

# Pasientperspektiv i innleggesskriv for akutt psykisk helsehjelp

Bente Hamre Larsen

Juni 2016



---

Universitetet  
i Stavanger

Institutt for helsefag

Masteroppgave i Helsevitenskap - selvvalgt fordypning

Veileder: Marianne Storm, Førsteamanuensis ved UIS.

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP**

**MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER:**

Vår 2016

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Bente Hamre Larsen

**VEILEDER:** Marianne Storm, førsteamanuensis ved UIS

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Nordisk tittel:** Pasientperspektiv i innleggelsesskriv for akutt psykisk helsehjelp

**Engelsk tittel:** Patient perspective in handovers for admission to acute mental health care

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

**Norske søkeord:** Innleggelse, henvisning, overføring, brukerperspektiv/pasientperspektiv, brukermedvirkning, pasientsentrert, recovery/bedringsorientert psykisk helsearbeid, kontinuitet, psykisk helsevern.

**Engelske søkeord:** Mental health, psychiatric health care, handover, referral, nursing documentation, admission (practice), transition, transferring, care transition communication, user involvement, patient participation, patient perspective, patient centered, recovery, quality assurance

---

**ANTALL SIDER:** 69

Stavanger, 23. juni 2016

Ein sjuk mann  
Veit mangt  
Som den friske  
Ikkje aner

-Arne Garborg-

# Forord

Det er med stolthet, glede og lettelse jeg leverer inn denne masteroppgaven i helsevitenskap. Den representerer en avslutning på mine to år som masterstudent ved Universitetet i Stavanger. Studiet har vært hektisk og krevende, men det har vært en veldig lærerik prosess. Jeg har møtt ulike faglige utfordringer, og blitt inspirert i møte med både flinke forelesere og medstudenter. Mine perspektiver er betydelig utvidet, og jeg sitter igjen med mye ny kunnskap.

Jeg vil gjerne få takke de ansvarlige ved en psykiatrisk institusjon i Sør-Norge for engasjement i forhold til min oppgave og for hjelpen med tilgang på journaldokumenter, samt sikring av studiens anonymitet. Jeg vil takke min nærmeste leder og arbeidsplass for velvillighet når jeg hadde behov for fri fra nattevakter slik at masterstudiet lot seg gjennomføre.

Videre vil jeg takke min veileder ved UIS, Marianne Storm, for konstruktive tilbakemeldinger under utformingen av oppgaven. Uten deg ville ikke oppgaven vært det den er blitt i dag. Takk for at du viste meg vei.

Takk for refleksjoner og tilbakemeldinger fra medstudenter og ansatte ved UIS. Takk til min venn Dordi Lea som har gitt meg gode, konstruktive råd i skriveprosessen. Takk til Tommy Larsen for korrekturlesing.

Avslutningsvis vil jeg takke mitt gode nettverk med venner og familie som har oppmuntret og heiet meg frem. Min kjære mann, Tommy, og mine to sønner, fortjener en ekstra stor takk. Dere har vært så støttende og tålmodige med meg gjennom disse to årene med en travel studietid.

# Innhold

Sammendrag.....	1
1.0 Innledning.....	2
1.1 Helsepolitiske føringer .....	2
1.1.1 Lovmessig forankring .....	4
1.2 Avklaring av sentrale begreper.....	5
1.3 Studiens formål.....	7
1.4 Mitt faglige ståsted: .....	7
1.5 Oppgavens begrensninger.....	8
1.6 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	8
1.7 Relevant undersøkelse .....	9
1.8 Tidligere forskning .....	9
1.9 Oppgavens videre oppbygning .....	14
2.0 Teoretisk rammeverk.....	15
2.1 Bedringsorientert omsorg .....	15
2.2 Pasientsentrert omsorg.....	18
2.3 Brukermedvirkning.....	21
3.0 Metode og metodiske overveielser.....	24
3.1 Kvalitativt forskningsdesign.....	24
3.1.1 Dokumentstudie .....	24
3.2 Vitenskapsteori .....	25
3.3 Datamateriale.....	26
3.3.1 Utvalg av dokumenter .....	26
3.3.2 Utforming av guide til analyse av journaldokument.....	27
3.4 Kvalitativ innholdsanalyse .....	27
3.4.1 Innholdsanalysens tre trinn.....	28
3.5 Forskningsetiske overveielser.....	33

3.6 Validitet og reliabilitet.....	34
4.0 Presentasjon av funn.....	37
4.1 Karakteristika ved pasientene i innleggelsesskrivene .....	37
4.2 Livshendelser.....	38
4.3 Dagliglivet .....	42
4.4 Hjelp og støtte.....	47
5.0 Diskusjonsdel .....	51
5.1 Undersøke pasientenes livshendelser ved innleggelse .....	51
5.2 Kartlegging av pasientens tilstand.....	54
5.3 Pasientens pårørende og det sosiale liv .....	57
5.4 Pasienters ønsker og mål for helsehjelpen.....	60
6.0 Avslutning .....	66
6.1 Konklusjon.....	66
6.2 Implikasjoner for praksis .....	67
6.3 Videre forskning .....	68
Vedlegg 1 .....	80
Vedlegg 2 .....	81
Vedlegg 3 .....	82

## Sammendrag

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan pasientperspektivet blir ivaretatt i innleggelsesskrivene ved akuttinnleggelse til en psykiatrisk institusjon i Sør-Norge. Det er 66 innleggelsesskriv knyttet til 22 pasienter som er studiens empiriske materiale. Målet er økt kunnskap og refleksjon rundt dagens praksis. Det er en kvalitativ dokumentstudie, hvor datamaterialet analyseres ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Jacobsen (2015) og Schreier (2012).

Funnene fra analysearbeidet ble delt inn i tre kategorier:

**Livshendelser:** Det viste seg at førstegangsinnlagte pasienters oppvekst ble utfyllende beskrevet, mens dette var mindre omtalt for pasientene som hadde vært innlagt tidligere. De fleste innleggelsesskrivene omtalte utløsende faktorer og hvordan tiden før innleggelsen var.

**Dagligliv:** Noe om pasientenes situasjon og dagligliv beskrives i samtlige innleggelsesskriv. Det fremkommer mye opplysninger om følelser og symptom.

**Hjelp og støtte:** En del pasienter oppga kortfattede konkrete ønsker om hjelp og mål for innleggelsen. Flere førstegangsinnlagte pasienter var usikre på hva de kunne få hjelp til. Innleggelsesskrivene beskrev noe om pårørendes rolle, men lite rundt informasjon som var gitt og tilbudte behandlingsvalg.

Konklusjon:

Resultatene fra analysen av innleggelsesskrivene fremstiller pasientenes fortid og situasjon her og nå et flertall av skrivene. Resultatene vedrørende informasjon til pasienter, diskusjon rundt behandlingsvalg og plan for behandlingen, fremstår mangelfullt ivaretatt i innleggelsesskrivene, til tross for at en del av pasientene uttrykker kortfattede ønsker for innleggelsen.

Forståelse av pasienters levde liv og nåværende dagligliv kan sette helsepersonell i posisjon til å «ta et pasientperspektiv». Dette kan igjen gi bedre praksis og individuelt tilpassede og holistiske tjenester. Kvalitet i innleggelsesprosessen innebærer kommunikasjon om pasienters relevante historie, nåværende situasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient om en plan for behandlingen.

## 1.0 Innledning

I innledningen gis det en oversikt over den norske konteksten i form av helsepolitiske føringer og gjeldende lovgivning. Videre presenteres sentrale begreper, studiens hensikt, mitt faglige ståsted, studiens avgrensninger og problemstilling. Til slutt er aktuelle undersøkelser, tidligere forskning og oppgavens videre oppbygning beskrevet.

### 1.1 Helsepolitiske føringer

Det er et helsepolitisk mål at pasienter og brukere av helsetjenesten skal møte en sammenhengende og koordinert tjeneste. Helsetjenesten i Norge er organisert på to ulike nivå, henholdsvis primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette, samt teknologisk og faglig utvikling, gjør helsevesenet til et komplisert terreng å manøvrere seg gjennom, og det skaper et behov for samhandling. Når pasienter skal flyttes mellom disse nivåene, anses det som et sårbart område sett fra et kvalitetsperspektiv, med en økt risiko for at det oppstår uønskede hendelser. Flere pasienter har opplevd at viktig informasjon om dem ikke blir overført mellom helsetjenestenivå, noe som medfører diskontinuitet i helsetjenesten (Beach, Croskerry & Shapiro, 2003; Melberg & Kjekshus, 2012; Schibevaag, Kristin & Aase, 2015).

Samhandlingsutfordringer i helsevesenet har vært tilstede i mange år. Det ble presentert en bred analyse av problemstillingen fra Wisløff-utvalget i NOU 2005: 03, «Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste», der de la frem flere tiltak for å bedre samhandlingsutfordringene. Et av tiltakene var at det skulle legges til rette for god og sikker informasjonsutveksling mellom de ulike partene i helsetjenesten (Nou 2005: 3, 2005). Utviklingsarbeid har blitt gjort for å møte disse utfordringene, likevel er det utfordringer ved samhandlingen. Samhandlingsreformen «Rett behandling – på rett sted – til rett tid» (St.Meld. Nr 47, 2008-2009) hadde mer strukturelle grep for å bedre samhandling. Målet var at denne reformen skulle gi helsetjenesten ny retning med et bedre og mer helhetlig helsetilbud. Tiltakene skulle være å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. De ulike leddene i helsetjenesten skulle jobbe bedre



sammen og pasientene skulle få sterkere brukermedvirkning. Reformen skulle bli gradvis innført fra 01.01.2012.

I Meld. St. 10 (2012-2013) poengteres det igjen at det fortsatt er utfordringer knyttet til samhandling mellom helsetjenestene. Det konstateres at et tegn på god kvalitet er at pasientenes og brukernes behov skal stå i sentrum. Aktiv medbestemmelse kan bidra til bedre resultater for pasienten, og bedre utnyttelse av ressursene. Aktiv medbestemmelse handler om å trekke pasienter og brukere mer inn i beslutninger om eget behandlingsopplegg eller omsorgstilbud. Samtidig må det sikres at pasienter som ikke har samme mulighet eller ønske om aktiv medvirkning, får ivaretatt sitt perspektiv og interesser. Med stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet legger regjeringen fram en samlet strategi for å styrke det systematiske kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i tjenesten. Kvalitetstenkningen i veilederen «Og bedre skal det bli - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten 2005-2015», utgitt fra daværende Helsedirektoratet (2005), er lagt til grunn for utforming av tiltak i Meld. St. 10 (2012-2013). Veilederens formål er å bidra til at myndighetenes politikk for god kvalitet gjennomføres, og at kvalitetsarbeidet samordnes og styrkes. Veilederen gir kvalitetsbegrepet et innhold som bygger på samfunnsmessige føringer, lovverkets krav og faglige vurderinger, for å gi best mulig tjenester til brukerne. For helse- og omsorgstjenesten innebærer dette at tjenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

(Helsedirektoratet, 2005, s. 19).

Økt brukerinvolvering er fremhevet som et viktig tiltak for å sikre og forbedre helsetjenestens kvalitet (Dyrstad, Testad, Aase & Storm, 2015). Fra midten av 1990-tallet har en vært stadig mer opptatt av at brukerne skal ha mulighet til å medvirke i utformingen av helsetilbudet (St. Meld. Nr 25, 1996-1997). Det har vist seg at

involveringa av pasienter og pasientopplæring er strategier som har hatt positiv effekt for å unngå uønskede hendelser i helsetjenesten (Schibevaag, et al., 2015; Vincent & Coulter, 2002). Helsedirektoratet (2006) har utformet en veileder for psykisk helsevern for voksne. Her fremheves at brukerne må involveres og gis innflytelse i egen helsehjelp. Hjelpen som tilbys skal være tilpasset den enkelte pasients uttrykte behov. Den nasjonale helse- og omsorgsplanen (Meld. St. 16, 2010-2011) legger opp til at pasientene skal få en tydeligere rolle med større innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet i alle deler av helse- og omsorgstjenesten.

### 1.1.1 Lovmessig forankring

Pasientene som innlegges akutt for psykisk helsehjelp, kan enten legges inn frivillig eller ved tvang, jamfør kapittel 2-3 i Psykisk Helsevernlov (1999). Pasientene i denne studien er innlagt frivillig etter §2-1, og den psykisk helsehjelpen ytes da på bakgrunn av samtykke fra pasientene, og følger bestemmelsene i Pasient- Og Brukerrettighetsloven (1999). De siste tiårene er det utviklet en betydelig rettighetslovgivning. Målet er en helsetjeneste bygd på respekt for menneskeverdet og et sterkere pasientfokus (Molven, 2012). Pasienter og pårørendes rettigheter er forankret i Pasient- Og Brukerrettighetsloven (1999). Kapittel 3 beskriver retten til medvirkning og informasjon. Pasienter har rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige behandlingsmetoder, og det skal legges vekt på hva pasienten mener ved utforming av tjenestetilbudet. En pasient har rett til å være med å planlegge, utforme, gjennomføre og evaluere hjelpetilbudet, innenfor tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder (Molven, 2012; Willumsen, 2005). Rettighetslovgivningen angir for øvrig kun et minimumskrav om pasienters rett til informasjon og medvirkning, og det gis ikke noen føringer for hvordan det skal gjøres (Molven, 2012)

Med rettigheter følger det plikter. Helsepersonelloven (1999) §10 handler om at helsepersonell som yter helse- og omsorgstjenester skal gi informasjon til pasienter og pårørende. Videre skal helsehjelpen som utføres av helsepersonell utføres i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, jamfør § 4 i Helsepersonelloven (1999). I § 39 fremgår det at helsepersonell har en plikt til å føre

journal. § 40 stiller krav til journalens innhold, i form av at den skal føres i samsvar med god yrkesskikk og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999).

Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste, §2-1 Spesialisthelsetjensteloven (1999). Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. § 3-8 spesifiserer at sykehusene særlig skal ivareta pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

## 1.2 Avklaring av sentrale begreper

### **Innleggelsesprosessen til et DPS**

Helsetjenesten i Norge er organisert på to nivå, nærmere bestemt primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Schibevaag, et al., 2015). En person som trenger og ønsker hjelp for sine psykiske problemer, må først ta kontakt med allmennlege/legevakt i primærhelsetjenesten. Pasientens tilstand vurderes, og dersom lege anser det som nødvendig med et høyere hjelpebehov enn primærhelsetjenesten kan tilby, henvises pasienten til undersøkelse eller behandling ved en psykiatrisk institusjon på spesialisthelsetjeneste nivå. Henvisningen sendes med pasienten til psykiatrisk institusjon, hvor en lege og sykepleier/vernepleier utfører en vurderingssamtale av pasienten. Pasientens tilstand kartlegges, og det vurderes hva som er riktig behandlingsnivå (Hartveit et al., 2013; Hummelvoll & Dahl, 2012). Kvalitet i innleggelsesprosessen innebærer kommunikasjon om pasientens nåværende status, relevant historie og en plan for behandlingen (Thomas, Schultz, Hannaford & Runciman, 2013).

## **Innleggelsesskrivene**

Innleggelsesskriv forstås i denne oppgaven som tre ulike typer journalldokument, som opprettes ved innleggelsesprosessen til en psykiatrisk institusjon. Første journalldokument er henvisning, som utformes av fastlege/legevaktslege. De to neste journalldokumentene er innleggelsesskriv opprettet fra vurderingssamtalen på psykiatrisk institusjon. Både lege og sykepleier/vernepleier som er sammen med pasienten i denne samtalen utformer dokumenterer fra samtalen ut fra hver sine elektroniske innkomstnotat- maler (M. Hartveit et al., 2013). Relevant og aktuell pasientinformasjon som nedtegnes i innleggelsesskriv kan anses som nødvendig og viktig for å lenke sammen helsehjelp når pasienter flyttes mellom ulike behandlingsnivå i helsetjenesten (Schibevaag, et al., 2015).

