

Personalets erfaringer med brukerstyrt plass på DPS

En kvalitativ studie

Masteroppgave i helsevitenskap, spesialisering i psykisk
helsearbeid

Av

Line Merete Woktor Johansen

Mai 2014

Ved

Institutt for helsefag

Universitetet i Stavanger



Universitetet
i Stavanger

Veileder: Dr. Kristine Rørtveit

UNIVERSITETET I STAVANGER**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP****MASTEROPPGAVE**

SPESIALISERING: Psykisk helsearbeid

SEMESTER: Vår-2014

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Line Merete Woktor Johansen

VEILEDER: Dr. Kristine Rørtveit

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Personalets erfaringer med brukerstyrt plass på DPS. En kvalitativ studie.

Engelsk tittel: DPS personnel's experience with user-controlled admissions. A qualitative study.

EMNEORD/STIKKORD:

Brukerstyrt plass, personalets erfaringer, kvalitativ studie, individuelle intervjuer, systematisk tekstkondensering, Kvale og Brinkmanns seks trinn i analyseprosessen, brukermedvirkning, recovery.

ANTALL SIDER: 68 sider.

STAVANGER30.Mai/2014.....

Dato/år

Forord

Denne masteroppgaven ble skrevet ved Institutt for helsefag på Universitetet i Stavanger, våren 2014.

Jeg vil benytte denne muligheten til å takke noen sentrale støttespillere. Først vil jeg takke mine informanter for at de ville stille opp og dele deres erfaringer med meg. Jeg ønsker også å takke min kjære samboer for all tålmodighet og hjelp. Jeg vil selvfølgelig også takke mine klassekollegaer som har bidratt med innspill og støtte i mitt arbeid med denne studien. I tillegg vil jeg rette en spesiell takk til Guro Thun og Martine Kajander for gode samtaler og uvurderlig hjelp.

Jeg ønsker til slutt å rette en stor takk til min fantastiske veileder ved Universitetet i Stavanger dr. Kristine Rørtveit som har veiledet og gitt meg støtte til å fullføre denne studien. Tusen takk til alle som har hjulpet meg igjennom denne prosessen, jeg setter utrolig stor pris på dere.

Jeg ønsker å dedisere denne masteroppgaven til min far

Knut-Einar Johansen (1950-2010)

The older I get

The more I can see

How much he loved my mother and my brother and me

And he did the best that he could

And I only hope when I have my own family

That everyday I see

A little more of my father in me

(Keith Lionel Urban)

Stavanger 20. Mai 2014

Line Merete Woktor Johansen

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	5
1. Innledning	7
<i>1.1 Bakgrunn</i>	7
<i>1.2 Mål og forskningsspørsmål</i>	8
<i>1.3 Avklaring av begreper</i>	8
1.3.1 Bruker, pasient, personale	9
1.3.2 Brukerstyrt plass	9
1.3.3 Psykose	10
1.3.4 Distriktpspsykiatriske sentre	11
2. Tidligere forskning og teoretisk rammeverk	12
<i>2.1 Tidligere forskning</i>	12
2.1.1 Litteratursøk	12
2.1.2 Resultat av litteratursøk	12
<i>2.2 Teoretisk rammeverk</i>	14
2.1 Brukermedvirkning	15
2.2 Recovery	17
3. Metode og metodiske overveielser	21
<i>3.1 Kvalitativt deskriptivt design</i>	21
<i>3.2 Utvalg</i>	21
<i>3.3 Kvalitative individuelle forskningsintervjuer</i>	23
<i>3.4 Metodekritikk</i>	26
<i>3.5 Analyse</i>	28
<i>3.6 Forskerrollen</i>	30
<i>3.7 Forskningsetiske vurderinger</i>	32
4. Funn	34
<i>4.1 Positive sider med BSP i det daglige</i>	34
4.1.1 Ansvarliggjøring av pasienten	34
4.1.2 Styrking av pasienten	36

4.1.3 Forebygging av forverring av sykdomsbildet	37
4.2 <i>Utfordringer med brukerstyrt plass i det daglige</i>	38
4.2.1 Avvisning	38
4.2.2 Pasienter som er for dårlige til å benytte seg av BSP	39
4.2.3 Feil bruk av BSP	40
4.3 <i>Samarbeid rundt BSP i det daglige</i>	41
4.3.1 Samarbeid med fastlege og kommune	41
4.3.2 Samarbeid med pårørende	42
4.3.3 Øvrige samarbeid	43
5. Diskusjon	44
5.1 <i>Hvordan erfarer personalet at brukerstyrte plasser har betydning for pasientene i deres tilfriskningsprosess?</i>	44
5.2 <i>Hvordan erfarer personalet samarbeidet mellom DPS, pårørende, fastlege, kommune og øvrige samarbeid rundt pasienter med BSP?</i>	47
5.3 <i>Studiens generaliserbarhet, reliabilitet og validitet</i>	49
5.3.1 Studiens generaliserbarhet	49
5.3.2 Studiens reliabilitet	49
5.3.3 Studiens validitet	50
6. Konklusjon	51
6.1 <i>Konklusjon- Hvordan erfarer personalet at brukerstyrte plasser har betydning for pasienten i deres bedringsprosess?</i>	51
6.2 <i>Konklusjon- Hvordan erfarer personalet samarbeidet mellom DPS, pårørende, fastlege, kommune og øvrige samarbeid rundt pasienter med brukerstyrt plass?</i>	52
6.3 <i>Videre forskning</i>	53
Litteraturliste	54
Vedlegg 1. Informasjonsskriv til informantene	58
Vedlegg 2. Kvittering fra NSD	61
Vedlegg 3. Intervjuguide 1	64
Vedlegg 4. Intervjuguide 2	66

Sammendrag

Målet med denne studien var å beskrive personalets erfaringer med å jobbe ved en psykiatrisk avdeling som anvender brukerstyrte plasser som behandlingsform. For å nå dette målet ble to forskningsspørsmål formulert: Hvordan erfarer personalet at brukerstyrte plasser har betydning for pasientene i deres bedringsprosess? Hvordan erfarer personalet samarbeidet mellom DPS, pårørende, fastlege, kommune og øvrige samarbeid rundt pasienter med BSP?

Det ble benyttet et kvalitativt deskriptivt design for å svare på disse forskningsspørsmålene. I studien ble det gjennomført seks individuelle intervjuer og disse ble transkribert i etterkant av intervjuene. Analysen som ble benyttet er inspirert av Kvale og Brinkmann (2009) sin sekstrinns analyseprosess, samt systematisk tekstkondensering som er inspirert av Giorgi (1985) og videreutviklet av Malterud (2009). Hovedtemaet i denne studien ble dannet i analyseprosessen og var sentrert rundt personalets erfaring med brukerstyrt plass i det daglige. Temaene som senere kom frem i analyseprosessen var hvilke positive sider som oppleves med brukerstyrt plass, utfordringer med brukerstyrt plass og samarbeid rundt brukerstyrt plass i det daglige. Det kom også frem undertema til disse temaene som blant annet var ansvarliggjøring av pasienten, avvisning og samarbeid med fastlege, kommune, pårørende og øvrige samarbeid.

I drøftingen ble disse temaene og undertemaene diskutert i lys av teoretiske rammeverk som recovery og brukervedvirkning for å svare på forskningsspørsmålene i studien.

Konklusjonen i denne studien er at personalet erfarer både positive sider og utfordringer rundt brukerstyrte plasser og personalet hadde delte meninger når det kom til samarbeidene som nevnt tidligere rundt disse pasientene. Den største betydningen, slik jeg tolker informantene, var at brukerstyrte plasser er viktig for pasientene i deres tilfriskningsprosess da de vet at det er et tilbud om de trenger det. Det er et tilbud om ro, omsorg og rutiner. Dette er noe som er i tråd med den tidligere forskningen rundt brukerstyrte plasser, som for eksempel Heskestad og Tytlandsvik (2008), Hanneborg og Ruud (2011) og Sollied og Måsø Helland (2010).

Om samarbeidet rundt pasienter med brukerstyrte plasser konkluderer studien med at pasientene som har tjenester ute i kommunen, botilbud med bemanning eller pårørende

som kan hjelpe dem i å ta kontakt med DPS-et for en innleggelse, muligens har en fordel i at de har støttespillere rundt seg som kan hjelpe de med å vurdere deres sykdomsbilde og dets utvikling. Informantene beskrev at mange av pasientene med brukerstyrt plass aldri benyttet seg av plassen. For noen kan det kanskje være tryggheten av å vite at det er en plass for dem hvis de trenger det. Det kan muligens også være at de ikke klarer å benytte seg av tilbudet, muligens fordi de ikke har noen å støtte seg på, eller til å hjelpe de med å benytte seg av BSP når de trenger det. Informantene mente at de forskjellige samarbeidene de hadde erfaring med rundt BSP fungerte godt.

1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet framhever brukerstyrt plass (BSP) som et alternativ til tvang og tilbudet er på en frivillig basis. BSP skal være for mennesker som er godt kjent av psykisk helsevesen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Flere distriktpsikiatriske senter (DPS) har BSP for personer som er kjent av DPS-ene. Det blir satt opp avtale mellom pasienten og DPS-et, noe som gir pasienten mulighet til selv å bestemme når den har behov for sengeplass på DPS-et. Pasienter og pårørende som har tilbud om BSP opplever en større trygghet ifølge den Nasjonale helse- og omsorgsplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010/2011).

1.1 Bakgrunn

Brukerstyrt plass er et viktig tema innenfor behandlingen av personer med psykoseproblematikk. Samhandlingsreformen sier:

”Tidlig intervensjon har til hensikt å forhindre utvikling eller videreutvikling av lidelser og problemer enten tidlig i livet, eller tidlig i forløpet. Tidlig intervensjon er dessuten viktig for å oppøve mestring, hindre utstøting og kroniske tilstander, samt at unødvendige tilleggslidelser utvikler seg” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, p. 68).

I artikkelen ”Åpen innleggelse gav bedre liv” får man et innblikk i historien til familien Håheim og deres erfaringer med brukerstyrt plass på Jæren distriktpsikiatriske senter (DPS). Nelya Håheim fikk fødselspsykose og har slitt med dette i ettertid. Familien føler at hverdagen er blitt lettere etter at hun fikk tilbudet om brukerstyrt plass (BSP). Hvis Nelya føler seg sliten eller nervøs, vet hun at hun kan komme inn til DPS og hvile seg. I artikkelen er det også beskrevet at pasienten blir ansvarliggjort gjennom at det er pasienten som selv kjenner sine symptomer og selv vet best når den trenger hjelp (Anda, 2010).

Etter å ha lest denne artikkelen ønsket jeg å få mer kunnskap om BSP. BSP var for denne familien en positiv opplevelse og de fikk den hjelpen de behøvde i de tunge periodene.

Siden jeg selv jobber innenfor helsevesenet var det naturlig for meg å reflektere over hvilke erfaringer de som jobber med BSP hadde. Hva tenker personalet på en psykiatrisk avdeling som har BSP om dette, og hvordan fungerer det i praksis?

I en artikkel i Sinn og Samfunn beskriver Høifødt (2012) BSP ved Notodden- Seljord DPS i Telemark som et lavterskeltilbud for personer som er kjent av DPS-et og som har inngått en avtale om BSP. Her kan pasienten være innlagt opptil fem døgn og etter disse fem døgnene er det en karantenetid på tre uker før de kan legge seg inn på BSP igjen. Det fortelles videre at BSP ikke er et tilbud som passer for alle, da de har sett at pasientene som har best utbytte av dette er de med psykose-, schizofreni- og bipolare lidelser. På Seljord DPS erfarer de ikke at pasientene har et mindre behov for hjelp, men at bruken av tvang har blitt redusert (Finne Høifødt, 2012).

Som vernepleier har jeg jobbet med personer som har hatt tilbud om BSP, og jeg har gjennom disse personene blitt kjent med denne tjenesten. Jeg ønsket med denne studien å få et innblikk i hvilke erfaringer de som jobber med BSP til daglig har med denne tjenesten.

1.2 Mål og forskningsspørsmål

Målet med studien er å beskrive personalets erfaringer med å jobbe ved en psykiatrisk avdeling som anvender brukerstyrte plasser som behandlingsform. For å kartlegge dette ble følgende to forskningsspørsmål formulert:

- Hvordan erfarer personalet at brukerstyrte plasser har betydning for pasientene i deres bedringsprosess?
- Hvordan erfarer personalet samarbeidet mellom DPS, pårørende, fastlege, kommune og øvrige samarbeid rundt pasienter med BSP?

1.3 Avklaring av begreper

Jeg ønsker her å gi en definisjon på begreper som blir brukt i denne studien.

Ordene brukerstyrt plass (BSP), brukerstyrt innleggelse (BSI) og brukerstyrt kriseinnleggelse (BSKI) vil bli brukt med samme betydning. Informantene i denne studien er hentet fra to DPS og de har i denne studien fått navnet DPS A og DPS B.

1.3.1 Bruker, pasient, personale

Bruker er et begrep som mange ganger blir brukt ved siden av og sammen med pasient. I forbindelse med denne studien har jeg sett på begrepsavklaringen til Pasient- og brukerrettighetslov kap.1 § 1-3 f), der bruker blir beskrevet som ” en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstaven c (Syse, 2013, p. 609). Bokstaven c sier her at helsehjelp er: ” handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell” (Syse, 2013, p. 609). Pasient er definert som ”en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle” (Syse, 2013, p. 608). Gjennom å se på disse definisjonene av bruker og pasient har jeg i denne studien valgt å bruke begrepet pasient om personer som har BSP.

Personale er i denne studien i tråd med helsepersonellovens definisjon av helsepersonell i kap.1 §3 (Syse, 2013).

1.3.2 Brukerstyrt plass

Helse- og omsorgsdepartementet har tatt BSP med under en utredning angående økt selvbestemmelse, rettssikkerhet og balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

”Noen plasser ved DPS bør defineres som kriseplasser og brukes som lavterskeltilbud, slik at en kan komme til så tidlig som mulig og dermed også i en del tilfeller unngå en mer traumatisk innleggelse i en akuttavdeling. Dette kan blant annet tilbys pasienter som er kjent ved DPS-et og gjerne har avtale om å ta kontakt ved behov, eller for pasienter som på forhånd er vurdert ved poliklinikken til å ha nytte av et slikt tilbud. Det bør også være mulig å tilby avtalte reinnleggelser for personer som er kjent ved senteret og som kan ha nytte av et slikt målrettet tilbud i en periode, som et ledd i å oppnå en mer stabil fungering og unngå kriser og akutte innleggelser. Innleggelser bør så langt det lar seg gjøre, planlegges på forhånd. Det kan være planlegging i form av et møte ved DPS, i pasientens hjem eller et annet sted i kommunen. Pasienten og dennes familie kan også inviteres på besøk i enheten. For personer som har hatt mye kontakt med det kommunale hjelpeapparatet, kan det være en fordel at personale med godt kjennskap til pasienten deltar i planleggingen (Statens helsetilsyn, 2001, pp. 19-20)”.

DPS A har 29 pasienter med BSP og en seng disponibel til dette formålet. DPS B har tre senger til BSP og 60 pasienter som har dette tilbudet. Pasienter som får tilbud om BSP på DPS A og DPS B er pasienter som tidligere har vært innlagt på DPS-et, som da ved utskrivelse kan få tilbud om BSP hvis de er i målgruppen for dette tilbudet. Hos DPS A kan pasienter også få dette tilbudet uten tidligere ha vært innlagt, men de får da først en innleggelse på to til tre uker for å bli kjent med avdelingen, referert til som et "bli-kjent" opphold. Når en pasient har skrevet kontrakt med DPS-et vil pasienten ha mulighet til å bestemme når den vil ha en innleggelse. Dette for at personen selv skal kunne kjenne når den blir dårligere og da få en innleggelse uten at de skal bli så dårlige at de trenger en tvangsinnleggelse. Hvis det er ledig plass på BSP vil de få tilbud om en innleggelse på opptil fem døgn. Pasienten trenger da ikke å gå gjennom fastlege for å få en innleggelse, men kan ta kontakt med DPS-et direkte. Det er viktig hos begge DPS-ene at det er pasienten som tar kontakt med enheten og ønsker denne type innleggelse.

