting”, som for eksempel selve måten brukeren ble møtt av hjelperen? Med andre ord at det dreide seg om holdningene sykepleierne hadde til brukeren. For å få kunnskaper om det må man gå direkte til brukeren. Skorpen et al konkluderer i sin studie med at brukernes stemme må belyses mer, noe også funn i denne studien indikerer viktigheten av (Skorpen et al, 2008). Utfordringer på tross, ville det muligens alltid eksistere en eller annen måte der sykepleiere kunne implementere brukermedvirkning i akuttpsykiatrisk avdeling, selv i et rom preget av travelhet?

Implikasjoner til videre forskning:

- Det ville vært interessant å gå direkte til brukeren for å få kunnskap om brukerens opplevelse av brukermedvirkning.
- Det kunne vært interessant å forske videre på hvorfor brukermedvirkning knyttes til noe akademisk og lite ”praksisnært”.
- Sykepleieres rolle i organisasjon bør i fremtidig forskning belyses i tilknytning til et brukerperspektiv.
- Det ville vært interessant å forske mer på kjønn og brukermedvirkning for å på den måte kunne belyse menn og kvinners behov innen psykisk helsevern.
- Fremtidig forskning på sykepleiere og holdninger til brukermedvirkning vil være en mulighet til å belyse andre forhold enn de man hittil har funnet.

## 6.0 AVSLUTNING

### 6.1 KONKLUSJON

Denne oppgavens mål var å besvare problemstillingen: ”Hvordan opplever sykepleiere brukervedvirkning i akuttpsykiatrisk avdeling?” Det første forskningsspørsmålet var hvordan sykepleiere ville beskrive brukervedvirkning i akuttpsykiatrisk avdeling. Her kom man frem til følgende: Begrepet brukervedvirkning var et kjent begrep. Innholdet og forståelsen av begrepet var derimot tvetydig. Mye tydet også på at begrepet ble knyttet til noe akademisk. Et annet viktig funn var betydningen av sykepleierens påvirkningskraft når det gjaldt grad av brukervedvirkning.

Det andre forskningsspørsmålet man søkte svar på var hvordan sykepleiere ville beskrive kjønns betydning i akuttpsykiatrisk avdeling. Det man her kom frem til var at mye tydet på at kjønn var et ikke-tema. Empirien bekreftet allikevel flere kjønnsstereotyper, og nyansene kom frem når man spurte direkte om kjønn.

Det tredje og siste forskningsspørsmålet var hvordan sykepleiere ville beskrive faktorer som fremmet/hemmet brukervedvirkning i en akuttpsykiatrisk avdeling. Det man her fant var at faglighet, optimal bemanning, møter utenfor det fysiske rommet og gode holdninger fremmet brukervedvirkning. Sykepleieren kom i konflikt med egne verdier i et miljø preget av ressursmangel, som igjen gikk utover brukerne, og hemmet for brukervedvirkning. Mye tydet på at sykepleieridealet måtte vike når det var travelt. Det var tydelig at faglig kompetanse var viktig for kunne møte den enkelte brukers behov, samt å kunne se bort fra gjeldende regler. Fravær av faglighet derimot skapte rigiditet og flere ”husregler”. Noe som hemmet for brukervedvirkning.

Mye tydet på at veien videre innebar utfordringer for brukervedvirkning i akuttpost. Det vil være nødvendig med en pågående satsing på forskning i dette feltet, nettopp for å belyse forholdene slik de arter seg i dag. Hvilke grep som må iverksettes for å heve dagens standard, bør uansett settes ytterligere på agendaen for å øke grad av implementering av brukervedvirkning.

Aktuelle problemstillinger for videre forskning: Hvordan opplever pasienter brukervedvirkning i akuttpsykiatrisk avdeling? Må brukervedvirkning vike for idealer innen sykepleierprofesjonen? Hvilke utfordringer står man overfor når det gjelder kjønn og

brukermedvirkning? Hvordan kan man implementere brukermedvirkning når fagkompetansen ikke er en tilgjengelig ressurs?