## **Helsepersonell**

I denne studien blir sykepleiere, vernepleiere og leger omtalt som helsepersonell.

## **Pasienten**

I Pasient og brukerrettighetsloven (1999) §1-3 er bruker og pasient gitt to forskjellige definisjoner. I denne oppgaven blir begrepet pasient anvendt, da dette faller seg naturlig i spesialisthelsetjenesten. Pasient blir i lovteksten 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, (Pasient- Og Brukerrettighetsloven, 1999; Syse, 2014).*

Pasientene som omtales i oppgaven har en psykisk sykdom. Psykiske lidelser og problemer opptrer i ulike grader, fra lette forbigående plager (tilstander som er belastende, men ikke gir diagnose) til mer langvarige lidelser med omfattende funksjonsvansker (oppfyller bestemte diagnostiske kriterier). For å måle psykiske plager kan spørreskjema eller strukturert klinisk intervju brukes (Hummelvoll & Dahl, 2012)

## **Pasientperspektiv**

Pasientperspektiv og brukerperspektiv forstås i denne studien som begreper med lik betydning. Seim og Slettebø (2007, s28-29) har definert pasientperspektiv som at «den profesjonelle eller ansatte skal ha brukerens interesser og behov i fokus» (Hanssen, Humerfelt, Kjellebold, Norheim & Sommerseth, 2010). Pasientperspektiv handler om å

se personen bak diagnosen, å bevege seg fra å se pasient til person, og forstå ulike fenomen fra pasientens perspektiv. Pasientperspektiv i behandling og omsorg er grunnleggende i pasientsentrert omsorg, brukermedvirkning og brukerorientert psykisk helsearbeid (recovery). Pasientsentrerte tjenester er en viktig dimensjon for å oppnå god kvalitet ved alle nivå i helsetjenesten (Andreassen, 2005; Storm & Edwards, 2013; Westerlund, 2012).

### 1.3 Studiens formål

Oppgavens tema er «pasientperspektiv i innleggelsesskriv for akutt psykisk helsehjelp». Sammenhengende helsetjenester og brukermedvirkning er satsningsområder fra regjeringens side. Det foreligger lite forskning om hvordan pasientens perspektiv blir ivaretatt under innleggesprosessen til akutt avdeling i psykisk helsevern, og på bakgrunn av dette anses det å være en relevant studie. Målet er at denne masteroppgaven skal bidra til økt kunnskap, samt refleksjoner rundt dagens praksis med henblikk på helsepersonells ivaretagelse av pasientperspektivet.

### 1.4 Mitt faglige ståsted:

Jeg har erfaring med jobb fra både akuttavdeling og langtidsavdeling på psykiatrisk institusjon, samt psykiatrisk helsetjeneste på kommunalt nivå. Jeg har over tid hatt interesse for brukermedvirkning og god dokumentasjonspraksis. Gjennom årene som yrkesaktiv har jeg erfart at det kan være varierende kvalitet på skriftlige journaldokumenter. Ofte har jeg savnet et tydeligere fokus på hva som anses som god dokumentasjonspraksis for arbeidsplassen. Jeg har også tenkt at pasientens ønsker og preferanser burde kommet tydeligere frem i helsepersonells dokumentasjon, samt at det burde vært en mer definert målsetning for hva pasienter ønsker hjelp til, hvordan hjelpen skal gis og hva som er ønskelig funksjonsnivå for den enkelte. På forskningstorg på UIS vinteren 2015 presenterte Marianne Storm et prosjekt som skulle

startes om samhandling og overføring i det psykiske helsefeltet. Dette vekket min interesse, og var med på å lede meg til valg av tema for oppgaven. Det er viktig å være klar over sin forutinntatthet ved kvalitativ forskning, slik at det påvirker resultatene i minst mulig grad. Forforståelsen er basert på kunnskap og erfaring. Den kan føre med seg at en ser det en forventer å se, og at nye ting forblir uopplaget. På grunnlag av dette er det nødvendig å være observant på egen forutinntatthet, slik at studiens funn ikke farges av dette og fremstår med liten verdi. Gjennomsiktig prosess og åpenhet om de ulike valgene som blir tatt, vil være med på å forhindre dette (Jacobsen, 2015)

## 1.5 Oppgavens begrensninger

Denne oppgaven ser på alle innleggelsesskrivene samlet sett i forhold til hvordan den enkelte pasients perspektiv belyses. Innleggelsesskrivene som er inkludert i studien, er studert i forhold til sin samlede presentasjon av pasientene. De faglige vurderinger av og om pasienten studeres ikke, da fokuset er pasientens perspektiv. Det vil si at helsepersonellens stemme og vurderinger i innleggelsesskrivene er i mindre grad inkludert i denne studiens funn. Den tekniske utformingen og kvaliteten av skrивene blir heller ikke vurdert, da det allerede eksisterer en del forskning på det området. Studien tar ikke høyde for hvorvidt det har foregått informasjonsutveksling ved innleggelse ut over de aktuelle innleggelsesskrivene som er inkludert i oppgavens utvalg. Da denne oppgaven ikke inkluderer intervju/observasjon av berørte parter i innleggelsesprosessen, vil en ikke kunne stille avklarende spørsmål til hvorfor ting er som de er i dokumentasjonen.

## 1.6 Problemstilling og forskningsspørsmål

### **Problemstillingen er utgangspunkt for studien:**

«Hvordan kommer pasientens perspektiv til uttrykk i innleggelsesskrivene når pasienter legges inn på psykiatrisk institusjon for akutt psykisk helsehjelp?»

### **Forskningsspørsmål:**

-Hvordan fremstilles pasientens forhistorie og nåværende situasjon i innleggelsesskrivene?

-Hvordan blir pasienter og pårørende involvert i innleggelsen på psykiatrisk institusjon, og i utformingen av helsehjelpen?

### 1.7 Relevant undersøkelse

Det ble utført en landsdekkende pasientundersøkelse av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2014. Tittelen på undersøkelsen var «pasienters erfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern.» Denne undersøkelsen avdekker flere områder som pasientene mener har forbedringspotensialer, og samarbeid mellom ulike helsetjenester er et av dem. Pasientene i undersøkelsen ble spurt om de opplever at helsetjenestene har samarbeidet bra for å hjelpe dem med psykiske plager. Så mange som 63% har svart «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» på dette spørsmålet.

Undersøkelsen viser allikevel at hele 76% av pasientene i stor eller svært stor grad syns at måten de ble tatt imot på ved institusjonen var tilfredsstillende. Hele 59% syns at behandler/personal forstod deres situasjon (Kunnskapssenter, 2014). De to overforstående forskningsfunnene spriker i meningsinnholdet, og viser at foreliggende studie er relevant.

### 1.8 Tidligere forskning

Det finnes en del forskning som er gjort innenfor valgt tema.

Jeg har foretatt strukturerte søk i følgende databaser: Academic Search Premier, Cinahl, SweMed og Oria. Søkeordene har blitt brukt med ulike trunkeringer og kombinasjoner, for å sikre at ulike skrivemåter skulle bli inkludert i søkene

Engelske søkeord: Mental health, psychiatric care, handover, referral, nursing documentation, admission (practice), transition, transferring, care transition communication, user involvement, patient participation, patient perspective, patient centered, recovery, quality assurance.

Norske søkeord brukt på Oria: Innleggelse, henvisning, overføring, brukerperspektiv/pasientperspektiv, brukermedvirkning, recovery/bedringsorientert psykisk helsearbeid, kontinuitet, psykisk helsevern.

Søkene ble avgrenset til å gjelde resultat de siste ti årene, da jeg ønsket nyest mulig forskning innlemmet i studien. Videre ble det utført handsøk i referanselister fra aktuelle artikler. Søking etter artikler er gjort ved flere ulike tidspunkt i prosessen, siste gang i mai 2016 for å sikre at nye aktuelle studier også er vurdert inn i oppgaven.

Etter å ha utført en mengde litteratursøk, merket jeg meg at flere studier omhandler pasientoverføring innenfor andre fagområder enn psykisk helse. Det viste seg videre at det foreligger flere studier av løpende journal, epikriser og utskriving, enn av innleggelsesskriv til spesialisthelsetjenesten. Det er enkelte studier som har undersøkt henvisninger og sykepleiedokumentasjon, men tilsynelatende få studier har studert legers innleggelsesskriv ved psykiatrisk avdeling. Mye av eksisterende forskningen går direkte på journaldokumentenes innhold og kvalitet.

Opgaven min retter seg mot innleggelsesskriv til psykiatrisk institusjon, og i det følgende ses et utdrag av tidligere forskning som anses som mest aktuell for denne oppgaven. Noen av studiene som er inkludert er fra somatisk helse, men anses allikevel som relevante for oppgaven. da utvalget av artikler fra psykisk helse alene ikke var tilstrekkelig empiri.

I en eksplorerende observasjonsstudie utført av Waters, Sands, Keppich-Arnold og Henderson (2015), er overlevering av informasjon mellom krise-vurdering og behandlingsteam til psykiatrisk avdeling for pasienter med døgnopphold undersøkt. Studiens mål var å identifisere hvilken type informasjon (form og innhold) som ble overført under disse informasjonsoverleveringene, og undersøke hvordan dette var en guide for innledende behandling. Studien beskriver overføringer i mental helse som



spesielt komplekse, og pasienten er en viktig link for å etablere trygghet og kontinuitet i helsetjenesten. Resultatene viste at klinisk informasjon inkludert psykiatrisk historie og mental status ble overført konsekvent, men det ble avslørt en mangel på oppmerksomhet i forhold til brukers preferanser i overføringer. Dette til tross for at helsetjenesten hadde fokus på å være «recovery»-orientert, som innebærer å respektere brukerens preferanser.

I en kvalitativ studie av Wright, Rowley, Chopra, Gregoriou og Waring (2015), ble det undersøkt hvilken grad av pasientinvolvering det var ved innleggelse og utskriving av pasienter på et psykiatrisk sykehus. Metoden som ble anvendt var fokusgruppeintervju, der gruppene var sammensatt av både personell fra akuttavdelingen, kommunalt personell og pasienter. Deltakerne beskrev pasientoverføringssituasjoner som kaotiske, stressende og følelsesmessige ladede. Pasientenes stemme gikk tapt i overføringer. Gruppedeltakerne beskrev en nervøs og konkurrerende stemning ved overføringer, da sengeplass i spesialisthelsetjenesten er en knapp ressurs. Gitt denne knappheten, hadde pasienter en veldig begrenset stemme i avgjørelsesprosesser relatert til innleggelse eller utskriving. Delt eierskap til problemet var ikke-eksisterende, og klinisk kunnskap ble devaluert. Det ble oppfattet som at noen pasienters stemme var mer verdifull og valid enn andres. Personlighetsforstyrrelse er en type diagnose som ikke virket til å bli prioritert for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelighet av ledige senger spilte en rolle i forhold til om pasienter ble prioritert til innleggelse eller ikke, og det samme gjaldt for utskrivingstidspunkt – full avdeling tilsa raskere utskriving. Studien belyser hvordan pasientens stemme kan forsvinne ved overføringer. Det foreslås at det er nødvendig med innovative løsninger for å sikre at pasientene får ha innflytelse på deres helsetjeneste ved innleggelse og utskriving fra sykehus.

Instefjord, Aasekjær, Espehaug og Graverholt (2014) har gjort en studie av sykepleiedokumentasjon ved psykiatrisk sykehus i Norge, da dette er lite undersøkt. God kvalitet i dokumentasjon hevdes å skape kontinuitet i omsorgstjenestene og bedre pasientsikkerheten. Metoden som ble brukt var en tverrsnitts retrospektiv journal-studie. Sykepleiedokumentasjon vedrørende 21 personer som ble innlagt til psykiatrisk behandling ble undersøkt. Det ble både sett på dokumentstruktur, og innhold i innleggelsesnotat, pleieplaner, rapporter om fremdrift og resultater, utskrivningsnotat og informasjon om pasientenes personlige detaljer. Det fastslås at innleggelsesnotat fra sykepleiere bør inneholde en fullstendig dokumentasjon av pasientens helsehistorie,

grunn for innleggelse og pasientens helsestatus. All relevant informasjon bør være inkludert. Dette er på grunnlag av forskningsbaserte anbefalinger for å oppnå best mulig praksis i helsevesenet. Studiens funn peker på at sykepleiedokumentasjonen hadde nedtegnet informasjon om alle de tre anbefalte punktet i kun 10 % av innleggelsesrapportene. 50% av innleggelsesrapportene inneholdt bare et av disse tre områdene. Studien viser at elektronisk skrevet sykepleiedokumentasjon bare delvis er i tråd med anbefalinger for god praksis. Kvaliteten av innholdet i de ulike dokumentene ble rangert som dårlig. Det blir hevdet at alvorlige mangler i sykepleieinnleggelsesskrivet viser seg å skape svakheter i den følgende stadiene av sykepleiedokumenteringen.

I en svensk studie utført av Flink et al. (2015) er pasientoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten undersøkt ved hjelp av en kvantitativ innholdsanalyse. Datamaterialet var 76 medisinske journaler fra 22 pasienter med kroniske sykdommer og/eller polyfarmasi (bruk av flere legemidler samtidig). Journalene blir brukt som kommunikasjon mellom omsorgsnivåene, er vurdert i forhold til hvor pasientsentrert de er, og hvordan kontinuiteten av pasientomsorgen er. Studien avdekket at dokumentene i liten grad var pasientsentrerte. Spesielt i forhold til det å informere pasientene og å oppnå delt forståelse om behandlingsplaner. Til tross for forslag om at kombinasjon av medisinsk og pasientsentrert informasjon vil gi helsepersonell bedre informasjon for å sikre kontinuitet i helsetjenesten, viser ikke dette seg som nedtegnet i medisinsk journal. Mangel av pasientsentrert dokumentasjon kan indikere et ikke pasient-sentrert møte, eller lav prioritering om å dokumentere slik informasjon.

En annen studie av Flink, Öhlén, Hansagi, Barach og Olsson (2012) har som mål å forbedre kunnskap og forståelse om pasienters perspektiv i forhold til deres medvirkning i informasjonsoverføringer. 23 svenske pasienter med kronisk lidelse ble intervjuet om deres erfaringer, og materialet ble analysert ved induktiv kvalitativ innholdsanalyse. Funnene peker på at pasienter medvirket aktivt i informasjonsoverførings-prosesser når de følte det var nødvendig for å sikre kontinuitet i helsehjelpen. De var mindre aktive når de opplevde at deres medvirkning var unødvendig eller ikke av verdi.

Hartveit, Biringer, Aarre, Vanhaecht og Aslaksen (2012) har studert innholdet i 50 henvisninger og 50 epikriser fra psykisk helsevern. Målsetningen var å undersøke det medisinske faglige innholdet med særlig fokus på koordineringsperspektivet. Resultatene indikerer at henvisninger og epikriser har alvorlige mangler innen psykisk helsevern for voksne. Det ble avdekket manglende informasjon på tilnærmet alle områder for å sikre prioritering og helhetlig planlegging. Manglene som er mest uttalt i henvisninger er knyttet til informasjon om planlagte og eksisterende tiltak i behandlingen, samt at kun hver fjerde henvisning gav informasjon om selvmordsfaren. Det er ikke signifikante forskjeller mellom førstegangsinnlagte pasienter og de som har vært innlagt tidligere i forhold til type mangler.