1.3.3 Psykose

Psykose kan deles inn i flere grupper, herunder schizofrenier, paranoide psykoser og akutte og forbigående psykoser. Noen kjennetegn ved psykoser er at det er en forstyrrelse av tenkningen. Vanlige kjennetegn på schizofreni er tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, sansebedrag, unormale følelsesreaksjoner og stemninger, konsentrasjonsforstyrrelser, tilbaketrekking av kontakt, tap av tiltakslyst, identitetsproblem og mangel på sykdomsinnsikt. Ved individuell behandling av schizofrenier er det brukt medikamenter i akutfasen der samtaler ikke vil være nyttig for pasienten, selv om strukturerte intervjuer er en behandlingsform som kan være nyttig i senere faser. Paranoide psykoser har som kjennetegn at de har avgrensede vrangforestillinger, og det er forestillinger om forfølgelse, egen storhet, sykkelig sjalusi eller ekstremt retthaversk som er de mest vanlige (Engelstad & Engedal, 2009).

Behandling av disse typer psykoser kan være vanskelig, da pasienten selv ofte ikke er motivert for behandlingen. Relativt små doser med medikamenter kan være med på å dempe disse vrangforestillingene. Typiske symptomer på akutte og forbigående psykoser kan være vrangforestillinger, hallusinasjoner og sansebedrag som oppstår akutt og avviker fra pasientens vanlige adferd. Som behandling av disse typer psykose vil skjerming og medikamentell behandling være de mest vanlige (Engelstad & Engedal, 2009).

1.3.4 Distriktpsikiatriske sentre

DPS-ene har ansvar i et gitt geografisk område for psykisk helse for voksne personer på spesialnivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

”DPS-enes kjerneoppgaver er:

- Akutt- og krisetjenester
- Vurdering og utredning av henviste pasienter
- Differensiert behandling i form av:
 - polikliniske undersøkelser og behandling til enkeltpasienter, par eller familier
 - ambulant behandling og rehabilitering til personer med alvorlige psykiske lidelser
 - strukturert dagbehandling
 - krise- og korttidsbehandling på døgnenhet
 - lengre tids behandling
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Veiledning til psykisk helsearbeid i kommunen
- Forskning og kvalitetsutvikling
- Utdanning av helsepersonell” (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, p. 22)

2. Tidligere forskning og teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil jeg gi en beskrivelse av mitt litteratursøk og vise til den tidligere forskningen som resultatet av dette søket. Jeg vil så beskrive brukermedvirkning og recovery som sentrale begreper og vil videre ta disse opp i kapittel 5.

2.1 Tidligere forskning

Jeg vil i dette punktet vise til mitt litteratursøk og belyse resultatene av dette søket gjennom beskrivelse av tidligere forskning.

2.1.1 Litteratursøk

Jeg valgte å søke i databasene Idunn, Norat, Nora, Brage, Cinahl, PsycInfo for å innhente tidligere forskning på området. De søkeordene som ble brukt var: brukerstyrte innleggelses*, brukerstyrt plass*, brukerstyrte kriseinnleggelses*, brukerstyrt*, brukerstyring*, user-controlled*, admissions*, acute* admissions*.

Jeg har også gjort et manuelt søk i databasene til Unn.no, Ahus.no, Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn for å lokalisere forskningsrapporter og veiledere utgitt av disse institusjonene. Under mine litteratursøk kom det ikke opp noen artikler fra utlandet som omhandler BSP, og jeg har derfor valgt å benytte meg av norske studier for å vise til tidligere forskning. En mulig feilkilde er at det ikke ble formulert gode nok søkeord til å avdekke artikler og forskning fra andre land.

2.1.2 Resultat av litteratursøk

Det er skrevet artikler i Norge om temaet BSP i forskningslitteraturen. Jæren DPS har jobbet med denne type behandlingstilbud i mange år og brukerstyrte plasser ble innført som et prosjekt ved psykoseposten til Jæren DPS i 2005.

Heskestad og Tytlandsvik (2008) har skrevet en artikkel om en kvantitativ speilstudie der intervensjonsperioden sammenlignes med kontrollperioden. Det er 18 deltakere i studien, der 11 er menn og sju kvinner. De peker spesielt på at et samarbeid rundt kriseinnleggelses med pasienter med psykose både er mulig og fruktbart, og at tilgangen til sengeplasser reduserer behovet til brukeren og gir mindre bruk av tvang. De påpeker at BSKI er nyttig i rehabiliteringen av schizofrene pasienter og at antall innleggelses øker, men at bruk av sengedøgn reduseres med 33%. De konkluderer med at BSKI

innfridde forventningene og forskerne tolker det dithen at tilbudet om brukerstyrt plass har økt autonomien og tryggheten for pasientene og de pårørende (Heskestad & Tytlandsvik, 2008).

Tytlandsvik og Heskestad (2009) skrev i 2009 en artikkel basert på en kvalitativ studie. Målet for denne studien var å få frem erfaringene til pasienter, pårørende, kommunehelsetjenesten og personal ved sengepost på DPS, og evaluere forskjeller på en vanlig type innleggelse og på en mer fleksibel innleggelsestype gjennom disse erfaringene. De ville se på hvordan det å forandre to av 11 senger til BSP ville ha effekt på disse erfaringene. Utvalget her var 11 menn og sju kvinner mellom 24 og 44 år, og det deltok også en nær pårørende til hver pasient med unntak av tre. Erfaringene til disse personene ble innhentet gjennom kvalitative forskningsintervjuer. Konklusjonen i denne studien viser at brukermedvirkning fører til bedre miljø på sengeposten og at innleggelsene blir til større nytte for pasienten (Tytlandsvik & Heskestad, 2009).

Hanneborg og Ruud (2011) har utført en kvantitativ studie der det er brukt to spørreskjema som pasientene skulle svare på. Det ene spørreskjemaet omhandlet situasjonen ved innleggelse og i det andre beskrev pasientene sine erfaringer fra oppholdet. 24 pasienter deltok i denne studien og disse pasientene hadde tilsammen 49 BSI. Sju av pasientene hadde ikke brukt BSI og en pasient ønsket ikke å fortsette med denne ordningen. Hanneborg og Ruud (2011) mente at målene for BSI ble innfridd gjennom at pasientene fikk innleggelser i tråd med avtalen. Pasientene fikk behandling til rett tid og på rett nivå. De så at antall innleggelser økte, antall liggedøgn gikk ned, bruken av tvang gikk ned, og at BSI fikk positive konsekvenser for pasientene. Pasientene med BSP opplever en større grad av selvbestemmelse med dette tilbudet. Mer enn halvparten av pasientene med BSP unngikk andre typer innleggelser. Gjennom dette prosjektet viste det seg at nesten alle pasientene var fornøyde med tilbudet og det var bare en pasient som var blitt avvist på grunn av plassmangel på DPS-et. En tredjedel av pasientene som var med i prosjektet brukte plassen mindre enn de hadde forventet og samlet antall oppholdsdøgn på DPS-et gikk ned (Hanneborg & Ruud, 2011).

Et lokalt kvalitetsutviklingsprosjekt på døgnenheten ved Tromsø psykiatriske senter beskrev at målet med prosjektet var at brukerne skulle slippe å bli overprøvd når de ønsket en innleggelse ved DPS-et. De benyttet både kvalitative og kvantitative metoder

for å innhente data til dette prosjektet. Det ble foretatt fem fokusgruppeintervjuer og det ble brukt 46 svar fra en spørreundersøkelse som var laget i prosjektet. De ønsket at det skulle være en økt tilgjengelighet for pasientene til å bruke døgnheten. De ønsket også å øke egenmestringen til brukerne, samt endre holdninger til personalet og blant brukerne gjennom å stole på at brukerne selv tok de rette avgjørelsene om når de trengte å legge seg inn på DPS-et. De så at gjennom å opprette BSP, ble antall liggedøgn redusert med 22% i intervensjonsperioden for disse pasientene over en periode på ni måneder. Sengene som var satt av til BSI var i bruk 30% av tiden, men personalet opplevde at sengene hadde en funksjon gjennom at pasientene selv visste at de hadde de tilgjengelig. Det var 15 personer som hadde tilbud om BSI og to senger med det formålet (Sollied & Måsø Helland, 2010).

Det ble utført et masterprosjekt i familierapi og systemisk praksis av Elisabeth Minde (2012). Dette var en kvalitativ studie og utvalget omhandlet to familiers opplevelser med brukerstyrt innleggelse på DPS. Hovedfunnene i dette prosjektet var at pasienten følte økt samarbeid med legen i behandling av sykdommen sin, noe som igjen førte til høyere autonomi for pasienten i behandlingen (Minde, 2012).

”I prosjektet «Enkelt og greit i lag» samarbeider Jæren DPS med kommunene Klepp, Hå, Time og Gjesdal om tilbud til personer med langvarig psykisk lidelse og deres pårørende. To sengeplasser ved Jæren DPS ble gjort om til brukerstyrte døgnplasser. De skal benyttes ved kritiske faser i sykdommen. Pasientene kan kontakte Jæren DPS når de kjenner at det trengs. Dette er kontraktfestet. Evalueringen viser at økt tilgjengelighet reduserer forbruket av tjenester” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, p. 69). Resultat som kom frem i dette prosjektet var at de hadde tryggere pasienter, et lavterskeltilbud ga et lavere forbruk av tjenestene, de hadde halvert bruken av tvang og de hadde redusert antall liggedøgn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

2.2 Teoretisk rammeverk

I dette punktet vil jeg gi en beskrivelse av sentrale begreper som vil bli brukt i drøftingen av funnene i denne studien. Begrepene det vil bli lagt vekt på her er brukermedvirkning og recovery.

2.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning på individnivå er den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke sine egne individuelle tjenester (Andreassen, 2005). Brukermedvirkning er sammensatt av ordene bruker og medvirkning, der bruker er et konstruert begrep man kan forstå som noen som nyter, utnytter eller anvender. Brukeren skal ha en aktiv rolle i relasjonen mellom bruker og forvaltning (Humerfelt, 2005).

Volden (2011) påpeker at helsepersonell har en tendens til å avhumanisere brukere og man kan fort glemme at dette er vanlige mennesker. For å få et gyldig fagspråk må også brukerens perspektiv få komme til rette og bli hørt mener Volden (2011). Han sier det ikke er vanlig at helsepersonell omtaler pasienter ved en somatisk avdeling som somatiske pasienter, men det er desto vanligere at personer innlagt på en psykiatrisk avdeling blir stemplet som psykiatriske pasienter. Han mener at personer skal ha samme status som mennesker, uavhengig om man er pasienter med en somatisk lidelse, psykisk lidelse eller om man ikke har noen lidelse. Det å slite med å organisere seg er et kjennetegn ved det å ha en psykisk lidelse. Det er noe som ligger i deres natur, men gjennom jobbing er det fortsatt mulig for disse menneskene å ha en innflytelse over egne liv (Volden, 2011).

Behandleren må kunne se på tilbudet som presenteres for brukeren i mottakers perspektiv, det være seg bruker eller pasient. Sensitiviteten for opplevelsen for pasienten, men også de pårørende, ligger også i begrepet brukerperspektiv. Å være lydhør for både pasient, men også de pårørendes opplevelse og situasjonsforståelse, er det moderne psykiatriske behandling kjennetegnes ved. Det er viktig å se brukerperspektiv som det er og ikke tro at det ligger noe mer bak brukerens ønsker. (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, & Løkke, 2009).

Andreassen (2005) beskriver brukermedvirkning på to nivåer, individnivå og systemnivå. Brukermedvirkning på individnivå vil si den enkeltes rettighet og dens mulighet til å bestemme eller påvirke sitt behandlingstilbud. Hvis en bruker får være med på å forme tjenester ikke bare for seg selv, men også helse- og sosialtilbudet generelt, vil det være brukermedvirkning på systemnivå. Dette kan også kalles kollektivt eller representert brukermedvirkning (Andreassen, 2005).

Ifølge Hanssen (2010) handler individuell brukermedvirkning om en relasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, der tjenestemottaker har innflytelse på beslutningene om egen helse og velferd. Graden av medvirkning vil kunne variere i forhold til hva brukeren selv har mulighet til å påvirke, men en målsetning må være at brukeren opplever optimal medvirkning ut ifra sine forutsetninger og ønsker (Hanssen, 2010).

Brukermedvirkning og pasientrettigheter er noe veilederen for DPS viser til (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Pasienten skal settes i sentrum og ha mulighet til å medvirke i sin behandling og sine tjenester, noe som viser til viktigheten med en individuell plan for pasienten. Det veilederen trekker frem som brukermedvirkning på individuelt nivå, er at pasientene skal ha informasjon om sin diagnose og hvilke behandlingsformer som er tilgjengelig for den enkelte pasient. Det skal være en toveiskommunikasjon mellom behandler og pasient, der pasienten fritt kan stille spørsmål. Pasienten skal ha muntlig og skriftlig informasjon om hva som kan forventes av den offentlige tjenesten. Pasienten skal også ha en utredning og den skal kunne bidra i behandlingen og prosessen rundt vurderingen av denne utredningen. Veilederen sier også at pasienten skal involveres i viktige beslutninger i behandlingen, samt være med på planlegging, behandling og avslutning. Pårørende skal bli invitert til å delta i behandling etter pasientens ønske og pasienten skal i tillegg ha et tilbud om opplæring i selvhjelp og mestring (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Veilederen beskriver også brukermedvirkning på systemnivå. Her beskrives det at det skal etableres brukerråd der representantene har en reell påvirkningskraft og at det skal innhentes brukererfaringer. Disse brukererfaringene skal benyttes for å forbedre tjenestene til brukerne. I prosjekter med utviklingsarbeid skal brukerorganisasjoner være representert. De skal også være med som høringsinstans for forslag som berører tjenestetilbudet. Brukerombud og brukeransettelser skal benyttes for å innhente brukererfaringer. Brukerstyrte tiltak skal få støtte og det skal sikres at tjenesteutøvere har tilstrekkelig kunnskap om brukermedvirkning (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Selvbestemmelse er et begrep Ellingsen (2005) ønsker at skal brukes om den individuelle retten til å bestemme i sitt eget liv istedenfor begrepet brukermedvirkning. Han sier at brukermedvirkning fort kan bli mer et slagord enn en realitet. Han tror også at det er viktig å få forståelse for og utvikle gode kunnskaper om hvordan medvirkning kan forstås og stimuleres (Ellingsen, 2005). Det er ikke alle som kan bestemme alt i sitt

eget liv, men målet må være at brukeren selv føler de har deltatt så mye som mulig (Hanssen, 2010).

Sundet (2011) beskriver brukermedvirkning som et begrep vi møter nesten overalt. Han mener dette begrepet bunner ut i at vi som terapeuter må kunne stole på det pasientene sier. Han påstår at forståelse, behandling, tenkning har vært knyttet til terapeutsiden, men han mener også at terapeutperspektivet og brukerperspektivet er like reelle og at brukerperspektivet bør vektlegges mer enn terapeutperspektivet for å kunne komme i kontakt med et ”innen-i-fra”-perspektiv kontra et ”uten-i-fra”-perspektiv (Sundet, 2011).

Brukermedvirkning har hatt en sentral rolle i det psykiske helsefeltet. Karlsson og Borg (2013) mener at brukermedvirkning ofte er et fellesbegrep for både pårørende og brukere og at dette er et vidt begrep som rommer flere dimensjoner, men også mange definisjoner. De mener at brukererfaringer fremdeles er på bunnen av kunnskapshierarkistigen i det psykiske helsefeltet. Karlsson og Borg (2013) sier videre at brukerkunnskap og recoveryforskning har gitt verdifulle og kompliserte bidrag til det psykiske helsefeltet (Karlsson & Borg, 2013).

”Brukerne har, i langt større grad, fått en stemme som *subjekter* framfor å være *objekter* for medisinsk intervensjon” (Skårderud, Hugsgjerd, & Stånice, 2010, p. 45). De mener at pasientens verdighet og juridiske rettigheter har blitt oppgradert og at brukermedvirkning og empowerment handler om makt over eget liv. Pasientene får denne makten gjennom å kunne ta avgjørelser og ha en konkret makt over de hjelpetiltakene de er brukere av (Skårderud, Hugsgjerd, & Stånice, 2010).