## LITTERATUR LISTE

- Alexander, J. (2006). Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 543–553 ASE
- Alfsvåg, H. og Gjengedal, E. (2000). *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap.*(red). Bergen: Fagbokforlaget.
- Aadland, E. (2000). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar.* Gjøvik: 2. opplag. Det Norske Samlaget.
- Aadnanes, P (2007). Den uavhengige avhengige. Ekeland, T.J og Heggen, K. (red). *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* S. 223- 244. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 1. utgave. 1. opplag.
- Bakken, R. (2001). *Modermordet. Om sykepleie, kjønn og kultur.* Oslo. Universitetsforlaget.
- Barbosa Da Silva, B.A (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid.* (red). Oslo: Gyldendal norsk forlag. 1. utgave, 1. opplag.
- Blesvik, S , Diseth R., Husum, T.L . Kogstad R., Orefellen, H.J Thune G.H :  
Menneskerettigheter også for psykiatriske pasienter i Norge? *Tidsskrift for den norske lægeforening.* Nr 12- 8. 2006.
- Cancian F.M & O liker S.J.(2000). *Caring and gender.* Oxford. England: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Christensen, K., Syltevik, L.J. (1999). *Omsorgens forvitring.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Connell, R.W.(1995). *Masculinities. Second Edition.* Cambridge. England: Polity Press.
- Coulter, A. (2002). *The autonomous patient. Ending paternalism in medical care.* London: Stationary Office. Nuffielt Trust.
- Coulter, A. & Ellins, J. Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients. *BMJ: British Medical Journal,* 7/7/2007, Vol. 335 Issue 7609, p24-27

Daly, M & Rake, K. (2003). *Gender and the welfare state*. Oxford: Blackwell Publishing Inc. First Edition.

Daatland, S.O og Solem P.E (2000). *Aldring og samfunnn. En innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Fog, J. (2005). *Det kvalitative forskningsinterview. Med samtalen som utgangspunkt*. København: 2. Reviderte udgave. 2. Oplag. Jette Fog og Akademisk Forlag.

Foucault, M. (1999). *Galskapens historie*. Trondheim: AIT Trondheim AS

Gibson C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 16: 354- 361.

Graneheim, U.H, Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004, Feb; 24 (2): 105- 12

Gullvåg Holter, Ø., Sørensen, B.Aa., Halrynjo, S. (2003). *Kjønnskulturer i arbeidslivet*. Et forprosjekt for LO. Rapport 5/2003. Oslo: Nordberg Aksidenstrykkeri A/S.

Hein, P. (1991). *GRUK I*. Copyright for Norge Grøndahl og Dreyers Forlag AS.

Hem, Heggem og Ruyter (2008 ). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics* 2008 15 ( 6) 2008 SAGE Publications

Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektivet- honnørord med lavt presisjonsnivå. Willumsen, E. (red.) *Brukernes Medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. S. 11- 34. Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvoll, J.K (2004). *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Jakobsen, R. (1999). *Klar for fremtiden? – om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Jensen, M. F (2007). Hører du hva jeg sier? Ulvestad, A.K, Henriksen, A.K, Tuseth, A.G, Fjeldstad, T. (red.). *Klienten- den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. S. 148- 160. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 1. Utgave. 1. Opplag.

Karlsen, R. (2004). Fin i kontakten. Vanlige svakheter ved sykepleiedokumentasjonen i psykiatriske sykehusavdelinger. *Tidsskriftet Sykepleien*. Nr. 15/2004

Kjellevoid A. (2009). *Retten til individuell plan*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Kolstad, A. (1998). Mental helse, sykdom og samfunn. De psykologiske (dys)funksjonenes sosiokulturelle grunnlag. A.J.W. Andersen og B. Karlson (red.). *Psykiatri i endring- forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. S. 83- 113. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Kringlen, E., (2008). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 9. Utgave. 1. Opplag. 2008.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Ad Notam Gyldendal AS.

Kvale, S. og Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utgave. 1. Opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvande, E. (2007). *Doing gender in flexible organisations*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Lapan, S.D and Quartaroli, M.T (2009). *Research essentials. An introduction to designs and practices*. San Fransisco, CA, United States of America: Jossey- Bass. A Wiley imprint.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges and guidelines. *The Lancet*. Vol. 358.