En artikkel av Dahl (2007) har ved hjelp av en gjennomgang av empiriske studier undersøkt hvorvidt pasientperspektivet er ivaretatt i sykepleiedokumentasjon. Videre er det undersøkt hvorvidt anamnesen i VIPS-modellen legger til rette for pasientperspektivet. VIPS er en dokumentasjonsmodell i den elektroniske pasientjournal som anvendes ved flere helseforetak i Norge. I artikkelen er det inkludert en studie som hadde gjort en metasyntese av 14 kvalitative forskningsrapporter fra 1996-2005. Disse 14 studiene ble gjennomgått, og resultatene peket på at individualisert pasientomsorg ikke var synlig i sykepleiedokumentasjonen. Det viste seg også at pasientens opplevelser ofte ikke ble dokumentert. Flere forskningsfunn understøttet at pasientperspektivet bør få et sterkere fokus i anamnesen. Siden alle artiklene som ble fremhevet viste et behov for større fokus på pasientperspektiv i sykepleiedokumentasjon, ble det undersøkt hvorvidt VIPS-modellen legger til rette for dette. Konklusjonen ble at den legger til rette for at pasientens perspektiv kan dokumenteres i anamnesen, særlig under punktene om kontaktårsak, helsehistorie, sosial bakgrunn og livsstil.

Danbolt, Lien og Kjønnsberg (2010) har i sin studie beskrevet samhandling mellom den psykiske helsetjenesten og 8 kommuner. Anvendt metode er fokusgruppeintervju. Hensikten var å utforske erfaringer til involverte parter i samhandlingen om hvordan oppnå en best mulig, hensiktsmessig og brukerrettet praksis innenfor dagens økonomiske og organisatoriske rammer. De involverte gruppene er brukere, ansatte ved DPS og akuttposter i spesialisthelsetjenesten, fastleger og ansatte i det psykiske helsearbeid i kommunen. Funnene viser at de involverte syns at dagens

samhandlingssituasjon er frustrerende. Rutiner, kvalitet og gjensidighetskunnskap er alle punkt som er utilfredsstillende med tanke på samhandling. Det viser seg å være vilje til endring blant de involverte parter. Det foreslås blant annet en mer smidig innleggelsesprosedyre, samt mer brukerinvolvering. Studiens hovedfunn er at samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten oppleves som et alvorlig hinder for god pasientbehandling av alle berørte parter.

### 1.9 Oppgavens videre oppbygning

Videre i oppgaven gis det en presentasjon av teoretisk rammeverk i kapittel 2. Metodisk tilnærming og fremgangsmåte blir beskrevet i kapittel 3, og i kapittel 4 blir funn fra analysearbeidet fremstilt. Kapittel 5 inneholder en diskusjonsdel der funnene blir drøftet opp mot tidligere forskning, teoretisk rammeverk og annen relevant litteratur. I kapittel 6 fremgår konklusjonen, implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil det bli redegjort for bedringsorientert omsorg (recovery), pasientsentrert omsorg og brukermedvirkning. Disse modellene har felles egenskaper og overlapper hverandre. Bedringsorientert omsorg kan forstås som overbyggende modell og filosofi. Pasientsentrert omsorg er konteksten for å anvende pasientdeltakelse, og brukermedvirkning er et viktig verktøy for å oppnå dette (Storm & Edwards, 2013)

### 2.1 Bedringsorientert omsorg

Mennesker som opplever sykdom, funksjonstap eller kriser, vil prøve å komme seg gjennom det på sin egen måte. Det kan være ulike strategier og veier som fører til bedring for den enkelte. I perioder kan mennesker som møter utfordringer trenge hjelp og støtte fra omgivelsene for å oppnå bedring. Det å bli en psykiatrisk pasient, innebærer å erkjenne mangel på problemløsning og mestring. Det vil være utfordrende for de fleste, og det vil ha innvirkning på selvbildet. Samtidig vil det kunne oppleves som en lettelse å få profesjonell hjelp etter å ha kjempet alene mot uhelse uten å oppnå bedring (Hummelvoll & Dahl, 2012). All behandling av god kvalitet skal være i samsvar med kunnskapsbasert praksis som er basert på forskningskunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap. Kvalitet for pasienter kan bety faglig god behandling hvor de får medvirke. Helsetjenesten skal være trygg og forutsigbar med få uønskede hendelser. Den enkelte pasient skal bli møtt med respekt og omtanke fra helsepersonell (Arntzen, 2007).

Tradisjonelt sett har avgjørelser i helsevesenet vært basert på at legen skulle ta avgjørelser og bestemme hvordan pasientbehandlingen skulle være. Legen var også den eneste som var tilstrekkelig informert, og pasienten skulle bare gi eller holde tilbake sitt samtykke i forhold til det legen bestemte (Coulter, 2011). På 1990-tallet kom det flere publikasjoner og studier som pekte på et behov for et mer bedringsorientert perspektiv i psykisk helsetjeneste, (Hummelvoll & Dahl, 2012). Dette innebar å flytte seg bort fra den naturvitenskapelige tradisjon med et medisinsk perspektiv som fokuserte på

patologi, sykdom og symptom til mer vektlegging av den enkelte persons helse, styrke og velvære (Davidson et al., 2005; Storm & Edwards, 2013; Wilken, 2007). Den paternalistiske holdningen med at den profesjonelle har enerett på svarene, ble byttet ut med at alle parter skal høres (Coulter, 2011). Fra år 2000 var bedringsorientert psykisk helsearbeid (recovery) nedfelt i nasjonale retningslinjer og helsepolitiske føringer. Denne modellen om bedring baserte seg på ideer om selvhjelp, myndiggjøring og rettighetskamp (Hummelvoll & Dahl, 2012). Bedringsorientert psykisk helsearbeid er ikke ansett som en behandlingsform eller et omsorgsteoretisk perspektiv, men det refererer til hva mennesket selv kan gjøre for å bedre sin situasjon (Karlsson & Borg, 2013). Bedringsorientert psykisk helsearbeid kan være både medisinsk orientert og mer personlig orientert. Sett ut fra en medisinsk orientering, handler det om å søke objektive mål mot bedring, der resultatet er redusert mengde symptom og økt personlig og sosial fungeringsevne (Hummelvoll & Dahl, 2012). Det krever ikke en fullstendig bedring av symptom, eller tilbakevending til «normal funksjon», men det innebærer å overvinne symptomene som den psykiske lidelsen fører med seg, redefinere seg selv og gjenvinne en viss grad av kontroll over eget liv (Berwick, 2009; Storm & Davidson, 2010). William Anthony (1993, s 527) har i sin mer personlig orienterte definisjon lagt vekt på at alle har mulighet for bedring, og at det ikke er avhengig av at symptomer fjernes:

*Bedring (recovery) er en dypt personlig, unik prosess med forandring av holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, håpefullt og aktivt liv til tross av begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og hensikt med ens liv mens man vokser på tross av katastrofale virkninger av psykisk lidelse (Hummelvoll & Dahl, 2012, s. 58).*

Pasienten er den som opplever sykdommer, og dermed kan formidle hvordan sykdommen erfares og virker inn på livssituasjonen (Hummelvoll & Dahl, 2012, s. 32). I et bedringsorientert helsearbeid skal pasientene ha en aktiv rolle i egen behandling, og det skal tas hensyn til den enkeltes preferanser (Coulter, 2011). Den profesjonelle kan legge til rette for bedring og gi nyttig hjelp, men det er personen selv som må ønske og søke bedring (Marit Borg, Jensen, Topor & Andersen, 2011; Hummelvoll & Dahl, 2012). I et bedringsperspektiv er den enkelte pasients erfaring med sykdom, sosiale omstendigheter, vaner, oppførsel, holdninger, verdier og preferanser like viktig som

legens kunnskap om diagnostiske teknikker, årsaken til sykdom, prognose, behandlingsalternativ og forebyggende strategier (Coulter, 2011). Dette er også i tråd med Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, §3-1, hvor pasientene gis rett til medvirkning og informasjon om egen helsehjelp (Molven, 2012; Syse, 2014). Erfaringsbasert kunnskap må likestilles med fagkunnskap (M Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

Bedring kan skje uavhengig av årsaken til den psykiske lidelsen, biologi og alvorlige psykiske lidelser episodiske natur (Hummelvoll & Dahl, 2012). Bedring-orientert omsorg innebærer å støtte mennesker gjennom deres psykiske helseproblem, med mål om å få leve et meningsfylt liv. Det handler om å sette individet i sentrum, og det fokuseres på den enkelte pasients mål, håp, vilje og ressurser (Hummelvoll & Dahl, 2012; Karlsson & Borg, 2013). Det krever at pasienten har egeninnsats, utholdenhet, samt ambisjoner om å leve et godt og meningsfylt liv for å oppnå bedringsprosesser (Marit Borg, 2007; Hummelvoll & Dahl, 2012). Den profesjonelle må lytte og tro på pasientens ønsker vedrørende hjelp og støtte, slik at de kan finne sin egen vei mot bedring (Karlsson & Borg, 2013). Videre bør helsepersonell interessere seg for personens hverdag, livssituasjon og livssyn, og anerkjenne betydningen av sosiale omgivelser og relasjoner. En fellesnevner i bedringsbegrepet er å ha sosial støtte rundt seg, og det å tro på bedringsmuligheter (Hummelvoll & Dahl, 2012).

Kvaliteten av en persons sosiale nettverk påvirker den psykiske helsen. Familie, venner, naboer, arbeidskollegaer og foreningsliv gir en opplevelse av tilhørighet, det vil forsterke identitets- og selvfølelse, og dermed styrke både fysisk og psykisk helse. De fleste er avhengig av omgivelsene og sosiale relasjoner sine i en bedringsprosess. Bedring er en individuell prosess i personens indre, men også i relasjon til omgivelsene. Det er ikke bare gjennom behandling pasienten kommer seg. Personer kan gjenvinne mening med livet gjennom samvær med andre. Psykiatrien har en tendens til å beskrive pasienter med alvorlig psykisk lidelse som ute av stand til å danne og vedlikeholde sosiale relasjoner (Hummelvoll & Dahl, 2012). Dette stemmer ikke overens med funn fra en studie av Schön et al. (2009) der det viser seg at pasienter som er i bedringsprosesser skaper sosiale relasjoner og søker til sosialt gunstige omgivelser for å mestre og redusere symptom (Hummelvoll & Dahl, 2012).

Bedring blir støttet ved deltakelse, sosial integrering og normalisering i det ordinære arbeidslivet. Det å være et verdsatt medlem av samfunnet, der personen får arbeide, har stor betydning for helsen i form av økt livskvalitet, selvaktelse og styrket identitet. Sysselsetting og det å ha en jobb kan ses på som en beskyttelsesfaktor, og det kan fjerne stigmatisering og stempling knyttet til det å ha en psykisk lidelse. Pasienter med psykiske lidelser er en gruppe som generelt har lav deltagelse i arbeidslivet, men mange ønsker seg et arbeid (Hummelvoll & Dahl, 2012). Dessverre ses det en tendens til at mennesker som har vært utenfor arbeidslivet på grunn av psykiske helseplager, ofte møter et samfunn med manglende vilje til å anerkjenne deres evner til å jobbe (Coleman, 2007).

Det viser seg at selvbestemmelse i utforming av hjelpetilbud, kan være viktig for tilfriskningsprosesser. Til tross for bedringsorientert psykisk helsevern, kan det være barrierer som hemmer den individuelle bedringsprosessen. Det kan være alvorlighetsgrad av symptomer, negative opplevelser av hjelpeapparat, bivirkninger av medikamenter eller det å erkjenne at en trenger hjelp. Mangelfull evne til å ivareta rollene en til vanlig innehar, og det å ikke klare gjennomføre oppgaver, er også faktorer som kan svekke menneskets totale holdning til seg selv, og igjen hemme bedringsprosess (Hummelvoll & Dahl, 2012). Noe av kritikken som er blitt rettet mot bedring-orientert omsorg er at den legger ansvarsbyrden over på den enkelte, og mangler inkludering av maktaspektet som for eksempel ubalanse i forholdet mellom fagekspertise og pasienter (Marit Borg, 2007). Det er imidlertid slik at for de aller fleste snur utviklingen av uhelse på et tidspunkt, og bedringsprosesser oppstår (Hummelvoll & Dahl, 2012).

## 2.2 Pasientsentrert omsorg

Bedringsorientert omsorg (recovery) kan forstås som overbyggende modell og filosofi for pasientsentrert omsorg.



*Pasientsentrert omsorg er respektfull og mottakelig for individuelle pasientpreferanser, behov og verdier, og sikrer at pasientens verdier veileder alle kliniske bestemmelser* (Flink, 2014; Institute of Medicine, 2001, s. 40).

Pasientinvolvering er en del av kvalitetsbegrepet i helsetjenesten (Institute of Medicine, 2001). Pasientsentrerte helsetjenester kan bli oppnådd ved at pasienter og deres pårørende deltar aktivt og får lede avgjørelser vedrørende deres helse og velbehag. For at pasienter og pårørende skal komme i posisjon til dette, er de i behov av tilpasset informasjon, valgmuligheter for behandling og opplevelse av kontroll over helsetilbudet (Storm & Edwards, 2013). Pasienter og deres pårørende bør oppmuntres til å engasjere seg i egen helsehjelp for å bidra til økt sikkerhet (Dyrstad, 2015). På grunnlag av om pasienten ønsker det, og så langt som mulig, skal pårørende kunne være tilstede med pasienten når helsehjelp gjennomføres. Pårørende har rett til å motta og gi informasjon, men de kan også under visse forutsetninger være medvirkende og aktivt deltakende i gjennomføringen av helsehjelpen (Kjellevoll, 2010). Pasient- og pårørende tiltak i form av pasientdelaktighet og opplæring kan ha effekt med tanke på å redusere risiko for uønskede hendelser når pasienter flyttes mellom ulike omsorgsnivå (Schibeveag, et al., 2015). En inkludering av familie og venner i pasienters behandling har vist seg å øke pasienters tilfredshet med behandlingen (Frampton, Wahl & Cappiello, 2010).

Kriteriene for at omsorgstjenestene skal være pasientsentrert, er at den enkelte pasient blir møtt med tillitt og respekt for eget liv, integritet og menneskeverd (Hanssen & Humerfelt, 2010; Molven, 2012). Pasientsentrert behandling og omsorg innebærer en holistisk tilnærming der helsepersonell ser individet og ikke bare sykdommen. Problemene som pasienten opplever må ses i sammenheng med pasientens livssituasjon. Det bør oppnås en kjennskap til alle sider ved pasientenes livssituasjon, da det kan påvirke resultatet av tjenestetilbudet i positiv retning. Dette innebærer at både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner ved pasientens liv kartlegges (Ekeland & Heggen, 2007; Leplege et al., 2007; Scherman & Runesson, 2009; Storm & Wiig, 2015).

Når helsepersonell forstår ulike fenomener fra pasientens ståsted og ivaretar pasientens rettigheter, interesser og erfaringer, kan det uttrykkes som at de «tar et pasientperspektiv» (Humerfelt, 2005; Westerlund, 2012). Pasientperspektivet handler

om å se personen bak diagnose og behov, å bevege seg fra å se pasienten til personen (Volden, 2004). Det har vist seg at det å sette pasientens perspektiv fremst i det praktiske arbeidet i hverdagen, gir bedre praksis og tjenester (Westerlund, 2012). I en profesjonell relasjon bør pasientperspektiv forstås todimensjonalt. Den ene dimensjonen er at den profesjonelle skal se pasienten og ha hans/hennes interesser og behov i sentrum. Dette kan kalles for et faglig pasientperspektiv, og har mye til felles med den tradisjonelle oppfatningen av brukermedvirkning. Den andre delen er pasientens perspektiv, som innebærer pasientens egen forståelse av seg selv og sin situasjon tidligere, nå og for fremtiden. Gjennom fagkunnskap og pasientens formidling av eget perspektiv, vil helsepersonellet kunne innta pasientperspektivet. For at pasienten skal komme med sine synspunkter og medvirke med sin opplevelse av situasjonen, understreker Hanssen, et.al, (2010) viktigheten av at helsepersonell i kraft av sin fagkunnskap er lydhør og skape trygghet i relasjonen (Hanssen, et al., 2010). Normann, Sandvin og Thommesen (2013) hevder på sin side at den profesjonelle kan prøve å sette seg inn i pasientens ståsted, men det er ikke en selvfølge at pasienten selv opplever å bli møtt og forstått fullstendig i sitt eget perspektiv, samt at helsepersonell også har et faglig perspektiv som må ivaretas. Storm og Edwards (2013) mener at helsepersonell kan forsøke å se situasjonen fra pasientens perspektiv, men må samtidig erkjenne at de aldri kan forstå pasientens erfaring og opplevelse fullstendig.