Brukermedvirkning er noe alle parter kan tjene på og det er selvfølgelig hensynet og respekt ovenfor pasienten som står sentralt, men gjennom å lytte til brukerne av tjenestene vil vi få verdifull kunnskap. Ved å få brukeren til å medvirke vil vi kunne hjelpe den til å ikke bare være en brikke i et spill, men som en egen aktør i behandlingen (Aarre, 2010).

2.2 Recovery

Kunnskapen utviklet av personer som er blitt friske etter alvorlige psykiske lidelser blir i dag møtt med velvillighet og nysgjerrighet i økende grad. Bedringsperspektivene har også vært med på å minske stigmatiseringen av psykiske problemer mener Borg,

Jensen, Topor og Andersen (2011). De sier videre at recovery-begrepet ble kjent i Norden for snart tjue år siden og at det passet godt inn i WHO-strategier med fokus på brukerperspektivet. Sentralt sto det å minske psykiske institusjoners makt og definisjonsrett, dette også i tråd med Pasient- og brukerrettighets loven kapittel 3. §3-1 (Syse, 2013). Det ble viktig å se på organiseringen av møter mellom de som trengte hjelp og de som skulle hjelpe. Det var ikke lenger de profesjonelle som skulle ha enerett på svarene, men ny kunnskap ble forhandlet frem der alle parter skulle høres. Mennesket selv skulle kunne få være med på å bestemme hvilke tiltak det trengte for å bli friskt, og vel så viktig var forståelsen om at sosiale og materielle forhold også var viktige i hverdagslivet til vedkommende (Borg, Jensen, Topor, & Andersen, 2011).

”Ingen skal defineres som for ”psykisk lidende” til å kunne leve et selvstendig, verdig og meningsfullt liv i sitt valgte lokalmiljø (Davidson, 2006)” (Karlsson & Borg, 2013, p. 65).

Dette oppsummerer recovery-begrepet i forhold til at alle er en del av menneskeligheten. Det handler om jakten på ressursene i seg selv. Recovery foregår ikke bare i hverdagslivet, men også i lokalmiljøet. Dette er en personlig prosess som skal endre personens holdninger og mål for livet. Recovery i et sosialt aspekt handler om å skape et dynamisk forhold mellom individet og omgivelsene (Karlsson & Borg, 2013).

Borg, Karlsson, og Stenhammer (2013) mener at det unike med recovery-begrepet er at det er utviklet gjennom personens opplevde erfaringer med bedringsprosess og psykisk helse. Det er lagt vekt på hva personen selv mener skal til for å bli bedre. Recovery-forskningen startet i Amerika på 1970-80-tallet og i begynnelsen var dette en personlig prosess. I følge dem er alle del av den samme menneskeligheten. Det recovery handler om er å jakte på ressursene som ligger i hver enkelt, noe personen kan gjøre selv eller i samarbeid med pårørende eller fagpersoner. Man kan gjerne kalle recovery for en bedringsprosess på norsk. Begreper som er beslektet med recovery-begrepet er ifølge Borg, Karlsson og Stenhammer (2013)

- Empowerment
- Resilience
- Rehabilitering

- Salutogenese
- Helse og velvære
- Familie- og nettverksarbeid
- Samarbeidende praksiser (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013)

I Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013) er recovery-begrepet sentralt. Det beskrives som en holdning som fremmer håp og tro på en mulighet til å leve et tilfredsstillende og meningsfullt liv, selv om man lider av en alvorlig psykisk lidelse som psykose. De peker på at bedringsprosessen er individuell og unik for hvert enkelt individ. Det å ha en recovery-orientert praksis vil si at man vektlegger det å rette oppmerksomheten mot hva som er viktig for hver enkelt, hvordan de best mulig kan håndtere kriser og hvordan de kan øke muligheten for å mestre (Helsedirektoratet, 2013).

”Det foreligger ingen fellesstandarder eller en type praksis som kan defineres som recoveryorientert. Derimot finnes det et mangfold og de er høyst forskjellige både med hensyn til innhold og utforming. Kunnskapssammenstillingen gir slik sett heller intet belegg for å hevde at det finnes en evidensbasert praksis. Dette kan begrunnes med at det er høyst ulike syn på hvordan begrepet recovery kan defineres og avgrenses så vel som hva som kan anses å være evident kunnskap om recovery. I litteraturen finnes en rekke diskusjoner om sammenhenger mellom recovery og evidens, og flere argumenterer for at forholdet mellom de to hverken er motsetningsfulle eller enkle. I relasjon til recovery understrekes behovet for å utvide evidensforståelsen til i langt større grad å inkludere de personlige erfaringer med hva som hjelper ” (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013, p. 39)

I følge Karlsson og Borg (2013) er det å sette personen i sentrum med sine styrker og svakheter, det første man gjør i recovery-tenkningen. Recovery er ikke strømlinjeformet, men noe som handler mer om livsprosesser enn om resultatet. Det er personens egen innsats som avgjør hvor langt den kommer i å hjelpe seg selv. Recovery har tidligere vært knyttet til alvorlige psykiske lidelser. Det blir understreket at det ikke er en behandlingsform eller et omsorgsteoretisk perspektiv, men det refererer til hva mennesket selv kan gjøre for å bedre sin situasjon. (Karlsson & Borg, 2013).

Karlsson og Borg (2013) viser til en liste som beskriver hva recoveryorientert praksis i

psykisk helsearbeid omhandler. ”

- å lytte til og tro på det som personen *selv* sier at vedkommende trenger hjelp og støtte til
- å akseptere at det er mange strategier og veier mot recovery
- å gi personen mulighet til å velge – recovery er frivillig
- å interessere seg for personens hverdag, livssituasjon og livssyn
- å anerkjenne betydningen av sosiale omgivelser og relasjoner
- å forstå at recoveryprosesser har de beste vilkår i håpefulle og støttende omgivelser
- å inkludere medarbeidere med brukererfaring/erfaringskonsulenter i temaene
- å respektere erfaringsbasert kunnskap og viten og dermed også behovet anerkjennelse av et vidt evidensbegrep der ulike kunnskapsformer likestilles (Drake, Deegan & Rapp, 2010; Jensen mfl., 2010)” (Karlsson & Borg, 2013, p. 78).

Man skal legge vekt på den subjektive opplevelsen av sykdommen den enkelte har, uten å overprøve den med en objektiv definisjon av dette sykdomsbildet (Helsedirektoratet, 2013). Borg, Karlsson og Stenhammer (2013) mener at litteraturen viser at recovery er et sentralt politisk tema i utvikling av psykiske helsetjenester. Grunnlagsdokumenter for recovery blir vedtatt av politiske myndigheter og skal så implementeres i den kliniske praksisen. Ofte har fagfolk et delt forhold til dette, sier Borg, Karlsson og Stenhammer (2013). Det viser seg imidlertid at i institusjoner der dette er implementert ofte fungerer godt og da er det ofte basert på arbeid fra nedenfra og opp. De mener at det grunnleggende elementet er at det har vært et samarbeid mellom bruker, ansatte, pårørende og forsker fra starten av (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013).

3. Metode og metodiske overveielser

I dette kapittelet vil jeg beskrive mitt valg av metode og presentere hvordan jeg har valgt å gå frem for å nå målene for studien gjennom å besvare mine forskningsspørsmål, samt hvorfor jeg har valgt denne fremgangsmåten.

Jeg vil også i dette kapittelet belyse hvordan jeg gikk frem for å innhente mine informanter og gi en presentasjon av de, presentere min fremgangsmåte for innhenting av data og redegjøre for min analyseprosess. Til slutt vil jeg beskrive hvordan studiens validitet og reliabilitet er ivaretatt og mine etiske overveielser underveis i mitt arbeid med denne studien.

3.1 Kvalitativt deskriptivt design

I denne studien har jeg valgt et kvalitativt deskriptivt design. Valget falt på dette designet fordi jeg ønsket å beskrive hva personalet som jobber på en psykiatrisk avdeling har erfart gjennom å jobbe med BSP. Et kvalitativt design kan bidra til å belyse hvordan enkeltindivider oppfatter et bestemt fenomen og vil kunne gi en økt forståelse av samhandling mellom grupper, enkeltindivider og institusjoner, samt gi en forståelse av samfunnet vi lever i (Dalland, 2012). Kvalitative spørsmål er en måte å forstå, men ikke forklare, et fenomen og målet vil være å beskrive dette fenomenet (Malterud, 2011).

3.2 Utvalg

I denne studien er det gjort seks kvalitative individuelle intervjuer med personal som jobber ved to ulike DPS. Jeg har benyttet tre informanter fra hvert DPS.

I begynnelsen av studien var det ønskelig med seks til åtte informanter for å få et representativt utvalg for personal som jobber med BSP ved en psykiatrisk avdeling. Ønsket var å kunne gå i dybden i analyseprosessen uten at analysen ville virke overfladisk som et resultat av for mye data (Malterud, 2011).

Det ble vurdert at å starte med et mindre antall informanter ville gi tilstrekkelig informasjon til å bygge studien på. Skulle det vist seg at intervjuene gav for lite informasjon var det mulig å innhente flere informanter. En slik framgangsmåte

anbefaler Dalland (2012) for å unngå å samle inn mengde overflødig data (Dalland, 2012).

For å etablere kontakt med informantene henvendte jeg meg til de to DPS-ene med forespørsel om å benytte informanter fra deres avdelinger. Denne kontakten ble gjort via e-post og oppfølgende deltagelse på møter. Tillatelse til å utføre intervjuer, samt hvem som skulle være mine samarbeidspartnere, ble bestemt ved DPS-ene i interne møter. Det ble sendt et informasjonsskriv (se vedlegg 1) til de som hadde sagt seg villig til å rekruttere informanter gjennom inklusjonskriteriene. Mine samarbeidspartnere var ansvarlige for de aktuelle avdelingene, og gav tilbakemelding når noen av personalet hadde meldt seg som informanter. Deretter tok jeg videre kontakt med de aktuelle informantene for å avtale tid for intervjuer.

Inklusjonskriterier for denne studien var:

- Personen må jobbe til daglig på en psykiatrisk avdeling som har brukerstyrte plasser.
- Personen må ha jobbet minimum et år med brukerstyrte plasser.

Studien hadde ingen eksklusjonskriterier.

For å kunne innhente det ønskelige antallet informanter fra DPS-ene ble det nødvendig å inkludere en informant som selv ikke arbeidet med brukerstyrte plasser. Denne informanten hadde imidlertid tidligere arbeidet med BSP over lengre tid, og oppfylte dermed inklusjonskriteriene.

Mine informanter er en mann og fem kvinner. Disse er utdannet henholdsvis som hjelpepleier med videreutdanning innenfor psykisk helse, hjelpepleier, sosionom med videreutdanning i psykose og relasjon, psykiatrisk sykepleier, spesialhjelpepleier i psykisk helse og sykepleier. Disse personene har jobbet på DPS i alt fra sju år til 29 år, se tabell 1 for oversikt. Gjennom bredden i utdanning og representasjon av begge kjønn, er informantene en variert gruppe som har et vidt spekter av erfaringer, også gjennom sine ulike roller på avdelingene. Informantene har gitt studien utfyllende informasjonen for å gjøre en grundig og fullstendig analyse.

Tabell 1, Informantene i studien:

Kjønn	Kvinne	Kvinne	Mann	Kvinne	Kvinne	Kvinne
Utdanning	Hjelpepleier	Sykepleier	Sosionom	Sykepleier	Hjelpepleier	Hjelpepleier
Videre- utdanning	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Nei
Erfaring fra psykiatri- feltet	8 år	13 år	15 år	7 år	29 år	27 år

3.3 Kvalitative individuelle forskningsintervjuer

Målet med studien var å få frem enkeltindividers erfaringer med BSP på en psykiatrisk avdeling. For å innhente de ønskelige dataene ble det gjennomført seks kvalitative individuelle intervjuer.

En stor fordel med å bruke intervju som metode er at man har direkte kontakt med informanten og man kan tolke kroppsspråk og signaler i intervjusituasjonen. Ved bruk av oppfølgingsspørsmål kunne jeg sikre at jeg fikk best mulig informasjon og dermed hjelpe meg til å svare på mine forskningsspørsmål (Bjørndal, 2002). Dette forsøkte jeg å være bevisst på i intervjusituasjonen. Det var lett å tolke informantene og stille oppfølgingsspørsmål hvis det var nødvendig, eventuelt kunne jeg omformulere spørsmålet hvis jeg følte at de ikke forsto det slik det var ment. I intervjusituasjonen var det også mulig å påbegynne analyseprosessen gjennom å tolke det informanten sa i situasjonen og notere ting jeg opplevde som viktige der og da, som for eksempel kroppsspråk. I et kvalitativt intervju vil det være informantene som selv formulerer svarene i motsetning til et spørreskjema der personene skal krysse av for det som passer for dem i et bestemt skjema (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette vil kunne være med på at studien får den type opplysninger som er ønskelig.

Studien er inspirert av de syv intervjuundersøkelsens stadier presentert av Kvale og Brinkmann (2009), herunder tematisering, planlegging, intervju, transkribering,

analyse, verifisering og rapportering (Kvale & Brinkmann, 2009). Det første som ble gjort i arbeidet med oppgaven var å sette et mål for studien og tematisere forskningsspørsmål som jeg ønsker å besvare gjennom denne studien. Hovedmålet var personalets erfaring med brukerstyrt plass og det ble først tatt utgangspunkt i en problemstilling som senere ble omgjort til mål og forskningsspørsmål. Den endelige formuleringen av forskningsspørsmål kom gjennom en vurdering av hva denne studien ønsker å få frem. Mål og forskningsspørsmål ble endelig i forkant av intervjuene ved en vurderingsprosess på flere uker der jeg til slutt kom frem til at jeg ønsket å kartlegge hvordan BSP fungerer i det daglige på avdelingene, hvilken betydning denne plassen hadde for pasientene i bedringsprosessen deres, samt hvilke samarbeid jeg tenker er viktige rundt pasienter med BSP. Etter denne prosessen ble det laget en prosjektplan som omhandlet hvordan dette målet og forskningsspørsmålene kunne bli besvart på en best mulig måte, og jeg valgte utfra dette en metode og et handlingsforløp for å gjennomføre denne studien. Intervjuene ble gjennomført etter at godkjenning fra NSD var klar (se vedlegg 2). Intervjuene ble transkribert så raskt som mulig etter at de var gjennomført. Analysen ble utført når alt det transkriberte materialet var klart. Gjennom å vurdere intervjuene ut fra analysen, kunne jeg se om jeg hadde fått den ønskelige informasjonen. Til slutt ble rapporteringsfasen det endelige produktet av studien. Disse stadiene er beskrevet tidligere i studien og vil bli utdypet senere i dette kapitlet.

Malterud (2011) skriver at kvalitativ metode bygger på menneskers erfaringer og fortolkninger, altså fenomenologi og hermeneutikk (Malterud, 2011). For å kunne besvare studiens forskningsspørsmål var det naturlig å spørre personalet om deres erfaringer rundt dette temaet. Det ble utformet en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 3) med spørsmål som var relevante for å innhente den ønskede informasjonen. Man må i begynnelsen vurdere hvor dypt det er realistisk og ønskelig å gå, intervjueren må være oppmerksom på forandringer og det skal være rom for flere sider av samme sak siden fenomenene ofte har flere sider (Malterud, 2011).

Ved å bruke målet og forskningsspørsmålene som hjelp til å utarbeide intervjuguiden har jeg avgrenset kjernen i studien. Dette begrenser også hvor dypt jeg skal å gå i forskningen. Det var erfaringene til personalet som var kjernen og det var derfor rom for å si noe om flere sider av brukerstyrt plass på DPS.