Martinsen, K.(1996). *Fenomenologi og omsorg- tre dialoger*. Oslo: Tano.

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Martinsen, K.(2007). Angår du meg? Etisk fordring og disiplinert godhet. Alvsvåg, H. og Førland, O. (red.) *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. S. 315- 344. Oslo: Akribe AS. 1. Utgave. 1. Opplag.

- Mathisen, J.(2001). *Sykepleiehistorie*. 1. Utgave 1993, 5. Opplag 2001. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
- Molven, O. (2002). *Helse og jus. En innføring for helsepersonell*. 4. Utgave. 1. Opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Morgan, D. L(1988). *Focus groups as qualitative research*. California: A SAGE Publications Inc.
- Morgan, D. (1998a). *The focus group guidebook*. London: SAGE publications Inc.
- Morgan, D. (1998b). *Planning focus groups*. London: SAGE publications Inc.
- Mortensen, E. et al (2008). *Kjønnsteori*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Neuman, W.L (2009): *Understanding research*. Unites States of America: Pearson Education, INC.
- Norheim, A. (2006). Pleiekulturens betydning for en god profesjonell omsorg- et etisk perspektiv. Barbosa Da Silva (red.) *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. S. 228- 257. Oslo: Gyldendal norsk forlag. 1. utgave, 1. opplag.
- Norheim, A. (2002). *Inkontinensomsorg- fra holdning til handling*. Stavanger: Høgskolen i Stavanger.
- Norheim, A. og Vinsnes, A. (2008). Pasientmedvirkning i demensomsorgen- Muligheter og utfordringer. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 2008; 10: 3- 15.
- Nortvedt, P. (2001). Profesjonell omsorg- dyd eller ferdighet? Ruyter, K.W. og Vetlesen, A.J. (red.). *Omsorgens tvetydighet*. S. 41- 66. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordtvedt P. og Grimen H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*.” Oslo: Gyldendal norsk forlag AS. 1. opplag.



Norvoll, R.(2007). *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Oslo: Unipub. Akademika AS. Doktorgrads avhandling.

Polit, D.F and Beck, C.T. (2008). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Eight Edition. Philadelphia: Copyright. Lippicott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.

Rodwell, C.M. (1996). A analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23: 305- 313.

Ruud, T. og Hjort, H. (2006). *En kvalitativ studie av akuttavdelinger i psykisk helsevern*. Sintef Helse. Lastet ned fra følgende internetadresse:

<http://www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helsetjenesteforskning/Psykisk-helse/Akuttpsykiatri-og-sykehus/Kvalitativ-studie-av-akuttavdelinger-i-psykisk-helsevern/>

Sagatun, S.(2008). *Kjønn i sosialt arbeid med ungdommer og foreldre*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Sjøstrøm, B., Plos, K.A.E, (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum* Jan- Mar 2008. Volume 43, Issue 1p. 2- 11

Sahlsten, M. J.M, Larsson, I.E, Plos, K.A.E, Lidencrona, C.S.C (2005). Hindrance for patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. September 2005, Volume 19, Issue 3 p. 223- 229

Skjeie, H., Borchorst, A. Changing the patterns of gender and power in society. *Nordic Gender Institute*. First published in NIKK magasin 3 2003 © NIKK

Skorpen. A., Anderssen, N, Øye, C., Bjelland, A.K.(2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden* 4/2008. Publ. No. 90. Vol. 28. No. 4 PP 19- 23.

Slettebø, Å. (2001). *Sykepleie og etikk*. 2. Utgave 1997. 1. Opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sommerseth, R. (2007). Menn i Psykisk helsevern. Utstøtes de med sosialfaglig bakgrunn? *Nordisk Sosialt arbeid* 2007, Nr 1.

Sommerseth, R. (2008). Det trengs en sterk mann i 10 minutter. Om kjønn og risikosituasjoner i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2008, Nr 1.

Stang, I. (1998). *Makt og bemyndigelse: Om å ta pasient og brukervedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.

Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. 1. utgave. 1. opplag: Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Svare, H. (2009). *Menn i pleie og omsorg- brødre i hvitt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sverdrup, S., Kristofersen, L.B, Myrvold, T.M. (2005). *Brukermedvirkning og psykisk helse*. Oslo: Norsk Institutt for by og regionsforskning.