En felles forståelse om pasientens behov og målsetningen for behandlingen er avgjørende i pasientsentrert omsorg, slik at det jobbes mot et felles mål (Mead & Bower, 2000). Bedringsprosesser er avhengig av at relasjonen mellom pasient og helsepersonell gir en opplevelse av fellesskap og likeverd (Hummelvoll & Dahl, 2012). Et fokus på maktutjevning og pasientinvolvering er vesentlige dimensjoner ved pasientsentrert omsorg. Behandlerrollen og pasientrollen kan aldri likestilles fullstendig (Storm, Rennesund, Jensen & Mikkelsen, 2009), da det er en grunnleggende asymmetri i relasjonen mellom pasient og helsepersonell, der pasienten søker hjelp og helsepersonellet er den som har tilgang på ressurser, tiltak og kunnskap (Askheim, 2012). Ved at helsepersonell tar utgangspunkt i pasientens perspektiv, legges det til rette for at behandlingsrelasjonen er mest mulig likeverdig og at det kan bygge på pasientens egne mestringsstrategier (Storm, et al., 2009). Pasienten bør oppmuntres til å uttrykke hva som er mest viktig for dem, og videre bør deres verdier og preferanser diskuteres (Coulter, 2011).

Tillitsfull relasjon mellom helsepersonell og pasient anses som et viktig aspekt for at helsepersonell skal kunne yte pasientsentrert omsorg. God kommunikasjon med pasienten kan være med å klargjøre pasientens bekymringer (Storm & Wiig, 2015). Det kan bidra til følelsesmessig støtte og lindring av frykt og angst (Flink, 2014). For å oppnå det, innebærer det at helsepersonell må bruke både fagkunnskap og ha en oppriktig interesse for pasientens ønsker og behov. Dette krever at helsepersonell er omsorgsfulle, sensitive, empatiske, tolerante og fleksible (Dyrstad, et al., 2015; Mead & Bower, 2000; Storm, et al., 2009). Aktiv lytting, vise respekt og det å tilby individuelt tilpasset informasjon blir av Flink (2014) peket på som fremmende for å oppnå lydhør relasjon mellom pasient og helsepersonell.

Det viser seg at helsepersonells atferd og holdninger kan være med å påvirke hvorvidt pasientene medvirker i egen behandling. Helsepersonell som er avslappet og har tid til den enkelte pasient, samt en åpen og positiv atmosfære, kan fremme pasientens ønske om å medvirke i egen helsehjelp (Flink, 2014). Videre er det viktig at helsepersonell ikke ser på seg selv som normale og pasienter som unormale. Det skaper et hinder for bedring dersom helsepersonell har som mål å få pasientens over i sin egen «normale verden» (Deegan, Anthony & Wolkon, 1988).

### 2.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning og aktiv medbestemmelse er en forutsetning innen pasientsentrert omsorg. Medvirkning i helsehjelpen kan støtte en persons bedringsprosesser og tilfredshet med helsetjenestene (Storm & Edwards, 2013). Det krever at den profesjonelle er mottakelig for pasientens behov, ønsker og mål, og tilrettelegger for en god dialog og trygghet i relasjonen (Hanssen, et al., 2010). Brukermedvirkning defineres ofte slik:

*De som berøres av en beslutning, eller en bruker av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utformingen av tjenestetilbudet* (Hanssen & Humerfelt, 2010, s. 144).

Målet med brukermedvirkning er at relasjonen mellom pasienten og helsepersonell baseres på likeverdighet og maktutjevning (Willumsen, 2005). Samtidig som tjenestemottaker er avhengig av hjelp, skal en på den andre siden kunne agere som selvstendige personer og ta valg innenfor denne relasjonen (Aadnanes, 2007). Pasientene går fra å være en mottaker av tjenester til å bli aktive deltakere med innflytelse i sin egen behandling. Tanken er at en slik prosess vil styrke den enkelte pasients mestringsfølelse og kompetanse i forhold til egen sykdom og eget liv (Storm, et al., 2009). Å inkludere pasientene i deres eget tjenestetilbud, må ses i sammenheng med et ønske om å heve kvaliteten på tjenestene og få mer tilfredse pasienter (Humerfelt, 2005). Pasientens medvirkning skal ivaretas og sikres gjennom hele behandlingsforløpet, og kan ses på som en del av pasientens behandling. Aktiv medvirkning i egen helsehjelp har vist seg å gi tjenester som virker bedre for den enkelte, det fremmer pasienters egenomsorg og de blir ansvarliggjort i forhold til eget liv (Westerlund, 2012). Pasientene får en helsetjeneste som er mer tilpasset deres ønsker og behov, og det kan ha en terapeutisk verdi for mennesker med psykiske problem å bli involvert i avgjørelser (Hickey & Kipping, 1998; Storm, et al., 2009).

Både pasienter og pårørende bør involveres og gis innflytelse på helsetjenesten (Storm & Wiig, 2015). For mange pasienter med psykisk lidelse, er pårørende den viktigste ressursen de har. Pårørende kan ha mye kunnskap som er av interesse for helsepersonell når behandling skal planlegges (Kjellevold, 2010). Familiemedlemmer kan noen ganger fungere som pasientens advokat, ved at de gir informasjon til helsepersonell, stiller spørsmål og opptrer som medisinske sekretærer (Drach-Zahavy & Shilman, 2015). Det er samtidig viktig å huske at pårørende kan være slitne, da pårørende ofte går inn i omsorgsroller når et familiemedlem får en alvorlig psykisk lidelse. De kan kjenne seg utilstrekkelige, og de kan være bekymret. Da er det viktig at de blir «sett», det kan være nødvendig med støtte og opplæring om pasientens psykiske sykdom og hvordan denne kan mestres. Pasienten har også rett til å bestemme at pårørende ikke skal være involvert i deres helsehjelp, noe som må respekteres ut fra pasientens autonomi og integritet (Kjellevold, 2010).

Målsetningen for et samarbeid mellom helsepersonell og en pasient må være at pasienten opplever optimal medvirkning ut fra sine forutsetninger og ønsker, samt at det oppnås best mulig resultat. Dette samtidig med at de beslutninger som den profesjonelle tar er faglig forsvarlige (Hanssen & Humerfelt, 2010). Den vanligste årsaken til at pasienter ikke er fornøyde med klinisk praksis i helsevesenet, er at de ikke blir tilstrekkelig informert om egen tilstand, samt at de ikke får tatt stor nok del i bestemmelsene rundt behandlingen av helseproblemene (Coulter, 2011). Forskning viser at pasienter ønsker å være involvert i beslutninger vedrørende egen behandling og pleie, men det er ikke alltid at de blir involvert (Dyrstad, 2015).

Myndiggjøring og kontroll over eget liv er essensielt for emosjonell bedring. Medvirkning kan styrke pasienters mestringsfølelse og opplevelse av kompetanse på egen sykdom og sitt eget liv. Utstrekningen av hvor vidt pasienter kan medvirke avhenger av makten de gis/har til å innvirke på avgjørelsene (Hickey & Kipping, 1998; Storm, et al., 2009). En viktig faktor for at pasientene medvirker i egen behandling, er at de opplever å bli anerkjent av helsepersonell i forhold til at deres meninger er av betydning (Humerfelt, 2010). Helsepersonell må involvere pasienten i helsehjelpen, og gi tilstrekkelig med informasjon, slik at pasientene har nok kunnskap og en reell mulighet til medvirkning (Hanssen & Humerfelt, 2010; Molven, 2012). Med dette menes informasjon om hva helsetilbudet omhandler, tilgjengelige valgmuligheter for behandling, og om valgenes ulemper og fordeler (Kleiman, 2009).

En pasient bør bli involvert i forhold til det de er i stand til (Kleiman, 2009). Brukermedvirkning kan løse mange av utfordringene i psykisk helsearbeid som er knyttet til paternalisme, krenkelser og mangelfull hjelp (Ørstavik, 2008). Involvering og medvirkning er en dynamisk prosess som er avhengig av flere kompliserte forhold (Coulter, 2011). Medvirkning og maktforhold i relasjon mellom pasient og helsepersonell, kan karakteriseres som et kontinuum med ulik grad av brukermedvirkning. Pasientens medvirkning må tilpasses den mentale helsetilstanden for å ikke øke pasientens stress, men øke evnen til mestring. Det kreves at det gjøres en kartlegging av hva pasienten klarer å mestre her og nå (Storm, et al., 2009). Til tross for rettigheter om brukermedvirkning, har pasienter en selvbestemmelsesrett om å si i fra seg muligheten til å medvirke i prosessen (Humerfelt, 2005).

## 3.0 Metode og metodiske overveielser

I dette kapitlet presenteres forskningsdesign, vitenskapsteoretisk ståsted, datamateriale og utvalg av dokument. Videre fremgår det informasjon om utformingen av guiden til innholdsanalysen, kvalitativ innholdsanalyse og de ulike trinnene i analyseprosessen. Til slutt redegjøres det for forskningsetiske overveielser, validitet og reliabilitet.

### 3.1 Kvalitativt forskningsdesign

Studiens hensikt var å undersøke hvordan pasientperspektivet kom til uttrykk og ble ivaretatt i innleggelsesskrivene som opprettes når en pasient legges inn i psykiatrisk institusjon på spesialisthelsetjenestenivå. Problemstillingen søkte å forstå og fortolke deler av tekstmaterialet i innleggelsesskrivene. Dette ble etter min mening best sikret ved hjelp av kvalitativ metode. Den har som hensikt å øke forståelse for særtrekk, mønster og sammenhenger (Thornquist, 2003). Fellestrekk ved alle kvalitative metoder er at data som forsker analyserer, uttrykkes i form av tekst og resultatene presenteres som fortolket tekst (Thagaard, 2013).

#### 3.1.1 Dokumentstudie

Valgt kvalitativ forskningsmetoden for denne oppgaven var dokumentstudie. Det empiriske utgangspunktet var da i all hovedsak tekster som var opprettet til andre formål enn forskningsprosjektet, og av andre enn av forskeren selv. Det var altså et fravær av direkte kontakt med enkeltpersonene som har bidratt til å produsere dem (Thagaard, 2013; Tjora, 2012). Dokumenter som kan benyttes i slike studier kan være alt fra offentlige dokumenter, nettsider, blogger, aviser og mye mer. I denne oppgaven var det journaldokumenter, nærmere bestemt innleggelsesskriv, som dannet det empiriske materialet. En undersøkelse av innleggelsesskrivene kan gi objektive svar på hvordan prosessen med overføring av pasientinformasjon faktisk var. Skriftlig informasjon er ofte reflektert og gjennomtenkt. Svakheten kan være at informasjon er

blitt forvridd i forhold til slik den ble fremstilt av opprinnelig kilde (Jacobsen, 2015). Når dokumenter brukes som datamateriale må det tas høyde for hvilken kontekst disse dokumentene ble opprettet i. Når ble de opprettet, hvor, av hvem og for hvem er de skrevet for. Videre må det redegjøres for hvorfor aktuelle dokumenter ble valgt. Dokumentstudier anses som en ikke-påtrengende metode, på bakgrunn av at empiriske data blir generert uten at ikke-forskende deltaker er involvert (Tjora, 2012).

### 3.2 Vitenskapsteori

Det er en grunnleggende uenighet i vitenskapsteorien om hva som er sannhet. Av den grunn er en spesifisering av studiens vitenskapsteoretiske referanseramme viktig. Å studere mennesker og sosiale systemer er noe annet enn studie av atom og partikler. Kunnskap om mennesker er mer generell, tidsavgrenset, dynamisk og avhengig av kontekst. Det vil si at det finnes flere ulike forståelser av virkeligheten. Utvikling av kunnskap ved hjelp av en fortolkningsprosess, der innsamlet empiri må settes i en større forståelsesramme av forsker, kalles ofte for hermeneutikk (Jacobsen, 2015).

Opprinnelig var hermeneutikk tolkning av religiøse tekster, men har senere utviklet seg til å gjelde både ytringer, handlinger, institusjoner og materiell. Hermeneutikkens fortolkende og forstående natur, gjorde at den passet for min oppgave der jeg skulle tolke tekster som var skrevet for andre formål enn det jeg undersøkte. Jeg søkte forståelse i det datamaterialet som omhandlet pasientens perspektiv, for å finne svar på min problemstilling. Filosofisk hermeneutikk utviklet av Heidegger (1889-1976) og Gadamer (1900-2002), anser at mennesker er fylt av fordommer og forforståelse som preger ens perspektiver. Vår væren i verden kan ikke fjernes, den er (Thornquist, 2003). Det vesentlige innen hermeneutikken, er at en aldri møter verden forutsetningsløst. Alle har sin forforståelse som påvirker den meningen som legges i den enkeltes opplevelser. Når tekster studeres, må forsker forholde seg til at det som studeres allerede er fortolket av et annet individ som utarbeidet teksten.

Tolkninger og resultat i studien vil være preget av egen forforståelse, teoretisk kunnskap og erfaring (Gilje & Grimen, 1993). Den hermeneutiske sirkel er en teori utviklet av Gadamer. Ut fra denne teorien er all fortolkning en stadig bevegelse mellom helhet og del, og mellom det som fortolkes, kontekst og forforståelse. Det å forstå seg selv og andre, er en uendelig prosess, og selv om mye blir avdekket og åpnet, vil noe alltid forbli uforståelig og tildekket. Den franske filosofen Paul Ricoeur (1913-2005) mener at hermeneutikkens starter der dialogen slutter, og at det å forstå tekster er hermeneutikkens oppgave (Thornquist, 2003).

### 3.3 Datamateriale

Studiens empiriske datamateriale var innleggesskriv som ble opprettet når pasienter ble lagt inn for behandling på psykiatrisk institusjon. Innleggesskrivene som ble opprettet i denne prosessen, skal sikre en smidig og sikker overleveringen av pasientinformasjon til det neste behandlingsnivået. Innleggesskrivene i denne studien inkluderer tre dokumenttyper: henvisninger fra primærhelsetjenesten, innleggesskriv fra lege på psykiatrisk institusjon og inntaknotat fra sykepleier/vernepleier på psykiatrisk institusjon. Dette resulterer i at oppgavens samlede datamateriale utgjorde 66 innleggesskriv knyttet til 22 pasienter.

#### 3.3.1 Utvalg av dokumenter

For å få belyst problemstilling best mulig, gjorde jeg en del overveielser i forhold til hvilke journaldokumenter som skulle hentes ut. Jeg var ute etter et representativt bilde av virkeligheten, og gjorde derfor bevisste og strategiske valg. Inklusjonskriteriene ble til slutt følgende:

Det skulle plukkes innleggesskriv fortløpende fra en gitt tidsperiode tilbake i tid, inntil det var hentet ut skriv knyttet til 22 pasienter. Det skulle være en jevn fordeling av pasienter som var førstegangsinnlagt og pasienter som hadde vært innlagt i psykiatrisk institusjon tidligere. Alle pasientene skulle være frivillig innlagt, etter Lov om psykisk



helsevern §2-1, (Syse, 2014). Pasientene skulle være over 18 år, og snakke/forstår norsk. Det var kun pasienter som ble innlagt direkte til psykiatrisk institusjon fra fastlege/legevakt som ble inkludert i studien. Denne avgrensningen ble naturlig å ta for at det skulle være lik mengde journalldokument knyttet til alle pasientene som var inkludert i studien.