Den semistrukturerte intervjuguiden var laget i forkant av intervjuene. Fordelen med en semistrukturert intervjuguide er at man kan bevege seg fram og tilbake, alt etter hva som er hensiktsmessig i intervjusituasjonen. Hovedtema i intervjuguiden var forskningsspørsmålene i studien. Man kan gjennom dette unngå å be informantene svare på spørsmål som allerede er besvart (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Den semistrukturerte intervjuguiden var et hjelpemiddel for å strukturere intervjuene og sørge for at temaene ble dekket. Både hovedspørsmål og eventuelle tilleggsspørsmål var planlagt i intervjuguiden. Slik sørget jeg for å kunne styre informantene inn på de temaene som var ønskelige, uten samtidig å styre svarene fra informanten (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne intervjuguiden var i tillegg et godt hjelpemiddel for å se om svarene som ble gitt var innenfor studiens tema. I prosessen med utforming av intervjuguiden var det viktig for meg at spørsmålene ikke skulle være ledende og at de skulle gi rom for informantene til fritt å kunne formidle sine erfaringer. Jeg ønsket å unngå å få ja/nei svar, men jeg opplevde i intervjusituasjonen at det kunne forekomme selv om spørsmålene var brede og ikke nødvendigvis rettet mot ja og nei. I slike situasjoner var støttespørsmål og tilleggsspørsmål en god hjelp. Etter de tre første intervjuene gjorde jeg noen forandringer på den semistrukturerte intervjuguiden slik at jeg kunne få mer data. Intervjuguiden ble revidert og forandret noe for å kunne gi mer utfyllende svar i forkant av de tre siste intervjuene (se vedlegg 4).

Samtlige seks intervjuer ble gjennomført på informantenes arbeidssted. Dette var et rent praktisk hensyn som gjorde det enklere for informantene å delta. For intervjuene på DPS A var det bestilt rom som egnet seg for intervjuene og som hindret forstyrrelser. Dette fungerte bra og det oppsto ikke unødvendige forstyrrende elementer i situasjonen. For intervjuene hos DPS B ble det funnet rom for å utføre intervjuene da jeg kom til DPS-et. I det ene intervjuet ble det en forstyrrelse, men bortsett fra dette ble intervjuene gjennomført uten noen uforutsette utfordringer. Intervjuene ble tatt opp på digital opptaker for å sikre at all informasjon ble oppfattet og dokumentert riktig.

Etter at intervjuene var gjennomført ble de transkribert fra muntlig til skriftlig. Alle intervjuene ble transkribert i bokmål for å sikre at informantene ikke skulle være gjenkjennelige gjennom det transkriberte materialet. De digitale opptakene ble lagret på en datamaskin uten internettilgang og denne maskinen var passordbeskyttet for å sikre at informantene forble anonyme. Dette ble gjort så raskt som mulig etter intervjuene.

Gjennom transkriberingsprosessen oppsto det ingen uventede utfordringer. Det mener jeg kan skyldes at intervjuene ble transkribert raskt etter intervjuene var gjennomført, mens alle inntrykkene fra intervjusituasjonen var friskt i minnet. Jeg valgte å transkribere intervjuene selv, da det gav meg mulighet til å starte analyseprosessen på et tidlig stadium. Opptakene som ble gjort hadde en god lyd kvalitet, noe som igjen forenklet transkriberingsprosessen. Jeg valgte først å transkribere ord for ord, men har i studien valgt å presentere en tekst som er noe bearbeidet for å få frem en mer skriftlig form. Dalland (2012) sier at dette er en god måte å bearbeide intervjuet på da det som blir sagt ord for ord gjør det mulig og gjenoppleve intervjuet. Han sier også at man, ved å gjøre det muntlige om til tekst, mister relevante observasjoner som mimikk, nyanser i stemmer og kroppsspråk (Dalland, 2012). Dette er også noe jeg gjorde meg notater av i løpet av intervjuet for å ikke miste disse observasjonene. Disse notatene brukte jeg videre i analyseprosessen.

Jeg ønsket å presentere mine informanter på en positiv måte, men at de samtidig skulle kjenne seg igjen i den teksten som er presentert. Jeg har i den bearbeidede teksten fjernet ord som er typiske taleord som for eksempel "liksom". Dette for å gjøre det informantene mener mest mulig representativt, uten at teksten skal virke oppstykket, i tråd med det Malterud (2011) beskriver.

3.4 Metodekritikk

Kvale og Brinkmann (2009) sier i sine syv steg av validitetsprosessen at validitet er å stille spørsmål til det arbeidet som gjøres. De syv stegene de viser til er: Tematisering, planlegging, intervju, transkribering, analyse, validering og rapportering (Kvale & Brinkmann, 2009). Under tematisering sier de at man må se hvor solide de teoretiske forutantakelsene er og hvor logisk omgjørelsen fra teori til forskningsspørsmål er (Kvale & Brinkmann, 2009).

For å utarbeide forskningsspørsmål har jeg arbeidet tett med min veileder og jeg har deltatt på masterseminar der jeg presenterte forskningsspørsmålene for mine medstudenter og fikk tilbakemelding på dette. Gjennom denne prosessen har jeg også vurdert hva den beste måten å besvare studiens forskningsspørsmål vil være. Studiens mål var å gi varierte erfaringer fra forskjellige profesjoner som arbeider med et bestemt tema. Ved å bruke en kvantitativ metode ville man kunne få målbare data som kunne si noe generaliserbart. En kvalitativ metode ville også kunne få frem erfaringene til

informantene, men svarene ville da være satt på forhånd og informantene ville måtte velge det som passet nærmest deres erfaringer. Dette ville ta bort noe av det som var ønskelig i denne studien, nemlig få frem deres personlige erfaringene med deres egne ord.

Under intervjuene og i prosessen med å utforme intervjuguider har det vært et mål å utarbeide spørsmål som ikke skal være ledende, men åpne slik at informantene selv kan forme sine svar og vise til sine erfaringer om BSP. En mulig svakhet i denne studien kan være at spørsmålene ikke er stilt på en optimal måte og at noe av nyansen i svarene studien var ute etter, faller bort.

I transkriberingsprosessen ble alle intervjuene skrevet på bokmål, da dette kan være med på å ta bort nyanser i språket og miste noe av meningen informantene prøvde å få frem. Dette er noe som er vurdert og tatt i betraktning i det videre arbeidet. I analysen av intervjuene har det vært viktig å sikre at de vurderingene og fortolkningene som har blitt gjort, er logiske og tro til det informantene sier.

Validitetsvurderingen er noe som har gjennomsyret hele studien, og gjennom hele prosessen er det vurdert om valgte fremgangsmåte er den beste tilnærmingen. Rapporteringsfasen er selve produktet av studien. Kvale og Brinkmann (2009) mener at leseren er med på å validitetsbedømme resultatet, og da også vurdere om rapporten gir en valid beskrivelse av funnene i studien.

Denne studien vil ikke gi et generaliserbart resultat, men i og med at informantene har ulike profesjoner fra forskjellige DPS, vil dette kunne peke på erfaringer personal som jobber på en psykiatrisk avdeling har med BSP. Det er lite sannsynlig at alle som jobber med BSP ved en psykiatrisk avdeling vil ha de samme erfaringene som personene som har deltatt i min forskning, men studien sier noe om hvilke erfaringer akkurat disse personene har. Studien ønsker ikke å komme med et fasitsvar om at alle som jobber med BSP opplever dette på en spesiell måte, men ønsker heller å beskrive disse personenes erfaringer sett mot studiens forskningsspørsmål.

Kvale og Brinkmann (2009) viser til at reliabilitet beskriver studiens konsistens og troverdighet. Studiens reliabilitet er blitt ivaretatt gjennom å være tro til informantene i transkriberingsprosessen, selv om teksten er blitt behandlet for å gjøre den til en lesbar

tekst. Metoden er blitt beskrevet nøyaktig og punktlig i forhold til hvordan studien er blitt gjennomført, og tanker og vurderinger som er gjort underveis er blitt beskrevet.

3.5 Analyse

Jeg har valgt å bruke en analysemetode inspirert av Kvale og Brinkmann (2009) sin sekstrinns analyseprosess og systematisk tekstkondensering som er beskrevet først av Amedeo Giorgi (Giorgi, 1985) og senere modifisert av Malterud (2011).

Jeg har valgt å bruke disse analyseprosessene for å kunne gi et ryddig og lesbart resultat av min analyse av intervjuene. Malterud (2011) mener at analyseprosessen kan bli mer håndterlig og grundig med en trinnvis analyse. På bakgrunn av dette valgte jeg å benytte meg av Malterud (2011) sin systematiske tekstkondensering. En annen grunn er at jeg vil presentere mine funn på en ryddig og systematisk måte som viser hva jeg har lagt vekt på (Malterud, 2011).

Kvale og Brinkmann (2009) sine seks trinn i analysen viser til viktige aspekter med analysen det ikke er like lett å sette systematisk opp, men som er gjennomgående for hele prosessen. Disse trinnene er intervjupersonenes spontane fortellinger, intervjupersonenes egne oppdagelser, intervjuers fortolkninger, tolkningen av det transkriberte intervjuet og gjenintervju.

Analyseprosessen ble påbegynt under selve intervjuet, der jeg lyttet til det informanten sa og prøvde å sette dette i en helhet og trekke ut hovedtemaer i det som ble sagt, i tråd med det Kvale og Brinkmann (2009) beskriver som det tredje trinnet i deres sekstrinns analyseprosess. Jeg følte at det var naturlig å starte allerede i denne situasjonen med å danne meg et bilde av hva det var informantene fortalte om deres erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009). Når man står i intervjusituasjonen kommer man gjerne på spørsmål man ikke nødvendigvis hadde i forkant. Etter de tre første intervjuene gjorde jeg noen endringer på intervjuguiden for å kunne få frem mer data som manglet etter de første intervjuene.

Malterud (2011) beskriver fire hovedpunkter i systematisk tekstkondensering. Det første som ble gjort i denne delen av analyseprosessen var å lese igjennom det transkriberte materialet, der jeg prøvde å danne meg bilder av temaer jeg hadde blitt fortalt av mine informanter. Ved å transkribere de digitale opptakene selv var dette også en måte å skape seg et bilde av hva som ble sagt, og jeg kunne her også sette noen

kommentarer til den videre prosessen i parentes. Dette for å bedre huske selve intervjusituasjonen med tanke på kroppsspråk og mimikk til mine informanter. Når alle intervjuene var lest og jeg følte at helheten av materialet var klart, begynte jeg å se etter temaer i materialet. De temaene jeg fant i materialet var positive sider med BSP, utfordringer med BSP og samarbeid knyttet til BSP. Disse temaene var de som umiddelbart viste seg da jeg leste igjennom intervjuene som en helhet. Jeg forsøkte å se bort fra min intervjuguide når jeg søkte etter temaer, men svarene jeg har fått igjennom intervjuene speiler intervjuguiden. Dette i tråd med det Malterud (2011) beskriver i det første trinnet av systematisk tekstkondensering. Disse temaene er ikke det endelige resultatet og er ikke på bakgrunn av en systematisk refleksjon, men den intuitive oppfatningen når man leser teksten. Dette for å strukturere materialet (Malterud, 2011).

I trinn to ble disse temaene brukt for å danne seg meningsbærende enheter, Malterud (2011) kaller dette koder. Her er målet å skille relevant fra irrelevant tekst, samt å begynne å finne frem til deler som kan belyse forskningsspørsmålene. Tekstene kan være korte eller lange (Malterud, 2011). De transkriberte intervjuene ble gjennomgått igjen linje for linje og jeg valgte her å bruke fargekoder for det som var interessant. Dette med tanke på de temaene som allerede var dannet. Fargekodene som ble utarbeidet i dette trinnet var: pasienten er kjent på avdelingen, forebygging, pasienten har ansvaret selv, avvisning, for dårlige pasienter, feil bruke av plassen, utfordringer i forhold til andre pasienter som har vanlig innleggelse, samarbeid med fastlege, samarbeid med pårørende, samarbeid med bolig som brukere er knyttet til og øvrige samarbeid. Disse kodene kom frem ved å se på temaene og hva informantene sa i intervjuene. Dette var punktene som ble løftet frem av informantene og sett opp mot målet og forskningsspørsmålene for studien.

I det tredje trinn av systematisk tekstkondensering skal man bevege seg fra koder til mening. Her ble det systematisk hentet ut meninger fra de meningsbærende enhetene (Malterud, 2011). Jeg ønsket fortsatt å ha koder som beskrev de positive sidene med BSP, men jeg ville også å gi rom for å vise hva informantene mener er utfordringer med BSP. Samarbeidet som skjer i det daglige knyttet mot disse pasientene har informantene også beskrevet. Dette ble gjort for å fortsatt besvare forskningsspørsmålene og for tydelig å få frem hva informantene sier.

I det fjerde trinn i Malterud (2011) sin systematiske tekstkondensering skal man sette bitene sammen til nye begreper eller beskrivelser man kan dele med andre. I det siste trinnet Malterud (2011) beskriver har kodene blitt gjort om til begreper og jeg har valgt å bruke begrepene: ansvarliggjøring av pasienten, styrkning av pasienten og forebygging av forverring av sykdomsbilde for å belyse de positive sidene med BSP. For å vise til de utfordringene informantene beskriver har jeg valgt å bruke avvisning, pasienter som er for dårlige til å benytte BSP og feil bruk av BSP. Jeg har valgt å bruke samarbeid for å beskrive samarbeidet i det daglige rundt pasienter som har BSP og undertema her er samarbeid med fastlege og kommune, samarbeid med pårørende og øvrige samarbeid.

3.6 Forskerrollen

Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) viser til tre typer hensyn som forskeren må ta. Det skal være frivillig å være med på undersøkelsen og vedkommende skal gi et informert samtykke til å delta basert på informantens rett til selvbestemmelse og autonomi. Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv viser til at informantene har rett til å nekte forskeren opplysninger om seg selv og informantene skal også være sikre på at all informasjon blir behandlet konfidensielt. Forskeren har i tillegg et ansvar for å unngå å skade informantene og de skal utsettes for minst mulig belastning (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

Dette er noe jeg har lagt vekt på gjennom denne studien. Studien ble registrert og godkjent hos NSD som mente at informasjonen om informantene og opplysninger som ble gitt i studien ble behandlet konfidensielt og at privatlivet til informantene ble respektert (se vedlegg 2).

Forskeren vil påvirke prosessen i større eller mindre grad, ifølge Malterud (2011). Hun mener at man som forsker er en del av det feltet man undersøker. Et mål med kvalitativ forskning er at deltakerens meninger og synspunkter skal komme frem. Det er ikke interessant å få frem data ved bruk av ledende spørsmål eller svar informanten forventer at forskeren vil høre. Forskeren må kunne legge sine egne meninger til side og være tro mot det informantene sier (Malterud, 2011).

Min rolle som forsker blir farget av mine tidligere erfaringer, min bakgrunn som vernepleier og det at jeg hadde kjennskap til noen av informantene på forhånd. Dette

syntes jeg ikke var problematisk, men heller en hjelp for å skape en avslappet og rolig atmosfære i intervjusituasjonen. Et potensielt problem med dette var at det kunne vært vanskelig å stille oppfølgingsspørsmål hvis man ikke fikk nok utdypende svar, i redsel for å sette informanten ut. Et annet potensielt problem kunne være at informanten syntes det var vanskelig å svare på spørsmål fra meg. Dette følte jeg gikk bra og mitt inntrykk var at informantene forsto rollen jeg hadde som intervjuer.

Det er naivt, ifølge Malterud (2011), å tro at forskeren blir usynlig i materialet. Det var derfor viktig å ha medstudenter eller veileder til å hjelpe meg som forsker å se hvordan produktet er påvirket av mitt ståsted (Malterud, 2011). Bakgrunnen min og mine tidligere erfaringer har også vært med på å farge studien med tanke på mål, forskningsspørsmål og ønsket felt å utforske. Jeg har tidligere hatt erfaringer med brukere som har hatt dette tilbudet og var derfor nysgjerrig på hvordan de som jobbet med dette erfarte det.

Forskeren vil alltid ha med seg tidligere erfaringer, hypoteser og faglig perspektiv. Dette er noe som kan være drivkraft i arbeidet, men det kan også være noe som gjør at forskeren går inn med en klar mening om hva som vil komme frem. Det er både positive og negative sider med forkunnskap. Man kan bli for opphengt i spesielle tema eller lete etter tema man forventer skal komme frem, men det kan også hjelpe å trekke frem tema som blir indirekte presentert (Malterud, 2011).