Sverdrup, S. (2009). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Nr. 04, 2009.

Taule, R. (2003). *Escolas ordbok*. Garnes: Escola.

Thorbjørnsen, A.B.E.( 2005). *Brukermedvirkning på en psykiatrisk institusjon*. Masteroppgave i Endringsledelse. Universitetet i Stavanger.

Thorgaard, L. (2006). *Empatiens bevarelse i relasjonsbehandlingen i psykiatrien. Relationsbehandling i psykiatrien*. Bind II. Stavanger: Hertervig Forlag. 1. utgave.

Thorsen, K. (2003). Kjønn, makt og avmakt i omsorgstjenestene. Widding Isaksen, L. Red. *Omsorgens pris*. S. 128- 157. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Tranburger & O`Lynn Editors (2007). *Men in nursing: history, challenges and oppertunities*. New York. NY. Springer Publishing.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. Utgave 1999, 2. Opplag 2001. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveit, Haaland, Knutsen og Bøe (1997). *Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling*. Stavanger: Psykiatrisk Opplysningsfond. Trykkeriet Impress AS.

Tveiten, S.(2007). *Den vet best hvor skoen trykker: om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingsspost*. Molde: Høgskolen i Molde. Særtrykk/Reprint 2003:4. Avhandling for doktor polit.- graden.

Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vike, H., Bakken, R., Brinchman, A., Haukelien, H., Kroken, R. (2004). *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. 3. opplag. Oslo: Gyldendal akademiske.

Wifstad, Å. (1998). Eklektisismen: problem og utfordring. A.J.W. Andersen og B. Karlson (red). *Psykiatri i endring- forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. S. 65- 81. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Ørstavik, S.(2002). Det tvetydige brukerperspektivet - en teoretisk analyse. Norvoll, R. (red.) *Psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*. S. 145- 160. Oslo: Gyldendal akademisk forlag AS.

DPS veileder (2006). *"Distrikt psykiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene, og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen"*

Helsepersonell loven, 1999.

Helsinkideklarasjonen, 2008. Lastet ned fra følgende internettadresse:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Lov om etablering av psykisk helsevern, psykisk helsevernloven. 1999.

Norges forskningsråd (2009). Evalueringsrapport av opptrappingsplanen.

Norges offentlige utredninger (NOU). (1997:2). *Pasienten først!*

Norges offentlige utredninger (NOU). (2004:18). *Helhet og plan i helse og sosialtjenesten*

Norges offentlige utredninger. (NOU). (1998:18). *Det er bruk for alle.*

Norges offentlige utredninger. (NOU). (1999:13). *Kvinnens helse i Norge.*

Ottawa charter for health promotion, 1986. World Health Organization. Lastet ned fra følgende internett adresse:

[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/Pasientrettighetsloven,](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/Pasientrettighetsloven, 1999)  
1999.

Sosial- og helsedirektoratet”, 2005. ”...og bedre skal det bli...”

St. mld 16 (2002- 2003) Folkehelsepolitikken *Resept for et sunnere Norge.* s 120

St. mld. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St. prp. nr 63 (1997- 98). *Opptrappingsplanen for psykisk helse.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

## Vedlegg 1

### INTERVJUGUIDE

- ***Tema I: Sykepleiernes opplevelse av brukervedvirkning***

Hva betyr begrepet brukervedvirkning for dere som arbeider i akuttpost?

Er det noen sammenheng mellom arbeidsoppgaver dere har og brukervedvirkning?

Kan dere nevne noen situasjoner som omhandler brukervedvirkning?

Hvordan møtes brukernes tanker og meninger om hvordan behandlingsopplegget bør være?

Hvor innarbeides brukernes synspunkter i behandlingsplaner?

Hvor ofte er det brukeren som bestemmer behandlingsopplegget?

I hvilke situasjoner er det vanskelig å få til vedvirkning fra brukeren?

- ***Tema II: Kjønn og brukervedvirkning***

Hva er mennenes styrke som sykepleier i akuttpost i forhold til brukervedvirkning?

Hva er kvinnenes styrke som sykepleier i akuttpost i forhold til brukervedvirkning?