Prosessen med å hente ut dokumenter som skulle danne oppgavens datamateriale, ble utført av en ansvarlig overlege på en psykiatrisk institusjon i Sør-Norge, ut fra de overnevnte inklusjonskriterier. En mulig svakhet med måten data ble hentet ut på, var at utvelgelsen ble utført av en intern lege. Dette kan medføre en selektiv utvelgelse av de innleggelsesskriv som er av best mulig kvalitet. Dette bar de imidlertid ikke preg av da jeg mottok dem. Innleggelsesskrivene hadde blitt opprettet et år tilbake i tid, og tidsrommet de ble hentet fra strakk seg over tre måneder. Pasientene hadde et stort spenn i aldersnivå, diagnoser og utfordringer. Innleggelsesskrivenes lengde varierte fra en henvisning på 8 linjer, til innleggelsesskriv på nærmere 3 sider.

### 3.3.2 Utforming av guide til analyse av journalldokument

Før analyse av journalldokument kunne starte, utarbeidet jeg et strukturert skjema/en guide, som kunne være til hjelp i første fase av datainnsamling. Den ble utarbeidet ved at jeg som forsker identifiserte sentrale tema som inngår i den overordnede problemstillingen. Guiden inneholdt 3 kategorier med 3-5 underspørsmål, og ble brukt som hjelpemiddel for å systematisere og redusere datamaterialet. Dette bidrog til et godt grunnlag for analysen, og sikret at viktig informasjon ikke gikk tapt (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2010)

## 3.4 Kvalitativ innholdsanalyse

Analyse betyr å løse opp i mindre enheter. Analyse etterfølges av en syntese, som innebærer å samle delene igjen til en helhet, for å oppnå ny kunnskap og forståelse av

det fenomenet en studerer (Olsson, Sörensen & Bureid, 2003). Kvalitativ innholdsanalyse er en metode for å systematisk analysere skriftlig, verbalt eller visuelt uttrykt kommunikasjon, og beskrive meningen i materialet. Det er en fleksibel metode som reduserer data systematisk inn i færre innholds- relaterte kategorier med lik mening. Målet med innholdsanalyse er å oppnå en kondensert og bred beskrivelse av fenomen, samt oppnå ny kunnskap og innsikt. Kvalitativ innholdsanalyse gir ikke et holistisk overblikk av materialet, men fokuserer på valgte aspekt. Det er forskningsspørsmålene som spesifiserer retningen for hvordan en undersøger materialet, men det er også rom for å inkludere andre viktige aspekter under prosessen (Elo & Kyngas, 2008; Jacobsen, 2015; Schreier, 2012). Kvalitativ innholdsanalyse er nyttig når en skal håndtere mening som ikke er åpenbar i teksten, eksempelvis hvordan pasientperspektivet manifesteres i innleggelsesskrivene (Schreier, 2012).

#### 3.4.1 Innholdsanalysens tre trinn

Det finnes ikke noen universelle regler eller standard prosedyrer for kvalitativ dataanalyse (Polit & Beck, 2012). På bakgrunn av dette, har jeg med inspirasjon fra Dag Ingvar Jacobsen (2015) og Margrit Schreier (2012) sine beskrivelser av kvalitativ innholdsanalyse, opprettet en oppbygning og struktur som var anvendelig for analyse av innleggelsesskrivene. Innholdsanalysen består av en trinnvis fremgangsmåte for å komme frem til en ny mening med teksten. De ulike analysetrinnene er: kategorisering, tilordning av enheter til kategorier og sammenbinding.

##### *Kategorisering*

Kategorisering handler om å gjøre datamaterialet mer håndterbart. Det innebærer å redusere datamaterialet til ett sett færre, overordnede og meningsfylte kategorier (Jacobsen, 2015; Schreier, 2012). Forberedende arbeid før kategorisering var nødvendig. Først ble alle innleggelsesskriv grundig gjennomlest, noe som ga meg et helhetsinntrykk av innholdet. Datamaterialet ble delt opp i to grupper, der den ene gruppen var for førstegangsinnlagte pasienter, mens den andre gruppen var pasienter som hadde vært innlagt på psykiatrisk institusjon tidligere. På forhånd av analysearbeidet hadde jeg utformet en problemstilling, forskningsspørsmål og en guide

for innholdsanalyse av innleggelsesskrivene. Jacobsen (2015) har hevdet at dette skaper en retning for hva en ser etter i dokumentene, og at det kan spesifisere visse dimensjoner som kan utgjøre hovedkategorier i datamaterialet. Pasientperspektivet ble den naturlige hovedkategorien for denne oppgaven, da det på forhånd var valgt som utgangspunkt i problemstillingen. Kategoriseringen ble delt i to trinn, åpen koding og aksial koding.

### **Åpen koding**

Første trinn av kategorisering var «åpen koding». Dette kunne gjøres på flere måter (Schreier, 2012). Ved åpen koding skulle det bli samlet data fra innleggelsesskrivene over i tema som omhandlet det samme. Det ble tatt utgangspunkt i guide for innholdsanalyse, problemstilling og forskningsspørsmålene i denne sorteringsprosessen. Det var en møysommelig jobbing med å finne kategorier som ikke overlappet hverandre, og som sikret at all relevant tekst ble satt inn i et tema. Alle innleggelsesskrivene ble lest flere ganger, og det ble brukt farger og tall-koder for å markere hvilke tema det omhandlet. Alle tema som dukket opp ved gjennomlesningene, ble nedskrevet, og til slutt sortert til 12 tema som dekket alt relevant datamateriale. Videre ble hvert enkelt innleggelsesskriv lest, og relevant tekst ble direkte avskrevet og satt inn i tekstbokser i en tabell med de 12 temaene. Tekstutdragene ble nummerert slik at det var et system med hvilken tekst som var hentet fra hvilket innleggelsesskriv, og det var delt mellom førstegangsinnleggelser og pasientene med flere innleggelser.

Dette var en forenkling og sortering av kompliserte, detaljerte og rike data, og gjorde innleggelsesskrivene mer oversiktlige. Målet med «åpen koding» var å gjøre den senere analysen mer håndterbar ved at en kan forholde seg til et fåtall av kategorier i stedet for hele datamaterialet (Jacobsen, 2015).

Tabell 1: Oversikt over tema som datamaterialet ble sortert inn i, og hva som er innholdet i de ulike temaene.

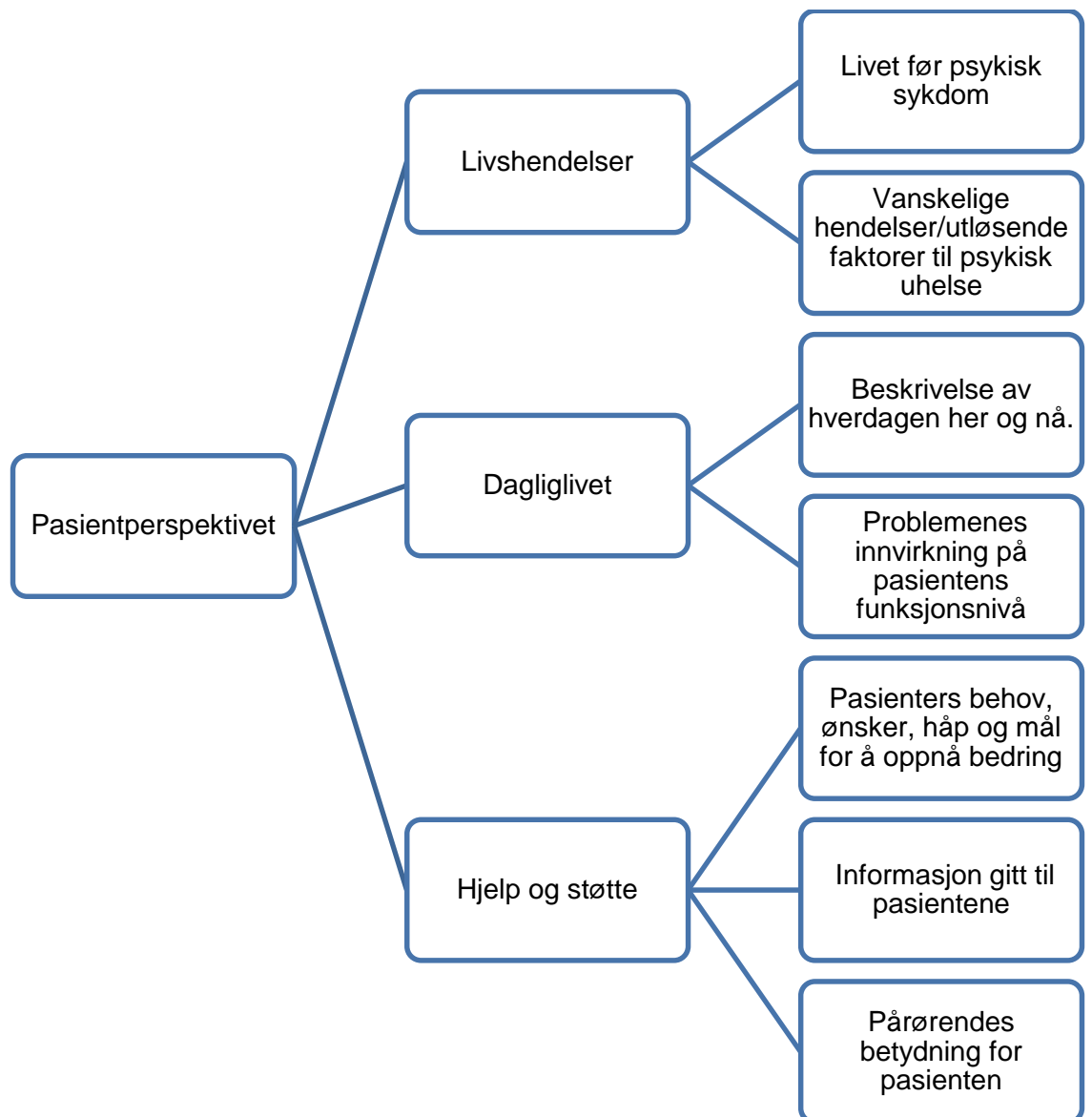
<b>TEMA</b>	<b>INNHold I TEMA</b>
Tidligere funksjonsnivå	-Premorbid personlighet, personlige kjennetegn. -Normalfunksjon før sykdom. Livsstil.

Erfaringer	-Nåværende og tidligere behandlingsopplegg -Erfaring med psykisk sykdom og helsevesenet.
Sosiale forhold	-Barn, gift, samboer, alene, bosted, skole, jobb, økonomi, oppvekst, slekt, rus/alkohol, interesser, aktiviteter, nettverk.
Pårørende	-Pårørende som ressurs/støtte/hjelp og som sliten/ikke tilstede. -Komperentopplysninger om pasientens situasjon
Pasientens problem	-Diagnoser -Symptomenes påvirkning av dagliglivet. -Følelser -Utløsende faktor til forverring av tilstand
Selvordstanker	-Beskrivelse av selvmordstanker. -Risiko, beskyttende faktorer og ressurser.
Kliniske vurderinger	-Pasientens beskrivelser sett opp mot helsepersonells beskrivelser. -Felles forståelse om situasjonen
Somatikk	-Undersøkelse av somatisk helse
Pasientens stemme	-Pasientens egne ord gjengis -Pasientens ønsker, behov og mål for innleggelsen og tiden etter
Informasjon/valg	-Mottatt informasjon og valgmuligheter
Individuell plan/tiltak for innleggelsen	-Plan for innleggelsen
Medisinsk behandling	-Ønsker om medisin -Medisinsk behandling/Ikke medisinsk behandling

### Aksial koding

Det andre trinnet i kategoriseringen kalles aksial koding. Det ble i denne prosessen dannet 3-5 nye kategorier med 2-3 tilhørende underkategorier. Disse ble dannet ut fra funnene i det systematisk ordnede tekstmateriale fra åpen koding. Kategoriene fra aksial-koding eksisterte ikke direkte i data, men var nye og mer overordnede kategorier med underkategorier som favnet alle kategoriene som ble dannet i den åpne kodingen (Jacobsen, 2015). I prosessen med aksial-koding, ble det noterte ned stikkord fra tekstmaterialet fra «åpen koding» som gikk igjen, og som var beskrivelser av hvordan pasientens perspektiv kom til uttrykk i datamaterialet. Videre ble det forsøkt å samle

disse ordene inn i mer overordnede grupper/kategorier. Figurer og kategori-tre ble brukt for å ikke miste data av syne (Jacobsen, 2015). Dette var en gjentakende prosess med dannelse, revidering, utviding og sammenslåing av kategorier. Kategoriene ble gjennomgått flere ganger og sjekket for om de overlappet og kunne slås sammen. Innleggelsesskrivene ble gjennomlest på ny i denne prosessen, for å sjekke at jeg var tro mot materialet, og for å sikre at de nødvendige aspektene i materialet var identifisert for å kunne besvare problemstilling og forskningsspørsmål. Materialet ble kodet ved to ulike anledninger (2 ukers mellomrom), og resultatene ble så sammenlignet for å sikre konsistensen av kodingen (Schreier, 2012). Sluttresultatet var en hovedkategori, 3 kategorier og 7 underkategorier som definerte hva som var kategoriernes innhold:



Figur 1: Oversikt over hovedkategori, kategorier og underkategorier

### *Tilordne enheter til kategoriene*

Når innhold i de ulike kategoriene var definert, startet en ny analysefase hvor data fra ulike innleggesskriv ble tilordnet de enkelte kategoriene. Her gjøres en overgang fra å studere de enkelte dokument, til å studere dem på tvers av hverandre (Jacobsen, 2015). Data fra hvert dokument (enhet) flyttes inn i passende kategorier. Da kunne det bli avdekket hvilke fenomen som fremstod som viktigst, og hvilken informasjon som gikk igjen om samme fenomen. Dette ga en oversikt over hvor mange av innleggesskrivene som omhandlet de ulike kategoriene og underkategoriene. Et viktig steg i analysefasen er å kunne lete etter data og plassere dem i ulike kategorier (Jacobsen, 2015). Det var viktig å sikre at alt materiale blir tatt i betraktning og inkludert i dette arbeidet. Å ha et klart fokus på forskningsspørsmålene var viktig (Schreier, 2012). En kategori måtte være relevant for minst to enheter i undersøkelsen (Jacobsen, 2015).

I dette arbeidet hadde jeg fokus på en kategori om gangen. For å sikre at enheter ble plassert i «riktig» kategori, gjorde jeg dette arbeidet flere ganger. Jeg hadde veiledning under analyseprosessen for å kvalitetssikre arbeidet. Funnene som ble resultatet fra dette analysetrinnet, ble fremstilt som en historie om hvordan pasientenes perspektiv kommer til syne i innleggesskrivene i kapitlet «presentasjon av funn». Anonymiserte sitat fra innleggesskrivene brukes for å illustrere generelle funn og avvik (Jacobsen, 2015).

### *Sammenbinding*

Den siste delen av analysearbeidet var sammenbinding. I denne delen av analysearbeidet valgte jeg å se etter sammenhenger mellom funnene fra analysearbeidet opp mot eksisterende litteratur og valgt teoretisk perspektiv. Resultatene fra denne prosessen blir presentert i «diskusjonsdelen». I følge Jacobsen (2015) skal en finne sammenhenger mellom de ulike temaene, undersøkelsesenheter og konteksten data ble samlet inn i. Dette siste trinnet i analysefasen innebærer en viss grad av fortolkning av materiale, og både generelle funn, likheter, ulikheter og variasjoner i materialet bør understrekes (Jacobsen, 2015). Hensikten med analyse er å komme med en helhetlig forståelse av et spesifikt forhold (Grønmo, 2004). Innsamlet empiri ble i dette analysetrinnet satt i en større forståelsesramme av forsker, og dette kalles ofte

hermeneutikk (Jacobsen, 2015). I dette tilfellet dreier det seg om forståelse av hvordan pasientens perspektiv kommer til uttrykk i innleggelsesskrivene til en akutt avdeling ved en psykiatrisk institusjon i Sør-Norge.