Dette har vært noe jeg har vært bevisst på i denne studien. Jeg har forsøkt å legge bort mine antagelser og heller bare se på de erfaringene som kom frem i intervjuene, men mine tidligere erfaringer har selvfølgelig vært med på å forme mine forskningsspørsmål, og derav også mine intervjuguider.

Når forskeren har et bevisst forhold til sine forutantakelser vil man kunne forhindre at man blir for snever i sitt syn. Det forskeren kan gjøre for å forhindre dette er å lage et oppsett med hva man forventer og bruke dette som et arbeidsnotat (Malterud, 2011).

Jeg har satt opp noen av mine antagelser i et dokument jeg ikke legger vekt på i denne studien, men som har hjulpet meg med å forme mine spørsmål og jeg har brukt det som et hjelpemiddel for å se hva jeg egentlig har tenkt på forhånd. Mine tanker om BSP har forandret seg mye etter jeg startet denne studien.

Når man skal begynne intervjuet er det viktig at forskeren presenterer seg og informerer om prosjektet, hvordan intervjuet skal dokumenteres og hva som skjer med dataene når prosjektet er slutt. Forskeren skal garantere anonymitet og informere om retten informantene har til å avbryte intervjuet når som helst i prosessen. I begynnelsen er det også viktig å antyde hvor lenge intervjuet skal vare (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Jeg har i intervjusituasjonen forsøkt å ved å skape gode rammer for intervjuene ved å gi informantene mulighet å velge tid og sted for intervjuene og ved å gi de informasjonsskriv på forhånd slik at de vet hva intervjuet skal dreie seg om og hvor lang tid som er satt av (se vedlegg 1).

Jeg har i analyseprosessen vært bevisst på mine tidligere antagelser og jeg har forsøkt å se bort fra disse når jeg har søkt etter meningsbærende enheter. Jeg har forsøkt å se hva informantene mine egentlig sier, da det er deres erfaringer jeg er ute etter og ikke mine egne.

3.7 Forskningsetiske vurderinger

I begynnelsen av denne studien ble det laget en prosjektplan som var utgangspunkt for det videre arbeidet. Denne prosjektplanen var også utgangspunktet da jeg søkte NSD om godkjenning av prosjektet. For å få studien godkjent var det viktig at informantenes privatliv og anonymitet var godt ivaretatt. I svarbrevet fra NSD skriver de at

”Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillter kravene i personopplysningsloven” (vedlegg 2, p. 1).

Alle rådata ble lagret på en passordbeskyttet datamaskin uten tilgang til internett. Alle intervjuene ble transkribert på bokmål for å sikre anonymiteten til informantene. I ”Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi” står det at alle som driver med forskning, inkludert studenter på master- og doktornivå har et ansvar for å ivareta de forskningsetiske hensyn. Forskningsetikk viser til en rekke normer og verdier som er med på å regulere vitenskapelig virksomhet. Det er et krav om at man ikke bare skal se informantene som et middel for å nå målet, men som målet i seg selv. Forskeren har et ansvar for å sikre at informasjon om enkeltpersoner og institusjoner ikke skal bli distribuert eller brukt på andre måter enn det som var utgangspunktet for studien (De Nationale Forskningsetiske komiteene, 2013).

I denne studien er alle informanter og institusjoner anonymisert etter retningslinjene fra NSD. I forkant av intervjuene fikk informantene et informasjonsskriv (se vedlegg 1), der problemstillingen ble presentert og der det også ble tatt opp hva det ville si å delta i studien og at dette var frivillig. Informantene ble opplyst om at de på hvilket som helst tidspunkt kunne forlate studien og de skrev under på et informert samtykke i forkant av intervjuene. Problemstillingen ble i etterkant av intervjuene gjort om til mål, men informantene ble opplyst om mine forskningsspørsmål under intervjuene. Jeg har også i etterkant av intervjuene valgt å gå bort fra empowerment og over på recovery som teoretisk fundament.

4. Funn

Formålet med dette kapittelet er å presentere funnene i studien. I analysen kom det fram tre hovedtema som informantene beskriver. Disse temaene var positive sider om BSP, utfordringer med BSP og samarbeid rundt BSP i det daglige.

Tabell 2, Hovedtema, tema og undertema av funn:

Hovedtema	Personalets erfaring med BSP i det daglige.		
a			
Tema	Positive sider med BSP i det daglige	Utfordringer med BSP i det daglige	Samarbeid rundt BSP i det daglige
Undertema	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvarliggjøring av pasienten. • Styrking av pasienten. • Forebygging av forverring av sykdomsbilde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avvisning • Pasienter som er for dårlige til å benytte BSP. • Feil bruk av BSP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid med fastlege og kommune • Samarbeid med pårørende • Øvrige samarbeid

4.1 Positive sider med BSP i det daglige

Personalet beskrev ulike positive sider med BSP. I dette kapittelet vil de positive sidene bli presentert gjennom å se på undertemaene ansvarliggjøring av pasienten, styrking av pasienten og forebygging. Dette kom frem i analysen av intervjuene.

4.1.1 Ansvarliggjøring av pasienten

Det informantene pekte på som jeg tolker som ansvarliggjøring av pasienten, var at det er pasienten som skal ta kontakt med DPS-et. Informantene mente det var fordelaktig at personalet kjente pasientene slik at de kunne høre på pasienten om hvordan det sto til med vedkommende.

Informant B2 sa'' (...) *det er veldig bra for de som kan bruke det (BSP) på den måten som det skal. De kjenner at nå er jeg i ferd, på grunn av søvn eller andre ting... At jeg*

er dårligere. Jeg trenger å komme for bare å hvile en dag eller to, eller opp til fem døgn som de kan, og at det på en måte er nok til å få den tryggheten eller og ja søvn og det hele som de trenger for at det ikke skal blusse opp. Av å til det å vite at de kan ta telefonen er nok for mange”.

Informantene sa at når de kjente pasientene var det uproblematisk for pasienten å få innleggelse så lenge det var ledig plass på BSP. Personalet merket også at pasienter på BSP gjerne var friskere enn pasienter som kom inn på vanlig innleggelse. Pasientene på BSP hadde et større behov for hvile og rutiner, men behovet for terapi var ikke like stort. Pasientene på BSP var ikke med på noen spesielle grupper eller tilrettelagte aktiviteter, men de var med på det sosiale på avdelingen. Ifølge personalet var disse pasientene med på å tilføre noe positivt til avdelingen gjennom at de var med på forskjellige sosiale evenementer.

Informant B3 sa ” *Det fungerer stort sett veldig bra. Det er jo mange av de... Eller ikke alltid... Men det er jo noen av de som har BSP er jo ganske bra på en måte. De er jo ikke sånn veldig dårlige, så de tilfører jo noe positivt til avdelingen og. At de er en del på stuen og er med på spilling, litt sånn sosiale (...) De er ikke av de dårligste.”*

Informantene sa at BSP var et veldig godt tilbud for de pasientene som var i stand til å benytte seg av tilbudet slik det er tiltenkt. For eksempel sa informant B2: ” (...) *For det er ikke mer enn at pasienten tar enn telefon her og hører om det er ledig. Hvis det er det så får de komme, hvis det ikke er så må de vente... Så kommer de da og pasienten er i grunn kjent i avdelingen og kjenner oss. Vi snakker litt kort da og viser rom og rutiner (...)*”.

Ifølge informantene var det pasienten selv som skulle kjenne når den ble dårligere og da ta kontakt med DPS-et. Gjennom dette ble pasienten selv ansvarlig for når den følte at det var nødvendig med innleggelse og de måtte selv kunne lese eget sykdomsbilde og vite når det kunne være hensiktsmessig å legge seg inn.

Informant A1 sa ” (...) *Vi hører jo litt, for vi kjenner de jo veldig godt. De aller fleste av de. Så vi legger jo merke til hvordan, den grad det er mulig å gjøre det da... Hvordan det er fatt med de (...)*”.

For noen pasienter var muligheten for å ta telefonisk kontakt med på å roe ned en eskalerende utvikling av sykdomsbildet, da dette gjorde at pasientene visste at det var

de selv som kunne ta avgjørelsen om innleggelse. Dette var også noe informantene mente var med på å ansvarliggjøre pasienten.

Informant A3 sa ” (...) *Personen er så stolt over å slippe å komme inn (...).*”

Informanten mente med dette utsagnet at det å ha sengeplassen tilgjengelig kunne skape en trygghet slik at det ikke ble nødvendig å benytte seg av plassen. Informanten beskrev at pasienten fikk en mestringsfølelse når de ikke trengte å ta kontakt.

4.1.2 Styrking av pasienten

Informantene beskriver det jeg tolker som å styrke pasienten gjennom at det er et lavterskeltilbud som pasientene med kontrakt med DPS-et kan benytte seg av.

Pasientene visste at de kunne ringe til DPS-et og si at de følte seg dårlige og ville ha en innleggelse. De slapp å gå gjennom fastlege/legevakt for å få innleggelse. Informantene mente dette bidro til at det var enklere for pasienten å ta denne telefonen. Det at pasienten var kjent på avdelingen var også med å styrke pasienten til å ta kontakt.

Informant A2 sa ” *At det er så enkelt å komme inn. At det er å ta en telefon... Du slipper hele det styret med å sitte på legevakten og komme seg dit, i verste fall gjerne innom C2. De kan forholde seg rett til noen mennesker de kjenner fra før av. Nesten uansett når de ringer hit på døgnet så er det noen som de har vært borti før. Så er det liksom bare værsgod og kom... Altså senga står og venter på deg.*”

Informantene mente at siden pasienten selv må avgjøre når den skal legge seg inn, ville dette hjelpe pasienten til å bli mer bevisst på sitt sykdomsbilde. DPS-et hadde også pasientundervisning for å hjelpe pasientene med å kjenne disse varselsignalene.

Informant A1 sa ” (...) *Det at en gir ansvaret for å kjenne etter på hvordan det er med meg til den enkelte pasient. Og særlig det å knytte det opp til undervisning om det med varselsignaler og den type ting(...).*”

Informantene pekte også på at det var pasienter som hadde kontraktsfestet BSP som ikke brukte denne plassen. Informant B3 sa ”(...) *60 som hadde, eller 61 stykk som har plass og det er jo et fåtall av de vi ser. Så veldig mange har det jo fint med bare det å vite at jeg kan komme inn hvis jeg vil, trenger det så er det alltid... Og det vet en jo fra sitt eget liv at det ofte er greit bare det å vite at det går an å bare gjøre sånn og sånn hvis en trenger det. Så det er jo kjempeflott med det, så er det jo og veldig flott at de*

kan komme inn uten å bli altfor dårlige... At de kan komme inn og avverge at det skjer noe voldsomt eller at de kjenner på en psykose (...)”.

At pasientene slapp å bli så syke at de måtte ha tvangsinnleggelse var noe flere informanter trakk frem som en positiv side med BSP. Noen pasienter var godt kjent med det å bruke tilbudet og med DPS-et, slik at de visste hva de gikk til når de kom inn. Informant B1 sa ”(...)de fleste er jo vant med å bruke plassen på denne måten og vet hva de kommer til. Så da senker de skuldrene, da slipper de å tenke på mat, for det får de og har vakt rundt seg. Så det er en plass der de kommer inn og kjenner at det eller de aller fleste kjenner at de da føler seg trygge, ja.”

Det trekkes også frem at pasientene gjennom å være kjent på avdelingen også har dannet seg et nettverk og da har lettere for å benytte seg av andre tilbud DPS-et har, som for eksempel turgrupper.

4.1.3 Forebygging av forverring av sykdomsbildet

Det informantene snakket om kan ses i forskjellige sammenhenger. Trygghet, ro, det å være kjent, slippe nye sykehusinnleggelser er noe som går igjen når det er snakk om de positive sidene med BSP. Jeg tolker også det de sier om dette kan knyttes til å forebygge sykdomsbildet til pasientene.

Informant A3 sa ”(...) mindre innleggelser på sykehuset av de personene som har hatt det. Det var en for to år siden som brukte det igjen og igjen og igjen. Nå har ikke den personen vært innom her på et år, og har ikke vært på sykehuset heller. Personen klarer seg mye bedre ute. Personen er så stolt over å slippe å komme inn. Og den personen brukte det jevnlig (...)

Informantene pekte på det å forebygge forverring av sykdomsbildet som en av de positive sidene med BSP. Det er enkelte pasienter som ville dra nytte av å ha en direkte kontakt med DPS-et for å opprettholde sine funksjoner i dagliglivet. For å få BSP må pasienten ha hatt en tidligere innleggelse på DPS-et. Hvis ikke, fikk de to til tre ukers ”bli-kjent”-innleggelse for å se om de kunne dra nytte av et slikt tilbud. Informant A1 sa ” (...)Så pasienten blir kjent med seg selv. For tanken er jo at du skal forebygge de dype periodene, de tunge periodene (...)

Det at pasientene kunne kjenne på og komme på forskudd av forverring av sin sykdom slik at de slapp sykehusinnleggelser, er noe informantene pekte på som kunne ses som

forebygging av forverring av sykdomsbildet. Det var forskjeller på hvordan pasientene brukte dette tilbudet. Noen brukte det mye og andre pasienter beskrev informantene at de ikke så noe til.

Informant B1 sa ”(...) jeg tenker at det sykdomsbildet vil ofte bli dempa fordi de har denne nødløsningen som gjør at... Når de vet at de er velkommen her på avdelingen, det i seg selv er nesten en medisin (...)”.

Det informantene trakk frem som tilbudets beste forebygging, er det at pasientene vet at de har tilbudet. Blir de dårlige har de disse fem dagene de kan slappe av og få mat og omsorg til de føler seg bedre. Det at de visste at dette tilbudet eksisterte, var for noen nok til at de klarte å slappe av hjemme og ikke trengte å benytte seg av tilbudet.

4.2 utfordringer med brukerstyrt plass i det daglige

Informantene beskrev noen utfordringer de så i det daglige med BSP. Disse utfordringene vil bli beskrevet her gjennom undertemaene avvisning, pasienter som er for dårlige til å benytte seg av BSP og feil bruk av BSP.

4.2.1 Avvisning

De fleste informantene hadde vært med på at de hadde vært nødt til å avvise pasienter grunnet plassmangel på BSP, da det i enkelte perioder var større press på disse plassene. Informant A1 sa ” (...) For det er jo sånn som med alt her i livet at det er rolige perioder som det er ledig, også så er det perioder der det er mer pågang, da. Så da hender det jo at noen må vente”.

De periodene som ble trukket frem som de det var mest pågang i, var rundt utbetaling av trygd og når det er flere pasienter som skulle ha medikamenter i depotsprøyteform. Hos DPS A var det en venteliste som pasientene kunne skrive seg på, ved å uttrykke ønske om BSP når det ble ledig. Dette hadde ikke DPS B. Det å måtte avvise pasienter kunne være vanskelig for noen av informantene og informant A3 sa ”Det er frustrerende, for vi vet hvor viktig det er. Det er mange ganger det sitter så langt inne for å ta kontakt og... Det er ikke alltid de har så veldig lyst. (...) Men da må vi si nei og at de må vente en uke eller fem dager før de kanskje får plass igjen. Den er ikke alltid så lett”.

Det som også ble trukket frem av en informant er det at hvis en pasient ringer og personalet oppfatter denne personen som veldig dårlig, vil personalet prøve å omrokkere på avdelingen slik at det ble mulig for denne pasienten å få plass.

En annen ting som ble beskrevet som en utfordring i forhold til avvisning er det informant A3 sa ”(...) *Av og til så skal vi gjøre veldig lite. De skal bare være her å senke skuldrene. Av og til så tenker jeg at hvis vi har hatt tid, så kunne vi gjort noe en times tid eller noe slikt sammen med dem. Men det er ikke lagt opp til det, vi har ikke personal nok til det. Det hadde jo vært litt koselig (...)*”.

Dette sitatet beskrev det å måtte avvise personer som var på BSP på grunn av ressursmangler for å kunne gi disse pasientene miljøterapi på lik linje med de pasientene som var innlagt på en ordinær innleggelse. Flere av informantene pekte på det at pasienter på BSP skal være såpass friske at de ikke har behov for mye tid fra personalet, men at de er der for å slappe av og komme til hektene igjen.