Hender det at kjønn blir etterspurt fra brukeren? Hvis ja, tas dette hensyn til?

Har brukernes kjønn betydning i forhold til brukervedvirkning?

Hvilket kjønn hos brukerne det er mest problematisk å forholde seg til?

Hva opplever dere at er likheter/ulikheter på kjønn og brukervedvirkning?

- ***Tema III: Rammebetingelser for brukervedvirkning***

Hvordan tilstreber dere brukervedvirkning i akuttpost?

Hvilke tilnæringsmåter tar dere i bruk for å få til brukervedvirkning?

Hvilke forhold synes dere fremmer brukervedvirkning?

Hvilke forhold synes dere hemmer brukervedvirkning?

Hva synes dere at er mest positivt med brukervedvirkning?

Hva kan være problematisk med brukervedvirkning

Hva er grunnbemanning? Kveld, natt og helg? Hvor mange spl på jobb? Ufaglærte?

Har dere vært med på å utføre brukerundersøkelser i deres avdeling? Hvis ja hvordan integreres brukernes synspunkter i eksisterende behandlingsopplegg?

Noe annet dere vil tilføye før vi avslutter?

Takk for hjelpen☺

## Vedlegg 2

Til ansatte ved XX:

INVITASJON TIL DELTAKELSE I FOKUSGRUPPEINTERVJU I STUDIEN:

## HVA ER BRUKERMEDVIRKNING I AKUTTPSYKIATRISK SENGEPOST?

Dere inviteres herved til å delta i overnevnte studie som et ledd i datainnsamling av undertegnede masterstudie ved samme navn. Masterprogrammet er master i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektivet ved Universitetet i Stavanger. Veileder på masteroppgaven er førstelektor Rita Sommerseth.

Prosjektet tar sikte på å belyse brukermedvirkning i psykisk helsearbeid, ved en akuttavdeling. Studien vil forsøke å få frem sykepleieres perspektiv på brukermedvirkning, og om kjønn har betydning for brukermedvirkning. Datasamlingen har en kvalitativ tilnærming med fokusgrupper som metodisk verktøy hvor sykepleiere av begge kjønn som arbeider i akuttposter i psykisk helsevern, vil bli intervjuet.

De to fokusgruppeintervjuene vil bestå av 6 tilfeldig valgte menn og 6 kvinner. I alt søkes det om 12 informanter. Det vil være viktig for forskeren å utføre fokusgruppeintervjuene separat med de ulike kjønn. Inklusjonskriteriet i denne studien er autorisasjon som sykepleier. Eksklusjonskriteriet er sykepleiere med lederrolle i avdelingen. Det søkes om informanter som arbeider ved behandlende akuttposter. Fokusgruppeintervjuene vil finne sted onsdag 28.01.09 kl.11.00 og kl.13.00, og utføres sammen med co-veileder Tone Brandeggen. Fokusgruppeintervjuene vil være estimert til 90 minutters varighet per gruppe. Oppfølgingsintervju med hver gruppe vil finne sted onsdag 18.02.09. Nærmere informasjon følger etter at informantene har respondert på mail, og samtykkeerklæring er innhentet. Deltakelse i studien er frivillig. Informantene kan når som helst trekke tilbake samtykke uten at det må oppgis noen grunn til dette.

Dette prosjektet krever ikke godkjenning av Regional etisk komitè, men er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste- Personopplysning for forskning. Det vil bli brukt båndopptaker i intervjusituasjonen. Alle innhentede opplysninger vil bli anonymisert ved prosjektslutt, og alt av informasjon forskeren får gjennom fokusgruppeintervjuene vil bli behandlet konfidensielt. Intervjudata anonymiseres i oppgaven. Lyddopptak vil bli slettet etter at prosjektet er slutført. Retningslinjer fra Helsinkideklarasjonen følges i denne studien. Prosjektet forventes slutført 20.06.09.

Vennligst responder på følgende mail: [as.undersrud@stud.uis.no](mailto:as.undersrud@stud.uis.no) dersom du ønsker å delta i studien til undertegnede innen 07.01.09.