### 3.5 Forskningsetiske overveielser

Forskning er regulert av både juridiske retningslinjer og etiske prinsipper. Dette skal beskytte mennesker mot å bli utsatt for skade, samt ivareta personvern og informanternes rett på selvbestemmelse (Johannessen, et al., 2010). Ved utførelse av samfunnsvitenskapelige undersøkelser må det tas hensyn til hvordan forskningen kan påvirke forskningsobjektet, hvordan den kan oppfattes og bli brukt (Jacobsen, 2015). Personopplysningsloven utgjør et krav om at empiriske undersøkelser som behandler personopplysninger, må enten meldes til regionaletisk komite (REK) eller det må søkes om konsesjon hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (Johannessen, et al., 2010). Både REK og NSD har blitt kontaktet i forhold til om denne studien er fremleggingspliktig hos dem. Dette ble avkrefet, da studien ble definert som en del av det interne kvalitetssikringsarbeidet ved en psykiatrisk institusjon i Sør-Norge, hvor de er opptatt av å styrke brukermedvirkning i alle ledd av behandlingen. Denne institusjonen er ansvarlig for studien, og sikrer at den overholder forskningsetiske retningslinjer og prinsipper. Det ble lagt til rette for tilgang og utlevering av nødvendige journalldokumentene i anonymisert form, jfr. Helsepersonelloven § 26 (Syse, 2014). Følgende betingelser har vært gjeldende i studieprosessen:

- Oppbevaring av anonymiserte journalldokumenter i et låsbart skap
- Dokumentene skal makuleres snarest mulig, senest ved innlevering av oppgaven
- Den ferdige masteroppgaven skal gjennomleses og godkjennes av journalansvarlig ved den psykiatriske institusjonen før publisering med henblikk på ivaretagelse av taushetsplikt.

For å sikre at oppgavens resultater er tilstrekkelig anonymisert, oppgis det ikke informasjon om hvilken psykiatrisk institusjon studien er gjennomført ved. Vedlegget fra den ansvarlige institusjonen er av samme årsak også anonymisert.

### 3.6 Validitet og reliabilitet

Målet med forskning er å frembringe mest mulig troverdige funn. Reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet) er sentrale begrep for vurdering av forskningens kvalitet på grunnlag av om forskningen er utført på en tillitsvekkende og pålitelig måte (Graneheim & Lundman, 2004; Thagaard, 2013).

Reliabilitet handler om hvor pålitelige resultatene av undersøkelsen er, samt hvor nøyaktig undersøkelsen er utført. De empiriske funn som presenteres i studien må være basert på data om faktiske forhold. De må ikke bygge på forskerens subjektivitet eller skyldes tilfeldigheter, men være innsamlet på en systematisk måte i samsvar med etablerte forutsetninger og fremgangsmåter i undersøkelsesopplegget som er benyttet (Grønmo, 2004). En gjennomiktig prosess er med å styrke påliteligheten (Thagaard, 2013). Det har jeg forsøkt å ivareta best mulig ved å beskrive trinnene og valgene i analyseprosessen grundig, samt vise til direkte sitat fra innleggesskrivene i resultatkapitlet. Dersom analyseprosessen og prosedyre for dataorganisering bli fullt ut beskrevet, vil leser kunne forstå hva som skjedde fra rå-materiale til slutt-resultat, samt det gir en mulighet til kritisk refleksjon rundt prosesser (Malterud, 2001; Thagaard, 2013). Påliteligheten av resultatene avhenger også av forskers erfaringer (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009). For å styrke denne studiens analyseprosess, har veileder bidratt med tilbakemeldinger. Resultatene i sin helhet ble godkjent av ansvarlig overlege på psykiatrisk institusjon i Sør-Norge. Dette var med på å sikre at data er minst mulig farget av egen subjektivitet, samt at forskningen er utført og fremstilt på en tilfredsstillende måte.

Validitet avhenger av i hvilken grad valgt undersøkelsesopplegg for studien egner seg for å samle inn relevante data i forhold til problemstillingen. Som ledd i det å styrke studiens validitet, ble oppgaven presentert ved 3 ulike anledninger i skriveprosessen. To



av gangene var på oppgaveseminar på UIS, en gang var på et fagmøte «kvalitet og sikkerhet i helsesystemer» på UIS. Dette har vært til god hjelp for å holde meg på rett spor med valg av metode, metodiske overveielser og forskningsprosessen i sin helhet. Det finnes ingen enkel oppskrift på utførelse av kvalitative studier, men å støtte meg til og la meg inspireres av beskrivelsene fra Schreier (2012) og Jacobsen (2015) om hvordan en kvalitativ innholdsanalyse kan utføres, utgjorde en trygghet i prosessen. Malterud (2011) sier at spørsmålet om validitet (gyldighet) leder til et krav om konsistens, at det går en synlig rød tråd gjennom forskningsprosjektet, som er den logiske forbindelseslinjen mellom problemstillingen og de teorier, metoder og data som fører fram til resultatene. Problemstillingen og forskningsspørsmålene er av denne grunn brukt aktivt gjennom hele forskningsprosessen. Undersøkelsesopplegget i studien anses som treffende, da problemstillingen er blitt besvart ved hjelp av de innsamlede dataene. Dokumentstudie var hensiktsmessig metode, da det gir direkte svar på hvordan pasientperspektivet faktisk blir dokumentert i innleggelsesprosessen. En kombinasjon med intervju med helsepersonell og pasienter ville kunnet gi supplerende og muligens andre funn, men på grunn av oppgavens omfang ble dokumentstudie valgt som mest hensiktsmessig metode.

Forsker som leser og tolker innholdet i materialet, konstruerer mening, og da spiller egen bakgrunn inn i denne prosessen (Schreier, 2012). Dette er redegjort for i analyseprosessen og i innledning under egen forforståelse. Det er viktig å være kritisk til egen forståelse gjennom hele prosessen. Valg som tas må begrunnes og vurderes kritisk. Validitet handler om kunnskapens gyldighet og relevans. For å avgjøre kunnskapens gyldighet må en stille seg reflektert over hvilke data som er samlet inn og hvilke begrensninger data har (Malterud, 2001). Data i denne undersøkelsen inkluderer ikke selvmordsvurdering i sin helhet, da denne blir nedtegnet i et journalldokument som ikke var inkludert i denne studien. Dette vil kunne gi et mangelfullt bilde av hvordan pasientenes totale situasjon ble kartlagt ved innleggelse, og må derfor nevnes som en mulig begrensning i data. Til tross for dette, hadde en overvekt av innleggelsesskrivene beskrivelser om pasientenes selvmordsfare. Troverdigheten til studiens datamateriale avhenger av kvaliteten på journalldokumentet, og at riktige opplysninger er nedtegnet i dokumentet. Det vil alltid være en mulighet at leger/sykepleiere som har opprettet journalldokumentene har tillagt egne vurderinger om pasienten som ikke pasienten

kjenner seg igjen i. Dette er noe som jeg er klar over, men ikke får undersøkt noe nærmere. Det er noe av ulempen med å forske på allerede eksisterende materiale.

Resultatene som fremkommer i denne studien kan ikke generaliseres, eller gi bastante påstander, fordi det er en kvalitativ studie av et relativt lite utvalg dokumenter (Kvale, et al., 2009). Likevel kan resultatene synliggjøre ulike positive aspekt samt utfordringer med dokumentasjonspraksisen som også andre akutt psykiatriske avdelinger kan kjenne seg igjen i. Videre kan den fremheve aspekter som kan ha forbedringspotensial, og så må den enkelte psykiatriske institusjon og helsepersonell selv avgjøre om resultatene på noen måte kan ha nytteverdi for dem.

## 4.0 Presentasjon av funn

Hensikten med denne oppgaven var å beskrive hvordan pasientperspektivet kommer til syne i innleggelsesskrivene til en akutt avdeling ved en psykiatrisk institusjon. Dette kapitlet fremstiller først karakteristika ved pasientene i innleggelsesskrivene. Videre presenteres de sentrale temaene som fremkom fra analysearbeidet: «Livshendelser», «Dagliglivet» og «Hjelp og støtte». Funnene ble satt sammen til en historie om hvordan pasientenes perspektiv fremkommer i innleggelsesskrivene. Sitat er benyttet for å belyse funn. For å sikre anonymitet, er sitatene gjort kjønnsnøytrale ved at det benyttes NN for han/henne. Identifiserbare og uaktuelle opplysninger er blitt fjernet fra sitatene, og erstattet med ...

### 4.1 Karakteristika ved pasientene i innleggelsesskrivene

Det er tre ulike dokument knyttet til 22 pasienter som er blitt analysert. Disse dokumentene omtales samlet sett som «innleggelsesskriv». Det er en jevn fordeling av pasienter som ble innlagt for første gang, og pasienter som har vært innlagt tidligere. Alle pasientene er innlagt på psykiatrisk institusjon frivillig. Her presenteres pasientens alder, kjønn, rusbruk, hvor pasientene er henvist fra og innleggesårsaker for de 22 pasientene innleggelsesskrivene omhandler:

Tabell nr. 2: Informasjon om de 22 pasientene.

PASIENTENES ALDER:	20-årene: 6 30-50 år: 8 50-70 år: 7 90- årene: 1
KJØNN:	Kvinner: 13 Menn: 9
RUSBRUK:	Rusmisbruk: 4 Aldri- moderat forbruk: 18
SIVILSTATUS	Gift/samboer: 12 Enslig: 10

INDIVIDUELL PLAN:	Har IP: 1 Har ikke IP: 0 Ikke utredet: 3 Ikke registrert noe om dette: 18
HENVISNING:	Henvist fra fastlege: 16 Henvist fra legevakt: 5 Henvist fra psykiater: 1
SELMORDSTANKER	Selv mordstanker ved innleggelse: 16 Ikke selvmordstanker ved innleggelse: 6
INNLEGGELSE-ÅRSAKER:	Angst, panikkangst, angstfølelse, krisereaksjon, psykisk lidelse. Depresjon – lett, moderat, alvorlig, tilbakevendende. Schizoaffektiv lidelse Bipolar lidelse; forverret depressiv episode. Manisk episode. Mutilerende selvskading, tanker om å skade seg Suicidalitet Psykotiske symptom Alkoholmisbruk

## 4.2 Livshendelser

Innleggelsesskrivene beskriver ulike «livshendelser» hos den enkelte pasient. Dette er delt inn i følgende underkategorier: pasientens liv før psykisk sykdom, vanskelige hendelser eller utløsende faktorer til den psykiske forverringen.

### *Livet før psykisk sykdom*

Innleggelsesskrivene for pasienter som har vært innlagt i psykisk helsevern tidligere, har lite beskrivelser av pasientens barndom/oppvekst og skolegang. I en overvekt av disse innleggelsesskrivene står det bare at «pasientens bakgrunn forutsettes kjent», eller at pasienten har en «kjent psykiatrisk problematikk». Det er imidlertid et innleggelsesskriv for pasienter som har vært innlagt tidligere som skiller seg ut fra de andre, og redegjør for en overgrepshendelse som skjedde i barndommen. Pasienten som opplevde dette, har slitt med den opplevelsen i alle år. Til tross for at det er lite opplysninger om oppveksten for pasienter med tidligere innleggelse, fremkommer det enkelte opplysninger om hvordan livet før den psykiske sykdommen har vært i etterkant

av barndom/oppvekst. Et eksempel er en eldre pasient hvor ektefellen har gått bort. Vedkommende bor alene og oppgir at hun ofte kjenner seg ensom, til tross for at hun har god kontakt og hjelp fra familien.

Pasientene som innlegges for første gang på psykiatrisk institusjon, fremstilles gjennomgående med mer detaljerte beskrivelser i innleggelsesskrivene i forhold til deres livssituasjon før psykisk sykdom, inkludert barndom, oppvekst og skolegang. Spesielt lege på psykiatrisk institusjon har dokumentert mye informasjon om pasientens forhistorie. I en overvekt av disse skrivene presenteres en kortere eller noe mer utfyllende historie om pasientenes oppvekst. Det er flere av de førstegangsinnlagte pasientene som oppgir å ha vonde erfaringer fra oppveksten, enten i hjemmet eller på skolen. Flere pasienter refererte til skolegang hvor de opplevde mobbing, lite støtte fra lærere eller at de hadde lite venner. Andre vanskelige hendelser som beskrives er krangling, vold, mobbing, skilsmisse og flytting. Dette kommer blant annet til uttrykk i et notat fra lege på psykiatrisk institusjon:

Barndommen har vært preget av mobbing både fysisk og psykisk. Stefar som var stygg med NN, han var fysisk og verbalt voldelig. Ble aldri trodd når NN sa hvordan NN hadde det. Stefar døde i fjor. Pasienten rapporterer at moren er ustabil og kan snakke stygt til NN.

Det er ikke alle førstegangsinnlagte pasienter som kom med beskrivelser om vonde erfaringer tidlig i livet. En liten andel av de førstegangsinnlagte pasientene, beskriver at de hadde oppvekst der de i liten grad opplevde utfordrende livshendelser. En pasient skildrer en oppvekst med begge foreldre og søsken, der moren har vært omsorgsfull og faren arbeidsnarkoman. Det å være slank og sporty var et ideal i deres familie. Denne pasienten fullførte skolegang med gode resultat, og beskriver et aktivt liv. Omtaler seg selv som et «ja-menneske», og fikk råd fra flere nære relasjoner om å roe ned. En annen pasient fortalte også om en trygg og god oppvekst, med mange venner og lite utfordringer.

De fleste innleggelsesskriv skildrer pasientens oppvekst ved hjelp av gjenfortellinger av det som ble sagt i samtalene. Det er imidlertid ikke alle innleggelsesskriv som fremstiller disse opplysningene like detaljert. I noen av skrivene ses mer en oppramsing

av informasjon og opplysninger om oppveksten. I et skriv er den eneste opplysningen som oppgis om pasientens oppvekst at hun er yngst av tre søsken. I et annet skriv står det kun at pasienten var tidlig ute med å prøve ting, og begynte å drikke som 13-åring. Atter andre innleggesskriv har bare listet opp stedsnavn der pasienten vokste opp, familiesammensetningen, og hvilken skolegang som er fullført eller påbegynt.

### *Vanskelige hendelser og utløsende faktorer til psykisk uhelse*

Flere av innleggesskrivene presenterer vanskelige hendelser de har opplevd forut for innleggelsen, og en stor andel av pasientene forteller om vonde ting som «de bærer på». Dette gjelder for både de førstegangsinnlagte pasientene og de som har vært innlagt tidligere. Det fremkommer også flere beskrivelser av vanskelige hendelser eller forhold som pasientene relaterer til at de har fått en gradvis forverring av sin psykiske helse og nå trenger hjelp for å håndtere. Eksempler som nevnes er skilsmisse og nære dødsfall, da særlig ektefelle og barn. En pasient forteller at han har hatt flere tapsopplevelser de siste årene som fremdeles tynger ham. Han refererer til skilsmissen med konen, og nylige tap av både foreldre, en kamerat og hunden. Det er flere pasienter som skildrer lignende historier. En pasient fortalte at hun alltid hadde tenkt at hun skulle klare seg selv, men nå har alt toppet seg. Hun har den siste tiden opplevd flere dødsfall i nære relasjoner, både barnebarn, sønn og en venninnes ektemann. I tillegg har hun nettopp gjennomgått brystkreftbehandling. Hun føler seg nå konstant urolig, og ønsker hjelp. En pasient som er kategorisert som en person med «kjent psykisk og rusproblem», opplevde at etter brudd med nær venninne, eskalerte hans problemer med misbruk av rusmidler. Han «kjørte på» og han tok ikke hensyn til kroppen sin. Nå er han usikker på hvordan livet skal kunne bli bedre, da han har lite nettverk og ikke kontakt med familie.