4.2.2 Pasienter som er for dårlige til å benytte seg av BSP

Informantene mente det var noen pasienter som var for dårlige til å benytte seg av BSP og de mente disse pasientene hadde hatt et større utbytte av å ha en vanlig innleggelse på DPS-et eller en innleggelse på sykehus. Alle informantene trakk frem dette som en utfordring med BSP.

Informant B1 sa ”(...) *Utfordringene kan jo være slik at det er en pasient som kommer inn som er (...) som viser seg å være veldig krevende og trenger veldig mye oppmerksomhet, som trenger mye samtaler, fordi når de kommer inn (på BSP) sånn, så blir de liksom litt sånn på toppen av de andre. Hvis et personal blir opptatt av bare denne ene på brukerstyrt så kan det bli krevende (...) hensikten er jo egentlig at de kommer inn for å hvile seg, kjenne tryggheten og rammene rundt. Så det skal ikke være så velig mye ekstra for denne pasienten og behandlingsopplegg og sånn (...) eller medisinerendringer har ikke vært tanken at de skal (...) men noen ganger blir det kanskje gjort hvis det er noen av de vi kjenner veldig godt. Men det skal ikke være ikke så velig mye opplegg rundt de. Hvis vi har fått pasienter der det er voldsomt mye, så kan det bli krevende (...)*”.

Dette gjenspeiler mye av det samtlige informanter mente om problemstillingen rundt for dårlige pasienter på avdelingen. De pekte også på det at det ikke er mye ressurser

knyttet til BSP og at hvis pasientene krever for mye, ville ikke denne typen innleggelse være egnet for de pasientene som er for dårlig til å kunne fungere uten tett oppfølging. I tillegg pekte de på det faktum at pasientene som er for dårlige til å benytte plassen, ville ha dårlig utbytte av den og at de trolig ville hatt et bedre utbytte av en vanlig innleggelse eller et opphold på sykehus.

Informant B2 sa ”(...)pasienten er for dårlig til å være på BSP, altså da skal vi, det er forferdelig å bruke det ordet der, men da skal vi ikke bruke så veldig mye ressurser på de. De skal selvfølgelig å være med å delta og de skal få oppfølging de og, men at hvis de er for dårlige med utagering, både verbalt og i det hele, tenker vi at det er ikke slik det skal være. Da blir det litt den knivseggen (...) du får heller reise hjem og så komme inn på vanlig innleggelse og at det blir vurdert det i tilfellet, og vite når tid det er riktig og ikke altså hvor mye vi skal godta og tåle”.

Det var utfordrende for informantene å vite når de skulle ta en avgjørelse om pasienten skulle bli overført til en annen type innleggelse. Informantene sa det ikke var problematisk å flytte en pasient over på en vanlig innleggelse, men pasienten måtte ønske dette selv. BSP er basert på frivillighet og pasienten skal styre denne plassen selv. En informant trakk frem at det var situasjoner der pasienter som kom inn på BSP hadde behov for en-til-en kontakt, noe avdelingen ikke hadde mulighet til å tilby ved denne type innleggelse. En annen informant sa at det ofte kom BSI i helger og på kveldstid, da det ikke var leger på DPS-et. Dette kunne være en utfordring for personalet hvis det da viste seg at denne pasienten var for dårlig til å fungere på BSP. Det kunne også være en utfordring med medisiner for pasientene som kom inn på BSP i forhold til om de hadde med seg disse, eller om de hadde tilgjengelige og oppdaterte medisinkort.

4.2.3 Feil bruk av BSP

Med feil bruk av BSP mente informantene, i denne sammenhengen, pasienter som ikke bruker BSP slik den er tiltenkt. Dette kunne gjerne være pasienter som ville ha innleggelse for bekvemmelighet eller pasienter som brukte fem dagers innleggelse for så å ringe tilbake dagen etter med ønske om en ny innleggelse.

Informantene hadde delte meninger om dette med feil bruk av BSP og Informant B1 sa ”I starten så var vi jo litt redde for at den kunne misbrukes, at de (pasientene) tenkte: ”Nei nå gidder jeg ikke lage mat, nå går jeg inn på BSP”. Det har det ikke blitt så mye

av som vi kanskje tenkte. Det har gjerne vært tendenser til det, men det er ikke noe problem (...)”.

Informant A1 sa ” (...) Sånn at noen pasienter bruker det som avlastning på en litt sånn feil måte, tenker jeg. Det blir litt andre ting som styrer. Det blir økonomi som styrer det. Det blir rus som styrer og ikke, hva skal man si, symptomene og varselsignaler som var tanken, da. Og det kan være slitsomt. Så vi ser at vi gjerne, i alle fall fra vår synsvinkel, så kan det se ut som om pasienter bruker oss som (...) på en litt mer spekulativ måte da og det er alltid utfordrende. Men det er jo og et mindretall da”.

Det var ikke alle informantene som hadde noe å si om dette temaet. Det var flere informanter på DPS A som hadde opplevd at pasienter brukte BSP mer av bekvemmelighet enn av et reelt behov, mens det på DPS B ikke var noen som tok dette opp som en utfordring i det daglige.

4.3 Samarbeid rundt BSP i det daglige

Informantene beskrev også sine erfaringer rundt samarbeidet i forhold til pasienter med BSP. Dette temaet er blitt delt inn i undertemaene samarbeid med fastlege og kommune, samarbeid med pårørende og øvrige samarbeid.

4.3.1 Samarbeid med fastlege og kommune

Informantene hadde lite å si om samarbeidet mellom DPS-et og fastlege når det kom til pasienter med BSP. På DPS A hadde informantene også lite samarbeid med kommunale tjenester, mens DPS B hadde noen erfaringer med denne type samarbeid.

Informant A1 sa ” Vi har jo lite samarbeid med fastlegen, for opplegget er jo sånn at det er jo en del samarbeid i begynnelsen så gjerne i en sånn, en skulle nesten sagt, en sånn bli kjent innleggelse på en to tre uker, der vi går inn og gjerne har et ansvarsgruppemøte (...), og kobler på fastlegen og blir enig om at dette er det vi skal gjøre. (...) ellers så er det normalt ikke noe, noe kobling den veien”.

Dette sitatet beskriver stort sett informantenes delte mening om samarbeid med fastlege. Hos DPS A var det ikke primært brukere som er knyttet til bofelleskap eller andre typer bemannede boformer med tilbud om BSP, og informantene fra dette DPS-et hadde dermed lite erfaring med denne type samarbeid.

Hos DPS B var dette en type samarbeid de hadde en del erfaringer med. De beskrev samarbeidet som godt og mente det var en ekstra støtte for pasienten. Informantene fra DPS B sa at det noen ganger var personalet fra de kommunale tjenestene som ringte og påpekte at en pasient var dårlig og at de forsøkte å få vedkommende til å ringe DPS-et. Informant B2 sa ”*Det er bra, vi kjenner jo som sagt de pasientene godt som får BSP, så det er jo stort sett veldig bra, da. Så vi kjenner jo denne samarbeidsbiten, det om de bor i bokollektiv eller mye av tiden er det gjerne det. Så tenkte jeg på et tilfelle der da, vi vurderer det ganske likt (bolig og DPS). De kjenner og også pasienten veldig godt, de rundt der den bor, og de vet at nå kan det gjerne være tid for BSP og vi vurderer det samme da de kommer. Det glir ganske greit, stort sett må jeg nesten si det, ja. Av og til tenker vi vel at er dette nødvendig, men det skal jo være lett og få BSP så...*”.

4.3.2 Samarbeid med pårørende

Samarbeid med pårørende var også et punkt der det var delte meninger på de to DPS-ene. DPS A hadde lite samarbeid med pårørende for pasienter med BSP. Noen fra DPS A mente at dette samarbeidet best kunne ses i oppstarten av BSP for pasienten, mens andre mente at samarbeidet med pårørende var en gjennomgående faktor i tilbudet. Informant A2 sa ”*Ja, de kan ha kommet på besøk der. Sønn, datter, ”what ever”, og da er det de liksom som står i bakgrunnen når pasienten ringer hit. At det er de som er litt pådriver. Hjelper de å ta den avgjørelsen. Det er jo... Vi kjenner jo pårørende. Vi har jo alltid en pårørendesamtale, det kommer jo an på hvor lenge de bor her da, men så vi vet hvem som ringer hit*”.

Informantene på DPS B svarte noe lignende på spørsmålet om samarbeid med pårørende og informant B2 sa ”*Ja, det har vi og det er jo... Jeg tenker bare på et gitt tilfelle. Der var det ikke alltid pasienten selv som kjente det var behov for en innleggelse, men der hadde pasienten et samarbeid med familiemedlem som så signaler på at ”nå trenger du å legges inn”, og kontaktet avdelingen og altså de (pasienten og familiemedlemmet) var jo enige i at det var greit å ha det slik så (...) Jeg tror det (er godt samarbeid med pårørende).*” Dette utsagnet summerer opp det som var gjennomgående svar fra DPS B. Informantene mente de hadde et godt samarbeid med pårørende til pasienter med BSP.

4.3.3 Øvrige samarbeid

Det øvrige samarbeidet som informantene beskrev var noe ulikt, men de trakk frem samarbeid med poliklinikken, hjemmesykepleien, miljøtjenesten, koordinator for tjenester til pasienten og Assertive community treatment team (aktivt oppsøkende behandlingsteam eller ACT-team).

Informant A2 sa ” *Ja, hjemmesykepleien, miljøtjenesten... Altså for de går jo til mange av disse brukerne hjemme. Vi har jo da mange hvor de går fast med medisiner, så vi må jo alltid kontakte de for å fortelle de... Hvis de (pasienten) ikke har gjort det selv, at nå er de her hos oss i x antall dager, så nå trenger dere ikke å komme med medisiner til de. Nå må dere komme hit med hele, veldig mange av de eller de aller fleste har jo sånn multidoser*”. Disse samarbeidene var ikke spesielt framtrepende i det daglige, men som informantene sa ”tar de kontakt” med disse instansene hvis det er behov for det.

5. Diskusjon

Formålet med dette kapittelet er å diskutere mine funn i lys av aktuell teori og gjennom å se dette opp mot mine forskningsspørsmål. Dette for å kunne belyse fordeler og utfordringer, samt samarbeid rundt brukerstyrt plass gjennom personalets erfaringer.

Jeg har valgt å trekke frem hovedfunnene i studien og diskutere dem gjennom å benytte meg av aktuell teori omhandlende brukervedvirkning og recovery som beskrevet i teoretisk rammeverk. Jeg ønsker å diskutere dette i lys av mine forskningsspørsmål. Jeg vil også beskrive studiens generaliserbarhet, validitet og reliabilitet i lys av drøftingen.

5.1 Hvordan erfarer personalet at brukerstyrte plasser har betydning for pasientene i deres tilfriskningsprosess?

I mine funn beskriver informantene både positive sider og utfordringer med BSP. Ansvarliggjøring av pasienten er i tråd med det Humerfelt (2005) og Andersen (2005) mener er noe av tanken bak brukervedvirkning, samt det Karlsson og Borg (2013) lister opp av hva recovery-orientert praksis i psykisk helsearbeid handler om. Pasienten skal kunne være med på å tilrettelegge og samtidig ha en aktiv rolle i sitt tjenestetilbud. Brukervedvirkning er også et sentralt begrep i Sosial- og helsedirektoratets veileder for psykisk helse (2006). Ved å gi pasientene ansvar for å vurdere sitt eget sykdomsbilde og føle på forverringer og bedringer, vil pasienten også få en dypere innsikt i seg selv. I Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013) tar de opp recovery-orientert praksis og viser til hva de mener står sentralt i arbeidet med denne praksisen. Gjennom å la pasienten ta avgjørelsen viser personalet at de stoler på pasientens egen vurdering. Dette kan være med på å styrke pasientens egen tro på seg selv. Hvis vi ser på recovery-begrepet slik det er beskrevet av Karlsson og Borg (2013), ser vi at dette begrepet omhandler pasientens egen prosess i sin tilfriskning som skal endre personens mål og holdninger. Det Volden (2011) påpeker om at helsepersonell har en tendens til å avhumanisere og glemme personen i begrepet psykiatrisk pasient, har jeg ikke inntrykk av fra informantene. Slik jeg oppfatter informantene er de lydhør for hvert individs behov og de prøver å gjøre det de kan for å hjelpe personen i den situasjonen den er i.

Slik det kom fram i funnene, sier en informant at enkelte pasienter er stolte over at de ikke behøver å bruke plassen. Dette viser til en styrking av individet. Det å vite at de

har et tilbud om de trenger det, er med på å hjelpe pasientene med å legge en plan om de blir dårligere. De trenger ikke å engste seg for hva som skjer om de blir dårlige og pasientene unngår å være nødt til å ta kontakt med lege eller legevakt, da alt de trenger å gjøre er å ta telefonisk kontakt med DPS-et for innleggelse. Ved å ansvarliggjøre pasientene kan man også styrke pasienter i deres egen tilfriskningsprosess. Her kan man se relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, beskrevet av Hanssen (2010) som individuell brukermedvirkning.

Ett av funnene som kom frem i forhold til utfordringer med BSP, var at informantene syntes at det kunne være vanskelig å måtte avvise pasienter på grunn av plassmangel. En potensiell konsekvens av å måtte avvise en pasient på grunn av plassmangel, er at pasienten kan miste troen på BSP og personalet på avdelingen. Hvis personen ikke kan bruke BSP når den har bruk for det, hva skal pasienten da med BSP? Det kommer også frem i mine funn at det er forskjell på hvordan pasientene bruker denne plassen. Noen pasienter kan dra hjem etter fem dager for så å igjen ringe dagen etter. Dette er noe informantene mener peker til at pasienten kanskje burde ha en annen type tjeneste eller annen type innleggelse. Det er ikke nødvendigvis denne type pasient som kan miste troen på BSP, men om en pasient ringer for første gang og føler seg syk kan det være uheldig å måtte avvise denne personen. Informantene sier også at det for noen pasienter sitter langt inne å ringe og det er ikke like lett for alle å ta kontakt med DPS-et. Her kan man tolke det dithen at pasienten vil føle at den ikke har noen påvirkning på når den skal legges inn og at dette ikke vil være forenelig med tanken bak brukermedvirkning.

I funnene kommer det frem at det er noen pasienter som bruker BSP på en uheldig måte. Det er noen pasienter som ønsker innleggelse rett før trygden blir utbetalt, da de gjerne har dårlig råd. Dette vil kanskje gå på bekostning av pasienter som trenger plassen fordi de har blitt syke. Dog sier informantene at denne type bruk av BSP forekommer relativt sjeldent, men det forekommer. Hanssen (2011) sier at det ikke er alle som kan bestemme alt i sitt eget liv, men at pasienten skal føle deltagelse så langt som mulig. I tilfeller der plassen, etter informantenes oppfatning, blir brukt feil kan det vært hensiktsmessig å ha brukersamtaler med disse pasientene for å få rede på hvorfor de bruker plassen når det nærmer seg trygdeutbetalinger og lignende. Det kan også være et stressmoment for disse pasientene når de føler de har dårlig råd og kanskje ikke vet hvordan de skal klare seg til de får penger igjen. Dette kan igjen kan være med på å forverre deres sykdomsbilde.

Følelsen av å ikke bli trodd når de ringer og sier de er syke og ønsker BSP, kan være et resultat av følelsen av å bli avvist. I funnene kom det også frem at personalet gjerne kjenner pasientene godt og de vil da kunne høre på pasientene om det er viktig å få de inn på BSP. Om nødvendig kan personalet også omrokkere på avdelingen slik at de kan åpne en sengeplass. Mitt inntrykk er at personalet til tider strekker seg langt for at de som har behov for denne tjenesten skal få den, og jeg tror at personalet handler i tråd med det recovery-tenkningen sier i et sosialt aspekt. Det er dynamikken mellom pasientene og DPS-et som på denne måten fungerer godt. Her kan man se at det er fordelaktig at pasienten er kjent med personalet som jobber på avdelingen.