På forhånd takk for hjelpen☺

Med vennlig hilsen,

-----  
Åse Sandøy Undersrud

Mastergradstudent, UiS

Mobil: 952 09 573

-----  
Rita Sommerseth

Førstelektor i sosialt arbeid og psykisk helsearbeid

Institutt for helsefag, UiS  
Tlf: 51 834240

### Vedlegg 3

## SVARBREV- ERKLÆRING OM INFORMERT SAMTYKKE

*"Hva er brukermedvirkning i akuttpsykiatrisk sengepost?"* er en masterstudie der hensikten er å belyse sykepleieres opplevelse av hvordan brukermedvirkning fungerer i akuttpsykiatrisk sengepost, og om kjønn har betydning for brukermedvirkning. Masterkandidat Åse Sandøy Undersrud har gjort en henvendelse til ledelsen ved xx, og ber om at to fokusgruppeintervju samt to oppfølgingsintervju kan utføres for å samle inn data til studien. Veileder på masteroppgaven er førstelektor Rita Sommerseth ved Universitetet i Stavanger.

---

Jeg har fått invitasjon til å delta i overnevnte studie, og vil med dette meddele at jeg er villig til å delta i fokusgruppeintervju. Jeg er inneforstått med følgende punkter:

- Jeg kan på et hvilket som helst tidspunkt trekke meg fra å delta i fokusgruppeintervju helt uten konsekvenser
- Jeg har lest informasjonsskrivet som har blitt sendt til psykiatrisk klinikk ved gjeldende helseforetak
- Jeg har blitt tilfredsstillende informert om studien jeg er invitert til å delta i
- Jeg er informert om at fokusgruppen jeg deltar i vil være inndelt i ulike kjønnsgrupper

Navn

Adresse:

Tlf:

Sted:

Dato:

---

Signatur

## **Vedlegg 4**

### **LITTERATURSØK**

Litteratursøk ble foretatt fra prosjektets begynnelse til slutt. Kildene er imidlertid ikke bare funnet ved søk i databasene. Det ble også foretatt søk i blant annet Ask bibsys og aktuelle nettsider.

Aktuelle søkeord på norsk var:

Akuttpsykiatri- Sykepleie- Kjønn- Brukermedvirkning

Nasjonalt ble det hovedsakelig søkt etter artikler i Idunn

Aktuelle søkeord på engelsk var:

Acute psychiatry- Nursing- Gender- Patient participation

Det ble hovedsaklig søkt i Academic Search Elite i følgende databaser:

- Cinalh
- Medline
- Psych Info



## Vedlegg 5

**Fra** Øystein Svindland  
**Til** Åse Sandøy Undersrud  
**Dato** 03.12.2008 09:39

Hei,  
Prosjektet er ikke fremleggingspliktig for etisk komité.

Vennlig hilsen

Øystein Svindland  
førstekonsulent

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Vest-Norge  
(REK Vest)

Postadresse: Postboks 7804, 5020 Bergen

Besøksadresse: Haukeland universitetssykehus, 5021 Bergen

Telefon: 55 97 84 98

E-post: rek-vest@uib.no

[www.etikkom.no/REK](http://www.etikkom.no/REK)

---

From: Åse Sandøy Undersrud [mailto:as.undersrud@stud.uis.no]  
Sent: Tuesday, December 02, 2008 12:55 PM  
To: rek-vest@uib.no  
Subject: Ang bekreftelse v/Svindland

Hei, Viser til telefonsamtale i dag. Jeg sender ved prosjektplan, og ber om en skriftlig bekreftelse på at prosjektet ikke trenger godkjenning fra Rek. På forhånd takk for hjelpen! mvh åse s. undersrud



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

Rita Sommerseth  
Institutt for helsefag  
Universitetet i Stavanger  
Ullandhaug  
4036 STAVANGER

Vår dato: 27.01.2009

Vår ref :20573 / 2 / JE Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.11.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20573	<i>Hva er brukermedvirkning i akuttpsykiatrisk sengepost? En kvalitativ studie</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Rita Sommerseth
Student	Åse Sandøy Undersrud

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Janne Sigbjørnsen Eie

Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Åse Sandøy Undersrud, Verven 50, bl 103, 4014 STAVANGER