Det er ikke bare tapsopplevelser som oppgis som vanskelige hendelser forut for innleggelsen. Andre ytre forhold som flere av pasientene forteller om, er vanskelige relasjonelle og sosiale forhold. Det er svært mange pasienter som fremhever at summen av flere påkjenninger og faktorer er det som samlet sett kan ha ført til forverring av psykisk helse. Det fortelles om alt fra hverdagslige bekymringer knyttet til familielivet, egne barn, økonomi, sosiale vanskeligheter og ensomhet. En henvisning fremstiller en pasients historie om sine bekymringer på denne måten:

Pasienten opplever depresjonen som sitt største problem. Forteller at NN ikke orker mer. NN har selvmordstanker store deler av dagen. Forteller at NN den siste tiden har slitt med søvnen. Sier også at økonomien er en stor belastning. Sluttet i jobben, ... og går nå på avklaringspenger. Dette er en stor bekymring, da dette er mye mindre penger. .... Har også mye skyldfølelse, ved at NN ikke klarer å jobbe slik som mange andre, samt ikke klare å bidra økonomisk hjemme.

Innleggelsesskrivene viser at flere av pasientene strever med relasjoner de er i, og de oppgir at de nylig har opplevd konflikter, kranling og dårlig kommunikasjon. En ung kvinne hadde kranget med en venninne, og dette hadde ført til et psykisk sammenbrudd for henne. En pasient beskriver at kjæresten har slått henne ved flere ulike anledninger, men at alle voldsangrepene er gjort i alkoholpåvirket tilstand. Alkoholbruken skal angivelig ha blitt redusert etter dette.

Ikke alle innleggelsesskriv fremstiller konkrete grunner til den psykiske forverringen hos den enkelte pasient. Noen pasienter har tilsynelatende ikke opplevd noen vanskelige hendelser forut for innleggelsen. En pasient oppgir bare at han aldri har kjent på skikkelig glede, en annen har sagt at han har hatt angst og bipolar lidelse siden han var 15 år. I enkelte av innleggelsesskrivene for pasienter med tidligere innleggelse, beskrives det at pasienten har sykliske svingninger i sin psykiske helse. Et skriv fra fastlege beskriver pasienten som han henviser til innleggelse på psykiatrisk institusjon på denne måten:

Sliter periodevis med angst og depresjon. Det har over årene opptrådt syklisk, og ofte i mørketiden og rundt årsdagen for NN sin bortgang. NN har vært innlagt to ganger.... Vært rimelig stabil på SSRi og tolvon, men siste par måneder har det gått verre. NN opplever nå konstant tungsinn, økende isolasjon i hjemmet og daglige panikkanfall.... føler at det svir og brenner i magen. Føler seg helt tom for energi. Orker ikke spise.

Flere av pasientene som innlegges for første gang eller som har vært innlagt tidligere, forteller at det har skjedd en gradvis forverring av deres symptombylde i form av økt tiltaksløshet, konstant tristhet, sterk uro, senket matlyst og lignende. Flere innleggelsesskriv beskriver at pasientene har fungert dårlig siste tiden. Det er flere pasienter som opplever å ha mindre glede av innholdet i dagliglivet nå enn tidligere, de

opplever å ikke få gjort så mye og de er blitt mer likegyldige. I et innleggesskriv fra sykepleier på psykiatrisk institusjon, beskriver en pasient at han til vanlig pleier å gå tur på rundt en mil daglig, men at det er blitt mindre av dette nå siste tiden. Han beskriver at han likte å drive med styrketrening, se tv, spille fotball, lese tidligere, men alt dette har han mindre krefter og lyst til nå. I et par av innleggesskrivene sier pasienter at ingenting fungerer i livet, og at det har «toppet seg». Noen innleggesskriv fremstiller pasientene som ressurssterke, «stå-på mennesker» og at de er flinke til å ta seg sammen. Det ses i et skriv at pasienten sier at hun strever med å sette grenser i forhold til arbeidsmengde. Flere pasienter har kjent på gradvise forverringer av depressive symptomer, men i liten grad tatt hensyn til det. En stor andel av pasientene som innlegges for første gang oppgir at de i det lengste har holdt ut til tross for vonde følelser.

Har vært i full jobb og klart forpliktelser ift barna, men ikke lystbetont ... Er en person som er flink til å ta seg sammen .... NN har imidlertid ikke hatt noe glede i det siste ...  
Har ikke initiativ til lystbetonte aktiviteter som eget sosialt samvær/impulsive besøk og lignende som NN før hadde glede av.

### 4.3 Dagliglivet

«Dagliglivet» favner underkategorier om hvordan pasientene beskriver hverdagen her og nå, problemenes innvirkning på pasientens funksjonsnivå.

#### *Hvordan beskrives hverdagen her og nå*

Et overordnet funn for både førstgangsinnlagte pasienter og pasientene som har vært innlagt flere ganger, er at pasientens dagligliv blir omtalt i alle innleggesskriv. I flere skriv refereres det til pasientens egne ord ved hjelp av sitat. Fraværende symptom beskrives så vel som aktuelle symptom i innleggesskrivene. En klar overvekt av pasientene avkrefter hallusinasjoner, og noen av pasientene avkrefter eksempelvis søvnproblem, økonomiske vansker, konsentrasjonsproblem og dårlig appetitt.



Pasientenes atferd og kroppsspråk under innleggelsessamtalen blir også beskrevet i de fleste innleggelsesskriv. Enkelte pasienter beskrives med at de fremstår mimikkfattige, at de har latenstid, og at de sitter med en sammensunket kroppsholdning. Det er en del pasienter som beskrives med at de er urolige, rastløse og ikke gir blikkontakt.

De psykiske vanskene påvirker og har konsekvenser for dagliglivet for flertallet av pasientene. Det som nevnes relativt ofte er at pasientene har problem med søvnen, konsentrasjon, og nedsatt matlyst. En pasient forteller at hun hører negative stemmer, men dette er kjent fra før. Noen har tankekjør, får ikke samlet tankene sine – en pasient oppgir at «alt er kaos i hodet». En pasient forteller om sine problem:

NN beskriver daglige perioder med magesmerter, noe som NN selv relaterte til angstproblematikk. Om natten kan NN våkne og tenke/fantasere mye om gamle dager .... NN kan også føle det er folk i rommet, men NN vet at NN er alene.

Det refereres til en rekke følelser og opplevelser for å formidle hvordan pasientene har det her og nå. Flertallet av innleggelsesskrivene oppgir at pasientene har tunge tanker, er lei seg, triste, apatiske, bekymret og slitne. Noen innleggelsesskriv beskriver pasientene som mer hektiske og aktive enn vanlig, og en av disse pasientene kjenner seg igjen i begrepet mani når dette blir presentert for henne i inntakssamtalen. Enkelte pasienter oppgir at de kjenner på en indre angst, panikkanfall, uro eller skjelvninger og ubehag. En pasient oppgir at hun kjenner seg aggressiv, og med liten livsgnist. Sier at hun er redd for å miste kontrollen, men ikke vil utagere i avdelingen. En annen pasient kjenner på skyld og skam etter utroskap. Et skriv fra sykepleier beskriver pasientens problem og følelser på denne måten:

Pasient angir at ingenting er kjekt lengre, kjenner seg likegyldig til alt, kan ikke huske sist NN var ordentlig glad. Ser ikke noe lyspunkt lenger. Føler ikke NN kan tilføye noe, at NN ikke er flink til noe. Kjenner på uro i kroppen, har dårlig matlyst og sover lite.

### *Problemenes innvirkning på pasientens funksjonsnivå*

Pasientenes sosiale aspekter er en del av dagliglivet, og viser seg å være noe begrenset presentert i innleggelsesskrivene. I de skrivene der disse punktene er utfylt,

fremkommer det ofte sparsommelige data av mer oppramsende art vedrørende jobb, bosituasjon, økonomi, sosialt nettverk og interesser. Dette fremstilles for eksempel slik: «Pasienten er 50% uføretrygdet, og 50 % arbeidsledig».

Det er ikke mange av pasientene som oppgir at de er i full jobb, dette er noe som de aller fleste gir uttrykk for er vanskelig for dem å klare nå. Det fremkommer i en del av skrивene at pasientene for tiden er sykemeldt fra sitt arbeidsforhold. Bare et fåtall av pasientene har vært på jobb de siste dagene før innleggelsen. Det å være sosial er også noe som beskrives som utfordrende og vanskelig i flere av innleggelsesskrивene. Flere pasienter oppgir at de isolere seg, og ikke orker å delta på ting. En pasient oppgir at hun har presset seg til å delta på sosiale sammenkomster den siste tiden, men at det ikke er lystbetont lengre. Det er også en stor andel pasienter som oppgir å ha et sparsommelig nettverk, eller de oppgir at relasjonene rundt dem er konfliktfylte. Ut fra beskrivelsene i innleggelsesskrивene fremgår det bare at et fåtall av pasientene har et godt nettverk der de opplever støtte og hjelp.

Pasientenes bosituasjon er jevnt fordelt i forhold til om de bor alene eller er samboere/gift. Et fåtall av pasientene har mindreårige barn som bor sammen med dem. Disse pasientene opplever det som vanskelig å være engasjert i barna slik som situasjonen deres er nå, og at det er deres partnere som tar seg av barna nå. En pasient som kun har begrenset samvær med sine barn, oppgir at det er kun når han er sammen med barna sine at han føler han fungerer.

Pasienters forhold til rusmidler blir kartlagt i så godt som alle innleggelsesskriv som er utformet på psykiatrisk institusjon. Henvisende instans nevner dette mer sporadisk. Overvekten av pasientene har et lite til moderat forbruk av alkohol, dette oppgis enten som at de drikker til fest, eller kun en sjelden gang. En mindre andel pasienters dagligliv er preget av stort inntak alkohol. Et fåtall av pasientene fremstår noe tildekkende i forhold til omfanget av rus. I et skriv står det at pasienten selv sier han kun drikker i helgene, mens konen sier at han drikker flere ganger i uken, og at han kjøper brennevin hver gang han er i sentrum. Atter andre pasienter er åpne om at de har et problematisk forhold til alkohol og rusmidler. Dette blir for eksempel beskrevet slik i et innleggelsesskriv av lege:

Alkoholisme på farsside. Far og onkel drakk .... Begynte å drikke som 13-åring. I følge ektefelle fikk NN raskt et problematisk forhold til alkohol. NN anser seg selv som alkoholiker.

I et annet skriv av lege på psykiatrisk institusjon beskrives en pasients problemer knyttet til rusmidler slik:

Sier NN den siste tiden har drukket mye alkohol. Det er for å døyve angsten .... Hadde en alkoholfri måned i januar, og fungerte visstnok greit da. Nå har både angst og alkoholmisbruk tatt seg opp igjen. Tydelig abstinent og motorisk urolig. NN ønsker nå hjelp til å komme ut av alkoholmisbruket, samt få orden på angsten.

Det er en rutine ved innleggelse til psykisk helsevern å utføre en selvmords vurdering. En klar overvekt av innleggelsesskrivene beskriver pasientenes tanker rundt selvmord på en utfyllende måte. I flere av innleggelsesskrivene fra lege på psykiatrisk institusjon vises det til et eget skjema der suicidvurderingen er gjort, men dette er ikke med i denne oppgavens datamateriale. Til tross for dette ses gjennomgående utfyllende beskrivelser av pasienters tanker og planer om selvmord. Det fremgår av innleggelsesskrivene at pasientene er blitt spurt om de har selvmordstanker. Noen pasienter oppgir at de har ønske om å leve, ønsker hjelp, og for noen av pasientene er selvmord ikke en aktuell problemstilling. Et eksempel på dette ses i dette utdraget fra en henvisning:

Har forferdelig angst og depresjon. NN har katastrofetanker, sover dårlig og svetter mye. Føler NN knekker helt sammen, alt er så tungt at NN ikke fungerer. Ikke hatt selvmordstanker, benekter hallusinasjoner eller paranoide tanker. Kjent bipolar lidelse og angstproblematikk.

En overvekt av innleggelsesskrivene beskriver allikevel pasienter som har selvmordstanker i varierende intensitet. Disse tankene spenner fra å ha tenkt på selvmord som en mulig løsning dersom livet skulle bli for vanskelig å håndtere, til konkrete planer om å ta sitt eget liv. Dagliglivet til pasientene som omtales i innleggelsesskrivene er utfordrende og vanskelig. Enkelte pasienter forteller at livet ikke har noen mening, og at de ikke opplever livet som verdt å leve lengre. En forteller at han har mistet livsgnisten. En annen sier at hun skulle heller vært død.

Til tross for selvmordstanker kommer det frem flere forklaringer og argumenter fra pasienter om at de ikke vil ta sitt eget liv. En pasient sier han ikke har «guts» til å begå selvmord, men at tankene er der om at det er en mulig utvei hvis livet skulle bli for vanskelig. Andre pasienter sier at de vil leve for barna sine, eller av hensyn til pårørende og familie. Flere pasienter uttrykker håp om bedring, og ønsker hjelp til å få det bedre. Det fremgår imidlertid i noen innleggelsesskriv at pasienter er redde for å miste kontroll på selvskadingstanker eller selvmordstanker. En av pasientene som har vært innlagt flere ganger, gir uttrykk for dette:

«NN har økt selvskadingstrang ... men ønsker ikke å dø- redd for hva som kan komme til å skje».

Selv om flere av pasientene ikke ønsker å dø til tross for selvmordstanker, er dette ikke et gjennomgående funn i alle innleggelsesskriv. Flere pasienter har hatt tidligere selvmordsforsøk, og noen oppgir å ha hyppige og påtrengende tanker om å ikke ville lever mer. Noen oppgir å ha tenkt ut konkrete metoder for hvordan de skal kunne ta sitt eget liv. Dette er alt fra å henge seg, drukning, bruke tabletter, kutte hovedpulsåre til å kjøre i fjellvegg. I et innleggelsesskriv blir det opplyst om at pasientens far tok sitt eget liv. Andre pasienter er litt mer diffuse i forhold til sine planer om selvmord. En sykepleier gjengir i sitt innleggelsesskriv hvordan en pasient har fortalt om sine selvmordstanker:

... hører stemmer når NN er veldig langt nede slik som nå. Da hører NN stemmer som snakker negativt til NN. Stemmene kan blant annet be NN om å begå suicid .... NN forteller at NN tenker på å dø hele tiden. NN ser ikke noe håp og klarer ikke se at ting skal bli bedre .... Sier også at NN har en plan for hvordan NN skal fullføre dette suicidet, men vil ikke utdype dette, utenom at det skal være på sjøen.

I et fåtall av skrivene kommer det frem at pasienten har bestemt seg for at selvmord er en god løsning. I et skriv står det at det er ingenting som holder pasienten fra å gjennomføre planen om selvmord bortsett fra at samboeren er hjemme og holder konstant oppsyn. Pasienten sier det er en lettelse å ha tatt avgjørelsen om å ta sitt eget liv når muligheten byr seg.

#### 4.4 Hjelp og støtte

«Hjelp og støtte» er siste kategori fra analysearbeid. Dette inkluderer områder som pasientens behov, ønsker, håp og mål for å oppnå bedring av sin psykiske uhelse inkludert, hvilken informasjon og valgmuligheter som bli presentert for pasientene samt pårørendes funksjon inkludert.

##### *Pasientenes behov, ønsker, håp og mål for å oppnå bedring*

Innleggelsesskrivene for pasienter som innlegges for første gang, har enkelte kortfattede beskrivelser om pasienters mål og ønsker for innleggelsen. Innleggelsesskrivet viser også at denne gruppen pasienter har en del spørsmål om hva de kan få hjelp til.

Pasienter som har vært innlagt tidligere har mindre spørsmål. Denne pasientgruppen er mer konkret om tanker og ønsker i forhold til hva de trenger hjelp og støtte til under innleggelsen og i tiden etterpå.