Funnene viser at informantene er positive til at BSP er et lavterskeltilbud som ikke bare gir pasientene rett hjelp til rett tid, men som også utfordrer pasientene til å bli kjent med seg selv og med det gjør de kapable til å ta avgjørelser angående egen sykdom. Dette er i tråd med både recovery-tenkningen og brukermedvirkning slik disse begrepene blir beskrevet i teoretisk rammeverk. Pasienten trenger ikke vurdering fra fagpersoner for denne innleggelse, men fagpersonene hører på pasientens problemer og assisterer utfra pasientens egne vurderinger. Det at pasienten kan komme inn på DPS-et tidlig for hjelp kan være med å hjelpe pasienten i sin recovery-prosess ved at de ikke trenger å måtte takle toppene av sin psykiske lidelse alene, da de vet at de kan komme inn på DPS-et for ro og hvile.

I funnene kom det fram at den største utfordringen for informantene er å få pasienter som er for dårlige til å kunne benytte seg av plassen på en hensiktsmessig måte, og som dermed ikke får den type behandling de har behov for, inn på BSP. Her ser vi kanskje en utfordring med brukermedvirkningen. Pasientene som kommer inn og er for dårlige til å være på BSP er kanskje også for dårlige til å vurdere om dette er det beste tilbudet der og da. Dette er i tråd med det Hanssen (2011) sier om at ikke alle kan bestemme alt i sitt eget liv. Informantene sier dog at det ikke er et problem å flytte disse pasientene over for en vanlig innleggelse, men at dette må være et ønske fra pasienten siden BSP er på frivillig basis. Hvis en pasient er på BSP, har den ikke tilgang til like store ressurser fra personalet som de ville hatt ved en vanlig innleggelse. Det er utfordrende for informantene om pasienten som kommer inn på BSP har behov for en-til-en-oppfølgning, eller er voldelig fysisk eller psykisk. En informant sa også at det var utfordrende med manglende ressurser i forhold til BSP da man noen ganger ikke har mulighet til å gå tur med disse pasientene eller involvere vedkommende i andre

hyggelige, sosiale aktiviteter. Hvis vi igjen trekker tråder til recovery-tenkningen om at recovery også omhandler nærmiljøet og personens dynamiske forhold til omgivelsene, kan vi muligens se at BSI ikke er det beste for personer som har utfordringer med å være en del av samfunnet eller nærmiljøet. Hvis en pasient har utfordringer med det sosiale aspektet vil de muligens ikke kunne få mye hjelp gjennom BSP. BSP er tiltenkt slik at pasienten skal kunne komme inn, hvile og komme til hektene igjen, uten at de skal bli dårligere psykisk. En av informantene mente det var utfordrende å ikke kunne gi disse pasientene det samme tilbudet som de som var innlagt på andre typer innleggelseser.

En informant ønsket å ha tid til å ta seg av pasienter på BSP på lik linje med de øvrige innlagte, men det er da man må vurdere hvilke ressurser som er tilgjengelige for disse pasientene. Det er det meningen at pasienter på denne type innleggelse for det meste skal klare seg selv og ikke ha tilrettelegging for annet enn hvile og rutiner. I det som er beskrevet over kan man se noe av recovery-tenkningen, da det er den indre prosessen til pasienten som er det viktige og pasientene får lagt til rette for ro og rutiner slik at denne prosessen skal bli lettere. De har også muligheten til å snakke med personalet og få hjelp til å sortere tanker, som igjen kan bidra til å hjelpe pasienten til å bedre sitt sykdomsbilde til en viss grad.

5.2 Hvordan erfarer personalet samarbeidet mellom DPS, pårørende, fastlege, kommune og øvrige samarbeid rundt pasienter med BSP?

I funnene kom det frem at informantene ikke hadde mye samarbeid med fastlege i det daglige. Dette er noe som overrasket meg. Jeg hadde en forutantakelse om at dette var et samarbeid som også foregikk i det daglige. Informantene mente at samarbeidet med fastlege var mest fremtredende i oppstarten av kontakten med pasienten. Noen av informantene sa at de aldri hadde hatt kontakt med fastlege i forhold til pasientene som var på BSP. Det som forundret meg med dette var i forhold til medisiner og hva fastlegen da viste om den psykiske tilstanden til pasienten, samt hvordan informasjonsflyten var mellom DPS og fastlege. Hvis vi tenker på recovery og brukermedvirkning i forhold til samarbeid rundt pasienten, vil jeg vurdere det slik at pasienten selv har et ansvar for å videreformidle informasjon og ta ansvar for at legen vet hvordan den psykiske tilstanden er. Hvis vi igjen ser på det Hanssen (2011) sier om at ikke alle er i stand til å ta ansvar for alt i sitt eget liv og det at informantene påpeker

om at det til tider kommer inn personer som er for syke til å benytte seg av plassen på en optimal måte, kan vi muligens se at noe av informasjonen som kunne være nyttig for fastlegen i dens behandling av pasienten kan falle bort. Når pasienten ikke er innlagt på DPS-et vil en fastlege, og eventuelt lege knyttet til en poliklinikk hvis pasienten har tjenester derfra, kanskje være den som har mest kontakt med pasienten i forhold til medisinske problemstillinger. En informant sa at de kunne ringe til poliklinikken om de hadde spørsmål rundt pasienten og medisinske forhold, men hva da med de pasientene som ikke har tilknytning til poliklinikken? Hvordan går personalet inn og vurderer medisiner og hvordan sørger de for at denne informasjonen går videre til fastlegen som skal skrive ut disse medisinene i etterkant?

I funnene kom det frem at DPS A ikke hadde noen kontakt med bemannede kommunale boliger som beboere var knyttet til. Dette var fordi det ikke var personer med botilbud i kommunen som samtidig hadde BSP. Personalet hadde kontakt med kommunen gjennom hjemmebaserte tjenester, som hjemmesykepleie og miljøtjeneste. De sa også at det ikke var et daglig samarbeid, men at de hadde sporadisk kontakt ved behov. De pekte dog på at samarbeidet de hadde med disse tjenestene fungerte godt. Hos DPS B var det noen pasienter som hadde kommunale boliger med bemanning som også hadde BSP, og informantene sa at samarbeidet mellom de to enhetene fungerte godt.

Personalet på DPS-et og i boligen vurderte gjerne pasientene likt i forhold til behovet for innleggelse. Informantene på DPS B påpekte at dette samarbeidet var til hjelp for pasientene siden personalet i boligen kunne være med å hjelpe pasienten med å ta kontakt med DPS-et. Personalet i boligen kunne gjerne hjelpe pasienten med å se at den trengte en innleggelse. Her tenker jeg at både brukermedvirkning og recovery-tenkningen er representert. Personalet i boligen kjenner pasienten godt og hjelper den med å sette ord på hvordan den har det og hjelper den med å vurdere om at det kan være nødvendig med en innleggelse. For pasientene som har en tjeneste fra kommune med et godt samarbeid med DPS-et, tenker jeg at informasjonsflyten fungerer bra. DPS-et vil da kunne gi medisinsk informasjon til personalet i boligen, som igjen kan hjelpe pasienten med å videreformidle denne informasjonen til fastlege og lignende tjenester.

Når det var snakk om samarbeid med pårørende, hadde informantene en noe delt mening om hvordan dette fungerte, men de fleste informantene fra begge DPS-ene mente at de hadde et samarbeid og at dette fungerte godt. De som mente at dette fungerte godt, sa at pårørende også kunne være en god hjelp for pasienten i forhold til å

innse at det var tid for en innleggelse. De hadde erfaring med at pårørende gjerne så tegn på forverring av sykdomsbildet som pasienten selv ikke så. Disse pasientene fikk da oppmuntring fra sine pårørende til å kontakte DPS-et og de pårørende kunne gjerne også stå ved siden av pasienten da de tok den telefoniske kontakten med DPS-et. Informantene som mente det ikke var noe samarbeid med pårørende, påpekte at det ikke var noen spesielle møter der de kalte inn pårørende og at det ikke var et slikt direkte samarbeid. En informant nevnte også at det var samarbeid med pårørende gjennom at pårørende kom på besøk til pasienten på avdelingen og på den måten var en støtte for pasienten. De pårørende ville da også ha mulighet til å snakke med personalet på avdelingen om det skulle være behov for det. Det bør nevnes at ikke alle pasientene med BSP har pårørende eller personer som står dem nært, og et slikt samarbeid vil heller ikke være aktuelt for de pasientene.

5.3 Studiens generaliserbarhet, reliabilitet og validitet

Jeg vil her gi en kort oppsummering av studiens generaliserbarhet, reliabilitet og validitet. Dette er også tidligere beskrevet i forhold til metoden i kapittel 3.

5.3.1 Studiens generaliserbarhet

Som nevnt i kapittel 3 så er i utgangspunktet ikke en kvalitativ studie generaliserbar, da det gjerne er et lite utvalg av informanter slik som i denne studien. Det vi kan se i studien er at mange av personalets erfaringer stemmer overens med hverandre på tvers av stillinger og institusjoner. Dette kan peke på at det er noen fellessoppfatninger hos personalet som jobber med BSP på en psykiatrisk avdeling, men det må det mer forskning til for å kunne bekrefte eller avkrefte dette.

5.3.2 Studiens reliabilitet

Slik det er beskrevet i kapittel 3 har studiens reliabilitet blitt ivaretatt i hele arbeidsprosessen. Som forsker hadde jeg kjennskap til tre av informantene på forhånd, men dette var ikke problematisk i intervjusituasjonen. Jeg hadde ikke snakket tidligere med disse informantene om deres erfaringer med BSP. Informantene svarte på spørsmålene jeg stilte og jeg hadde inntrykk av at de svarte det de mente, men slik Kvale og Brinkmann (2009) sier så trenger ikke det informanten sier nødvendigvis å være sannheten.

Som forsker må jeg stole på mine informanter og være tro mot den informasjonen de gir meg. Alle intervjuene i denne studien ble transkribert ordrett, men det ble gjort noen endringer i teksten for å gjøre den mer lesbar, uten at meningen i den falt bort. Jeg håper og tror at informantene mine vil kjenne seg igjen i det jeg har beskrevet i mine funn.

5.3.3 Studiens validitet

Jeg har beskrevet min fremgangsmåte detaljert i kapittel 3, og viser der til valg og endringer gjort underveis. Mine intervjuguider kan ses i vedlegg 3 og 4. Det ble gjort endringer fra de tre første intervjuene til de tre siste, noe som kan gjøre at det ikke kom frem fullstendig informasjon fra de første intervjuene. Det ble ikke gjort noen gjenintervjuer i denne studien fordi det ble vurdert at det var kommet frem rikelig med informasjon gjennom de seks intervjuene. Gjennom denne studien ønsket jeg ikke å skape noen teorier eller endre på en spesiell praksis, men jeg ønsket å beskrive erfaringer personal som jobber på en psykiatrisk avdeling med BSP som en behandlingsform. Derfor vil det ikke være naturlig å se på hvordan denne studien kan endre praksis, men heller se på hva som kan være interessant å forske videre på. Som forsker kan jeg bare vise til studiens troverdighet og gyldighet da det til sist vil være leserne som må danne seg et bilde og validitetsbedømme resultatene slik Kvale og Brinkmann (2009) beskriver i sitt siste steg av valideringens syv stadier.

6. Konklusjon

I denne studien var målet å beskrive personalets erfaringer med å jobbe ved en psykiatrisk avdeling som anvender brukerstyrte plasser som behandlingsform. For å kunne danne meg et bilde av dette, utformet jeg to forskningsspørsmål og diskuterte funnene opp mot relevant teori for å komme frem til svar på disse.

6.1 Konklusjon - Hvordan erfarer personalet at brukerstyrte plasser har betydning for pasienten i deres bedringsprosess?

Hvis vi ser på det første forskningsspørsmålet kan vi se at informantene peker på både positive sider og utfordringer de ser i det daglige med brukerstyrt plass. Jeg tolker at det informantene sier i intervjuene om disse positive og negative sidene, også sier noe om hvordan de erfarer at BSP har betydning for pasientene i deres bedringsprosess. I tilbudet BSP ser man at brukermedvirkning er en stor del av tanken bak dette, men man kan også trekke tråder til recovery-tenkningen. Tolkningen jeg har gjort av intervjuer og diskusjon, er at informantene ser at BSP har forskjellig betydning for pasientene. Det at pasienten ansvarliggjøres er med på å styrke pasientens medvirkning i sin egen recovery. Pasientene får ro, omsorg og trygge rammer gjennom innleggelsen, og kan da fokusere på seg selv og ikke behøve å bekymre seg for utfordringene de opplever i det daglige livet. For noen av pasientene som har denne plassen er det nok å vite at det er et tilbud der for dem hvis de føler at de blir dårligere, da dette alene kan hjelpe dem med å kunne takle de utfordringene som oppstår uten at de må legges inn. Ved å se på utfordringene informantene erfarer, kan man se at avvisning er noe personalet ser på som vanskelig. Informantene sier at det for noen pasienter sitter langt inne å ringe og at det for disse pasientene vil kunne bryte ned det de har arbeidet opp av styrke for å ta denne telefoniske kontakten. For disse pasientene kan det få konsekvenser om de avvises og det kan hende de ikke vil ta kontakt neste gang fordi de ikke tror det vil være plass til dem da heller. I så måte vil det ha betydning for pasienten, da den kan miste troen på eller tilliten til BSP og DPS-et. Informantene sier også at de forsøker å få plass til pasienter om de vurderer det dithen at vedkommende trenger plassen og, slik jeg har tolket det strekker de seg langt for å dekke behovene pasientene har. Det å bli trodd på og tatt på alvor kan for pasienten være med på å skape en følelse av mestring som igjen kan styrke pasienten i dens bedringsprosess.

Jeg tolker at informantene mener at BSP har en stor betydning for pasientene i deres bedringsprosess. Hvis pasienten føler at de trenger en innleggelse får de tillitt fra personal og fagfolk til å vurdere sin egen situasjon og be om innleggelse ved behov. Om pasienter kommer inn på BSP og er for dårlige til å benytte seg av tilbudet på en optimal måte, får de tilbud om en annen type innleggelse som vil passe bedre. Det informantene oppfatter som feil bruk av plassen, som at pasientene vil ha en innleggelse når det nærmer seg trygdeutbetaling, kan være for noen pasienter riktig bruk av plassen. For noen pasienter kan pengemangel være et stort stressmoment, noe som igjen kan være nok til at de kan føler at en innleggelse er det riktige. Det kan også være en enkel måte å få mat og ro på og det å kunne bruke penger på andre, mer interessante ting for vedkommende som for eksempel fritidsaktiviteter eller dop, slik en informant påpekte. Her tolker jeg at det er en stor fordel at personalet kjenner personene som har tilbud om BSP, slik at de kan høre på pasienten og vurdere hvor reelt behovet for plassen er. Det jeg føler summerer det hele opp er en informants utsagn om at enkelte pasienter er stolte over at de ikke behøver å benytte seg av plassen. Det å vite at de har plassen er i seg selv en medisin. Den største betydningen, slik jeg tolker informantene, er at BSP er viktig for pasientene i deres bedringsprosess og de vet at det er et tilbud om de trenger det. Det er et tilbud om ro, omsorg og rutiner. Dette er noe som er i tråd med det tidligere forskning rundt BSP beskriver, tidligere vist til i kapittel 2. Studiene jeg presenterer i kapittel 2 har alle en konklusjon om at pasienter med BSP har flere innleggelser, men samtidig gikk antall liggedøgn ned. De konkluderer også med at BSP øker autonomien og er en trygghet for pasientene og de pårørende.

6.2 Konklusjon - Hvordan erfarer personalet samarbeidet mellom DPS, pårørende, fastlege, kommune og øvrige samarbeid rundt pasienter med brukerstyrt plass?

Ved å se på det andre forskningsspørsmålet tolker jeg det dithen at informantene beskriver at deres erfaringer med samarbeid rundt pasienter med BSP fungerer godt. Jeg stiller meg litt undrende til at det, i følge informantenes erfaringer, var lite samarbeid med fastlege rundt disse pasientene. Pasientene som har BSP er svært forskjellige og noen har botilbud i kommunen med bemanning, mens andre har hjemmebaserte eller polikliniske tjenester. Pasientene med disse tjenestene eller pårørende som kan hjelpe dem i å ta kontakt med DPS-et for en innleggelse, har muligens en fordel i at de ha

støttespillere rundt seg som kan hjelpe de med å se hvordan sykdomsbildet deres utvikler seg. Informantene beskrev at det var mange pasienter med BSP som aldri benyttet seg av plassen. Slik det ble beskrevet tidligere kan det for noen være nok å ha tryggheten av å vite at det er en plass til dem hvis de trenger det, men hvis vi ser det i lys av samarbeidet rundt pasienten kan det muligens også være at de ikke klarer å benytte seg av tilbudet når de trenger det. Dette muligens fordi de ikke har noen å støtte seg på, eller til å hjelpe de med å benytte seg av den BSP når de trenger det.

6.3 Videre forskning

Det vi kan se utfra denne studien er at personalets erfaringer rundt bedringsprosessen til pasientene stemmer godt overens med det tidligere forskning påpeker.

Et team som kom frem i denne studien som jeg synes kunne være interessant å forske ytterligere på er :

- Hvorfor er det noen pasienter som aldri bruker den brukerstyrte plassen selv om de har fått dette tilbudet?

I den tidligere forskningen, beskrevet under kapittel 2 kommer det ikke frem noe utfyllende om dette. Tytlandsvik og Heskestad (2009) sier at de har snakket med tre av pasientene som ikke hadde benyttet seg av tilbudet og da stemte antakelsene om at de hadde en trygghet med å vite at plassen var der for dem. Hvis vi ser på gruppen som har tilbudet og som ikke benytter seg av det, vil det kanskje være for lite å ta utgangspunkt i tre pasienter for å kunne si noe konkret om dette. Slik jeg har tolket det informantene sier, så er det en forståelse av at de personene som ikke bruker denne plassen har nok med å vite at de har den. Et spørsmål jeg tenker det kan være verdt å stille er: ”Har personene som ikke bruker plassen nettverk rundt seg som kan hjelpe de med å ta kontakt når det er vanskelig?” Informantene sier at det ofte sitter langt inne for noen å ta kontakt med DPS-et og beskriver også at pårørende ofte ser signaler og tegn hos pasienten på at de kan trenge en innleggelse som pasienten ikke ser selv.

Litteraturliste

Anda, S. O. (2010). *Tidsskrift For Norsk Psykologforening*. Hentet August 20, 2013 fra psykologtidsskriftet.no:

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=102990&a=3

Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. (1. utg., Vol. 2006). Oslo, Norge: Gyldendals Akademiske.

Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo, Norge: Universitetsforlaget.

Bjørndal, C. R. (2002). *Det vurderende øyet: Observasjon, vurdering og utvikling i undervisning og veiledning* (1. utg.). Oslo, Norge: Gyldendal akademiske.

Borg, M., Jensen, P., Topor, A., & Andersen, A. J. (2011, August). Recovery med nordisk blikk. (B. Karlsson, Red.) *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (nr.4), ss. 290-292.

Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser - En systematisk kunnskapssammenstilling*. Høgskolen i Buskerud. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPA).

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo, Norge: Gyldendal akademiske.

De Nationale Forskningsetiske komiteene. (2013). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De Nationale Forskningsetiske Komiteene.

Ellingsen, K. E. (2005). Kapittel 2 - Selvbestemmelse og brukermedvirkning . I A. Selboe, L. Bollingmo, & K. E. Ellingsen (Red.), *Selvbestemmelse for tjenesteytere* (1. utgave. utg., Vol. 2005, ss. 39-69). Oslo, Norge: Gyldendal akademiske.

Engelstad, J. S., & Engedal, K. (2009). *Psykiatrici - Kunnskap, forståelse, utfordring* (3. utg., Vol. 2009). Oslo, Norge: Akribe.

Finne Høifødt, B. (2012). Suksess med brukerstyrt plass. (B. F. Høifødt, Red.) *Sinn & Samfunn*, 2012 (2), s. 11.

Giorgi, A. (1985). Sketch of a Psychological Phenomenological Method. I A. Giorgi (Red.), *Phenomenology and Psychological research* (ss. 8-22). Pittsburgh, PA, USA: Duquesne University Press.

Hanneborg, E., & Ruud, T. (2011). *Brukerstyrt innleggelse i åpen DPS døgn*. Et samarbeid mellom Grorud DPS, bydelene Grorud og Stovner samt Nittedal Kommune., Akershus universitetssykehus. Oslo: Akershus universitetssykehus, Bydelen Grorud, Bydelen Stovner, Nittedal Kommune.

Hanssen, H. (2010). Faglig skjønn ved utforming av vilkår for sosial stønad - Handlingsrom, resonneringsprosess og brukermedvirkning. I K. Humerfelt, A. Kjellevoid, A. Norheim, R. Sommerseth, & H. Hanssen (Red.), *Faglig skjønn og brukermedvirkning* (ss. 13-206). Bergen, Norge: Fagbokforlaget.

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykiske lidelser - Å forstå, beskrive og behandle* (3. utg.). Oslo, Norge: Gyldendal Norske Forlag.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010/2011). *Regjeringen.no*. Hentet 13. august, 2013 fra Helse- og omsorgsdepartementet:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (17. juni, 2011). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet - Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*.

Hentet 26. august, 2013 fra Helse- og omsorgsdepartementet:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9.html?id=647625>

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer. Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Helsedirektoratet, Psykisk helsevern og rus. Oslo: Helsedirektoratet.

Heskestad, S., & Tytlandsvik, M. (3. januar, 2008). *Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse*. Hentet 20. august, 2013 fra tidsskriftet.no:

<http://tidsskriftet.no/article/1635859>

Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv - Honnørord med lavt presisjonsnivå. I E. Willumsen (Red.), *Brukerens medvirkning* (ss. 18-33). Oslo, Norge: Universitetsforlaget.

Johannessen, A., Tuft, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode* (4. utg.). Oslo, Norge: Abstrakt forlag AS.

Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid - Humane og sosiale perspektiver og praksiser* (1. utg.). Oslo, Norge: Gyldendal akademiske.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). (J. R. Tone M Andersen, Overs.) Oslo, Norge: Gyldendal akademiske.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo, Norge: Universitetsforlaget.

Minde, E. (2012). *Hvordan opplever pasienten og dens familie brukerstyrte innleggelser i voksenpsykiatrien? En kvalitativ studie av to familiers opplevelser med brukerstyrte innleggelser på Distriktpsikiatriske senter*. (Upublisert masteroppgave) Diakonhjemmets Høgskole, Familieterapi og systemisk praksis. Oslo: Diakonhjemmets Høgskole.

Skårderud, F., Hugsgjerd, S., & Stånice, E. (2010). *Psykiatriboken - Sinn, kropp, samfunn* (1. utg.). Oslo, Norge: Gyldendal akademiske.

Sollid, L. I., & Måsø Helland, B. (2010). "Brukerstyrte innleggelser - makten skifter eier. Veien til mestring av eget liv?". Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn er et distriktpsikiatrisk senter for kommunene Tromsø, Karlsøy, Storfjord, Balsfjord og Lyngen. Tromsø: Døgnenheten Tromsø, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Distriktpsikiatriske sentre - Med blikket vendt mot kommune og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Statens helsetilsyn. (2001). *Distriktpsikiatriske senter - Organisering og arbeidsområder*. Oslo: Statens Helsetilsyn.

Sundet, R. (2011). Tør vi å tro på det pasientene sier? - Om kunnskap og makt i psykisk helsearbeid. I A. J. Andersen, & B. E. Karlsson (Red.), *Variasjon og dialog - Perspektiver på psykisk helsearbeid*. (Vol. 2011, ss. 168-171). Oslo, Norge: Universitetsforlaget.

Syse, A. (Red.). (2013). *Norges Lover - Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2013-2014* (23. utg.). Oslo, Norge: Gyldendal juridiske.

Tytlandsvik, M., & Heskestad, S. (2009). Erfaringer med brukerstyrte innleggelse ved psykiosepost - Ein kvalitativ evalueringsstudie. *Vård i Norden* (1), ss. 49-51.

Volden, O. (2011). Vi sier farvel til den "psykiatriske pasienten". Et brukerperspektiv på psykisk helse. I A. J. W. Andersen, & B. Karlsson (Red.), *Variasjon og dialog* (ss. 38-51). Oslo, Norge: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1. Informasjonsskriv til informantene

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

”Personalets erfaring med brukerstyrte plasser på DPS”

Bakgrunn og formål.

Dette er et masterprosjekt ved institutt for helsefag ved Universitet i Stavanger i samarbeid med █████ DPS.

I dette prosjektet er det planlagt en kvalitativ beskrivende studie. Kvalitative dybdeintervjuer med 6-8 personer som jobber på DPS vil bli gjennomført. Målet med intervjuene er å få frem personalets erfaringer med brukerstyrt plass.

Problemstillingen i dette prosjektet er:

Hvilke erfaringer har personalet ved psykiatrisk avdeling med brukerstyrte plasser med fokus på daglig praksis, og hva oppleves som forskjellig før og etter tilbudet trådte i kraft?

Gjennom disse erfaringene er det interessant og se på hvordan brukerstyrt plass er med i tilfriskningsprosessen hos brukerne, og hvordan personalet ser samarbeidet rundt brukeren fungerer da med pårørende, fastlege og eventuelt bolig brukerne er knyttet til. Litteratur om psykosebegrepet, brukermedvirkning og empowerment vil bli anvendt som bakgrunn for videre diskusjon i oppgaven.

Hva innebærer deltagelse i studien?

Det vil bli utført enkeltvis dybdeintervju av deltakerne og intervjuene vil vare ca. 1 time pr. person. Spørsmålene i denne undersøkelsen vil være rettet mot deltakernes egne erfaringer med brukerstyrt plass på DPS. Det vil bli registrert opplysninger om deltakerne om alder, kjønn og utdanning innenfor helse-og sosialfag. Alle intervjuene vil bli tatt opp på digital lydopptaker for å sikre at alle opplysningene blir registrert. Intervjuene vil bli transkribert og analysert ut i fra det transkriberte materialet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene vil bli lagret på en datamaskin. Datamaskinen er beskyttet med brukernavn og passord. Egen bærbar datamaskin som blir brukt til originalt material, denne blir oppbevart i hjemmet til studenten, internett-tilkobling vil ikke være på denne maskinen. Veileder og masterstudenten vil ha tilgang til personopplysninger om deltakerne.

Bærbar datamaskin og minnepenn vil bli brukt til det transkriberte materialet. Intervju vil bli lagret på digitalopptaker og overført til bærbar datamaskin som vist ovenfor. Dataene vil bli slettet fra digital opptaker når det er overført til datamaskinen. Dette vil bli gjort så raskt som mulig etter intervjuet. I det endelige produktet vil alle personopplysninger være anonymisert.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 30.mai 2014. Lydopptakene vil bli slettet ved prosjektslutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Line Merete Woktor Johansen (Masterstudent) Telefon 91359841

Kristine Rørtveit PhD/Fag og forskningssykepleier (Prosjektleder/veileder) telefon 90521114 / 90521114.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til å delta i intervju

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis
Namtvedt
Kvalheim

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe

Rød tlf: 55 58 89 11 Vedlegg:

Prosjektvurdering

Kopi: Line Merete Woktor Johansen line82merete@gmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD. Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD. SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36773

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

Ombudet forstår at det legges opp til at informantene ikke skal uttale seg om identifiserbare enkeltbrukere. Det anbefales at prosjektleder minner utvalget om dette, i forkant av intervjuene.

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

Prosjektet skal avsluttes 30.05.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. sted, yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 3. Intervjuguide 1

Intervjuguide 1

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har personalet ved psykiatrisk avdeling med brukerstyrte plasser med fokus på daglig praksis, og hva oppleves som forskjellig før og etter at pasienten fikk dette tilbudet?

Forskningsspørsmål 1: Hvordan erfarer personalet at brukerstyrte plasser fungerer i daglig praksis og har brukerstyrte plasser betydning for pasienten i deres tilfriskningsprosess? (Ikke interessert i enkeltpersoner, men mer generelt)

Spørsmål 1: Kan du beskrive en typisk situasjon ved en BSI?

Spørsmål 2: Opplever du at dere må si ofte nei til brukere som ønsker å benytte seg av dette tilbudet?

Spørsmål 3: Hva synes du er bra med tilbudet BSP?

Spørsmål 4: Hva synes du er utfordrende med tilbudet BSP?

Spørsmål 5: Ser du en forandring hos pasienten etter at de har fått tilbud om BSP?

a) Kan du beskrive forskjeller før og etter tilbudet? Benytter de seg av tilbudet?

Forskningsspørsmål 2: Hvordan erfarer personalet samarbeidet mellom DPS, pårørende, fastlege og eventuelt boliger som pasienter som har brukerstyrt plass er knyttet til?

Spørsmål 1: Hvilke erfaringer har du med samarbeidet med fastlege i forhold til pasienter med BSP?

Spørsmål 2: Hvilke erfaringer har du med samarbeid med pårørende i forhold til pasienter med BSP?

Spørsmål 3: Hvilke erfaringer har du med samarbeidet med bolig som pasienter med BSP er knyttet til?

Spørsmål 4: Er det andre samarbeid som du tenker er relevante i forhold til pasienter med BSP?

a) Kan du fortelle noe om disse?

Avsluttende spørsmål: Er det noe du ønsker å fortelle om dine erfaringer med BSP som jeg ikke har spurt om?

Bakgrunn til informanten:

Kjønn:

Utdanning:

Arbeidserfaring:

Bakgrunn med BSP på DPS-et:

Hvor mange senger har DPS-et som er BSP?

Hvor mange pasienter har tilbudet BSP?

Vedlegg 4. Intervjuguide 2

Intervjuguide 2

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har personalet ved psykiatrisk avdeling med brukerstyrte plasser med fokus på daglig praksis, og hva oppleves som forskjellig før og etter at pasienten fikk dette tilbudet?

Forskningsspørsmål 1: Hvordan erfarer personalet at brukerstyrte plasser fungerer i daglig praksis og har brukerstyrte plasser betydning for pasienten i deres tilfriskningsprosess?

(Ikke interessert i enkeltpersoner men situasjoner generelt)

Bakgrunn til informanten:

Kjønn:

Utdanning:

Arbeidserfaring:

Bakgrunn til BSP på DPS:

Hvor mange senger har DPS-et som er BSP?

Hvor mange brukere har tilbudet BSP?

Hvordan får brukerne BSP?

Spørsmål 1: Kan du beskrive en typisk situasjon ved en BSI?

Spørsmål 2: Opplever du at dere må si ofte nei til brukere som ønsker å benytte seg av dette tilbudet?

Spørsmål 3: Kan du beskrive en innleggelsessituasjon med BSP du synes har fungert bra?

Spørsmål 4: Kan du beskrive en innleggelsessituasjon med BSP du ikke synes har fungert godt?

Spørsmål 5: Hva synes du er bra med tilbudet BSP?

Kan du utdype dette?

Spørsmål 6: Hva synes du er utfordrende med tilbudet BSP?

Kan du utdype dette?

Spørsmål 7: Ser du en forandring hos brukere etter at de har fått tilbud om BSP?

b) Kan du beskrive forskjeller før og etter tilbudet? Benytter de seg av tilbudet?

Spørsmål 8: Hvordan synes du den BSP fungerer i det daglige?

Forskningsspørsmål 2: Hvordan erfarer personalet samarbeidet mellom DPS, pårørende, fastlege og eventuelt boliger som pasienten som har BSP er knyttet til?

Spørsmål 1: Hvilke erfaringer har du med samarbeidet med fastlege i forhold til pasienter med BSP?

Spørsmål 2: Hvilke erfaringer har du med samarbeid med pårørende i forhold til pasienter med BSP?

Spørsmål 3: Hvilke erfaringer har du med samarbeidet med bolig som pasienter med BSP er knyttet til?

Spørsmål 4: Er det andre samarbeid som du tenker er relevante i forhold til pasienter med BSP?

b) Kan du fortelle noe om disse?

Avsluttende spørsmål: Er det noe du ønsker å fortelle om dine erfaringer med BSP som jeg ikke har spurt om?