Ønskene og behovene som kommer til uttrykk i innleggelsesskrivene, handler om å få slappe av, restituere seg, ha noen å snakke med og unngå å skade seg selv. Enkelte pasienter sier at innleggelse på psykiatrisk institusjon fremmer trygghet, og kan hjelpe dem med å ta fatt på egne problemer. En pasient ønsker hjelp til å mestre sin depresjon, og hjelp til å slutte med selvskading. Flere av pasientene uttrykker ønske om å få bli innlagt, da de håper det kan hjelpe dem til å få hvile og få det bedre. Et par pasienter som ble innlagt for første gang ønsker å få starte med medisiner. En eldre dame som ønsker medisin mot uro, blir ikke møtt på sitt ønske, men heller oppfordret til å kontakte personal i avdelingen og be om samtale ved uro. Noen pasienter og pårørende uttrykker ønske om å få etablert et hjelpetilbud for pasienten ute i kommunen. Enkelte har ønske om medisinendring da nåværende medisiner ikke har tilfredsstillende effekt. En del ønsker bare hjelp til å bli bedre, og spesifiserer ikke hvordan de tenker dette kan oppnås. En pasient ønsker en forklaring på hva som skjer med henne. Et par pasienter ytrer ønske om innleggelse på den avdelingen de har vært innlagt på før for å få trygghet og støtte. De uttrykker at stabiliseringsinnleggelse har virket før, og at de opplever økt trygghet ved innleggelse. Et eksempel på dette finnes i et innleggelsesskriv fra lege på psykiatrisk institusjon:

Sier NN har vært økende deprimert siden nyttår. Vet ikke helt hva som utløste denne forverringen, men den har samtidig gjort NN mer motivert for å få hjelp. NN har sovet dårlig siste tiden, og kjenner det hadde vært godt å være her en periode, helst på kjent avdeling. NN er kjent med hvordan rutinene er her, og at vi stiller en del krav i forhold til innleggelsen.

Flere innleggesskriv fremstiller en del ønsker om spesifikk hjelp. Pasienter innlagt for første gang fremstår mer usikre på hva de kan få hjelp til under innleggelsen. I et skriv står det at pasienten ønsker å ta fatt i egne problem, men ser ikke hvordan han skal klare dette selv. Et innleggesskriv fra sykepleier beskriver:

Pasienten ønsker innleggelse for stabilisering, NN ønsker også oppfølging i etterkant av oppholdet hos psykiater. Sier NN trenger noen å snakke med. NN har ikke hatt noe oppfølging siden i fjor når NN sist var innlagt. NN hadde det da bra et par uker før angsten og etter hvert depresjonen økte på. .... Opplever ikke å klare seg hjemme. Har ingen å snakke med.

En pasient beskriver det som at innleggelse er hans siste «halmstrå», og en annen sier at han ønsker å forsøke innleggelse, og håper på å få en rådgiver. I flere av skrivenes uttrykkes det at pasienten er spørrende til hva som kan gjøres for han/henne under innleggelse. Eksempel på utsagn fra en pasient som er dokumentert i innleggesskriv fra sykepleier er: «Jeg er usikker på hvordan dere kan hjelpe meg, hva som kan hjelpe meg».

I innleggesskrivene der det fremkommer at pasienter er usikre på hva han/hun kan få hjelp til under innleggelsen, er det ikke dokumentert noe besvarelse på dette av verken leger eller sykepleiere. Det står som et spørsmål uten svar. Det eneste svaret som ses er en lege på psykiatrisk institusjon som oppfordrer pasienten til å tenke på hva som kan hjelpe ham, og ta kontakt med personal ved behov.

I en mindre andel av innleggesskrivene uttrykker pasientene lite motivasjon for innleggelsen. De beskriver at det var akutt-team, fastlege eller nære pårørende som har tatt initiativ til innleggelsen deres. Pasientene beskriver allikevel at de ser det kan være fornuftig å motta hjelp for deres psykiske uhelse. Enkelte innleggesskriv fremstiller den profesjonelles tanker om aktuell behandling, men det fremgår ikke at disse tankene

er diskutert med pasienten det gjelder. Eksempelvis er det en fastlege som ber spesialisthelsetjenesten vurdere ECT (elektrokonvulsiv behandling) ved denne innleggelsen. Det er et innleggelsesskriv der det beskrives at det ble oppnådd enighet mellom pasient og lege. Pasienten sa seg enig i at legens oppfordring om å oppholde seg mest mulig på eget rom. Dette for å hindre at pasienten selv andre utsettes for ubehag, da pasienten føler seg mer hektisk og aktiv enn vanlig. Pasienten er enig i at dette er en fornuftig strategi. Ut over dette er det ingen innleggelsesskriv hvor pasienten er informert om tilgjengelige behandlingsalternativer, medisinalvalg og miljøterapeutiske tiltak. Det fremkommer heller ikke diskusjon rundt disse temaene mellom helsepersonell og pasient.

#### *Informasjon gitt til pasientene*

Det blir kun dokumentert i et fåtall av innleggelsesskrivene at pasientene har mottatt noen form for informasjon fra helsepersonell. I et innleggelsesskriv fra sykepleier står det oppgitt at pasienten fikk informasjon om hva akutt-teamet kan bistå pasienten med etter utskrivelse fra institusjonen, og i et innleggelsesskriv fra lege på psykiatrisk institusjon er det oppgitt at pasienten er blitt presentert for hva en «manisk episode» innebærer, hvor denne pasientene også erkjenner at det er noe hun kjenner seg igjen i. I noen få innleggelsesskriv fra sykepleier er det notert ned at pasienten har fått utdelt en mappe for førstegangsinnlagte pasienter, noe som forstås som en skriftlig informasjonskilde. Ut over dette fremgår det ikke noe dokumentasjon vedrørende informasjon som er gitt til pasienter.

#### *Pårørendes betydning for pasientene*

I flere innleggelsesskriv fremgår det enkelte opplysninger om pårørendes rolle i pasientens liv. Nære pårørende fremstår som viktige for enkelte av pasientene. Noen pårørende beskrives som aktive deltakere i pasientens liv hvor de har prøvd å hjelpe pasienten når den psykiske uhelsen stadig har blitt verre. De har hjulpet med alt fra praktiske oppgaver til styring av medisiner. En datter forteller at moren har vært mer avhengig av hjelp fra sine barn den siste tiden, da hun er så redd og urolig. Pårørende har derfor bodd en del hos henne. En del pårørende uttrykker et ønske om få være

involvert i pasientens helsehjelp, og vil gjerne hjelpe og støtte pasienten. En liten andel av pasientene oppgir at pårørende er en av grunnene til at de ønsker hjelp. Et par sier også at det er på grunn av pårørende at de ikke tar sitt eget liv. Enkelte pasienter beskriver ved innleggelse at de har holdt symptomene i skjul for nærmeste pårørende. På bakgrunn av dette er det noen innleggelsesskriv hvor det beskrives at pårørende fremstår som overrasket når pasienten åpner seg og forteller om hva de strever med.

Pårørende kan inneha viktig informasjon om pasienten. Enkelte av pasientene har med seg pårørende på samtalene, og de kommer med tilleggsopplysninger om pasientens fortid og helsetilstand. Et eksempel på dette var en pasient som sa at han kun drakk alkohol i helgene, mens ektefellen mente han drakk flere ganger i uken, og at hun opplevde det som at han drakk for mye. Det er imidlertid ikke alle pårørende som fremstår som en positiv ressurs for pasientene som legges inn. Noen pasienter uttrykker at de føler liten forståelse og støtte fra de nærmeste pårørende, og en pasient føler at ektemannen sliter henne ut psykisk. Et fåtall av pasientene har opplevd vold i nære relasjoner. Videre ses det at en liten andel av de pårørende er slitne og ikke har mer å gi til pasienten. I en henvisning står det at situasjonen med å ha sin voksne sønn boende hjemme er svært belastende, spesielt når han er dårlig psykisk. Fastlegen skriver at han har fulgt opp de pårørende med en del samtaler siste tiden. En sykepleier har dokumenter følgende vedrørende en annen pasient:

Bor i enebolig sammen med ektefelle. Bodde hos sin mor ved juletider, og nå vil ikke ektefelle at NN flytter hjem igjen. Ektefelle orker ikke å ha NN hjemme før NN er utredet.

Til tross for at pårørende kan være både viktige og negative for mange av pasientene, er det flere innleggelsesskriv som ikke nevner noe i forhold til pårørende og nettverk i det hele tatt. En liten andel pasienter uttrykker at de ikke ønsker pårørende involvert i helsehjelpen. Et eksempel var en pasient som sa at helsepersonell kunne ta imot opplysninger fra hennes pårørende, men ikke gi ut informasjon om henne. En annen pasient forteller at det har vært mye vold i hjemmet hos far, og at han ikke har noe godt forhold til ham. Et siste eksempel var en pasient som fortalte at han ikke har kontakt med sine nære pårørende, noe som fører til at han føler seg ensom og i behov av hjelp fra profesjonelle til å mestre sine problem.



## 5.0 Diskusjonsdel

I dette kapitlet blir funn fra analysearbeidet diskutert i lys av tidligere forskning og valgt teori. Studiens hensikt er å belyse hvordan pasienters perspektiv kommer til uttrykk i innleggelsesskrivene i forbindelse med innleggelse til en psykiatrisk institusjon, samt kartlegge hvordan pasienter og pårørende involveres i innleggelsesprosessen og i utformingen av helsehjelpen. Diskusjonen begynner med hvordan pasientenes livshendelser blir undersøkt ved innleggelse, så drøftes den psykiske lidelsen og dagliglivet. Videre diskuteres det rundt kartlegging av tilstandens alvorlighetsgrad. Diskusjonen avsluttes med hva pasientens ønsker og mål for helsehjelpen er.

### 5.1 Undersøke pasientenes livshendelser ved innleggelse

Resultatene i denne studien viser at innleggelsesskrivene fremstiller pasientenes historie og bakgrunn på ulik måte, avhengig av om de har vært innlagt på psykiatrisk avdeling tidligere eller er førstegangsinnlagt. For pasienter som ønsker innleggelse for første gang, blir det redegjort for pasientens barndom, oppvekst og skolegang i en overvekt av innleggelsesskrivene. Flere pasienter oppgir å ha opplevd vonde hendelser som mobbing og lite støttende omgivelser i oppveksten, og det er en del av pasientene som oppgir at dette er og har vært vanskelig å håndtere. Pasientenes livshistorie vil kunne prege den enkelte på sin unike måte, og av denne grunn vil det kunne være nyttig at pasienters historie undersøkes. Det kan avdekke sosiale omstendigheter, vaner, holdninger og verdier, noe som i et bedringsperspektiv kan anses som like viktig som legens kunnskap Coulter (2011).

En forståelse av pasientens liv før sykdom og innleggelse, vil kunne gjøre helsepersonell i stand til å ta et pasientperspektiv, hvor de beveger seg fra å se pasienten til å se personen (Volden, 2004). Dersom pasientens perspektiv holdes høyt i det praktiske arbeidet i helsetjenesten, oppnås bedre praksis og tjenester (Westerlund, 2012). Pasientene er ulike, og vil derfor ha behov for tilpassede strategier for å oppnå

bedring (Hummelvoll & Dahl, 2012). Dahl (2007) oppfatter at kjernen i all omsorg er å kjenne pasientens helsehistorie. Dette legger til rette for at helsepersonell skal kunne forstå den enkelte pasients situasjon, og kunne yte god og tilpasset hjelp for den enkelte pasient.

Undersøkelse og dokumentasjon av pasienthistorie som er relevant for pasienters nåværende situasjon, vil gi god kvalitet i innleggelsesprosessen (Thomas, et al., 2013). Det finnes flere anbefalinger til hva som bør kartlegges og nedtegnes i dokumentasjon ved innleggelse til spesialisthelsetjenesten. Det blir ansett som vesentlig å kartlegge pasientenes egen historie, familiehistorie, tidligere sykdommer, personlighet og hva som førte til behov for helsehjelp når det utføres en vurderingssamtale av pasienter som kommer til innleggelse i psykiatrisk avdeling (Berg, Eikeseth, Johnsen & Restan, 2007; Skårderud, Stånicke, Haugsgjerd, Maizels & Engell, 2010). Henvisninger bør inneholde viktig introduserende informasjon og case-historie (Hartveit, et al., 2013).

Resultatene som fremkom gjennom analysearbeidet i oppgaven viser imidlertid at innleggesskrivene knyttet til pasienter som har vært innlagt tidligere, i liten grad fremstiller bakgrunnsopplysninger om pasientene. Ofte står det bare at denne pasienten forutsettes kjent. Waters, et al. (2015) har i sin studie av informasjonsoverføringspraksis ved innleggelse til psykiatrisk avdeling gjort tilsvarende funn. Innleggesskrivene for pasienter med tidligere innleggelser refererer til at pasienten var kjent ved institusjonen. Det var altså en forventning om at alle som jobbet på avdelingen kjente pasienten, noe som medførte at lite historisk informasjon ble nedtegnet i innleggesskrivene. Forfatterne antyder at det bør være lik oppmerksomhet mot pasienters detaljer og situasjon uavhengig om de er førstegangsinnlagt eller har vært innlagt tidligere. Dette står i kontrast til argumenter som fremkommer i studie av Hartveit, et al. (2012). I den antydes det at hvilken informasjon som er inkludert i henvisninger vil variere ut fra pasientens behov for koordinering av tiltak i kommune- og spesialisthelsetjenesten, og om de er førstegangsinnlagte eller har vært innlagt tidligere. Kjennskap til en pasients liv vil være et viktig bidrag når henvisninger vurderes i psykisk helsevern. For de pasientene det blir oppgitt lite opplysninger om deres bakgrunn, forutsetter det at situasjonen ikke er nevneverdig endret siden forrige innleggelse og at dette fremgår i dokumentasjonen.

Denne studiens resultat viser at en større andel innleggelsesskriv for både førstegangsinnlagte pasienter og pasienter med flere innleggelser, gjengir ulike hendelser som pasientene har opplevd den siste tiden. Noen av hendelsene som nevnes er krancling, skilsmisse og nære dødsfall. Flere av pasientene relaterer disse hendelsene til sin forverring av psykisk helse, og at det er derfor de nå søker psykisk helsehjelp. Det foreligger anbefalinger om at problemene pasienten opplever må ses sammen med pasientens livssituasjon. Kartlegging av et menneskes livssituasjon og dagligliv innebærer å undersøke både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter ved mennesket. En slik tilnærming kan påvirke helsehjelpen i en positiv retning (Ekeland & Heggen, 2007; Leplege, et al., 2007; Storm & Wiig, 2015). Det å nyttiggjøre seg av den enkeltes livserfaringer kan ha betydning for pasientens evne til å akseptere og overkomme sykdommens utfordringer (Deegan, et al., 1988).

I og med at en større andel av innleggelsesskrivene i oppgaven kartlegger mulige utløsende faktorer til pasientenes uhelse, kan det tyde på at helsepersonell ved den aktuelle psykiatriske institusjonen anser det som et viktig punkt å kartlegge når pasienter kommer for innleggelse. Dette viser seg å være mer positive funn enn hva som er gjort i enkelte tidligere studier. Helsehistorie, helsestatus nå og grunn til innleggelsen viste seg å ikke være fullstendig dokumentert etter en gjennomgang av 21 pasienters innleggelsesskriv til en psykiatrisk avdeling i Instefjord, et al., (2014) sin studie. Innleggelsesskrivene var kun fullført i 10 % av pasientjournalene. Disse funnene er ikke i tråd med forskningsbaserte anbefalinger, som peker på at fullstendig dokumentering av disse opplysningene er nødvendig for best mulig praksis i helsevesenet. Alvorlige mangler i sykepleieinnleggelsesskrivene kan også skape svakheter i de følgende stadiene av sykepleiedokumenteringen (Instefjord, et al., 2014). Flink, et al. (2015) viser til resultat i deres studie av pasientjournaler ved medisinsk avdeling at pasientsentret informasjon ikke ble dokumentert i medisinsk journal. Dette til tross for kunnskap om at det å kartlegge hendelser i livet før innleggelsen, er vesentlig for at helsepersonell skal kunne forstå pasienten. En informasjonsoverføring av både medisinsk informasjon og pasientsentrert informasjon, vil kunne gi helsepersonell bedre informasjon og sikre kontinuitet i helsetjenesten.

## 5.2 Kartlegging av pasientens tilstand

I en overvekt av innleggelsesskrivene i undersøkelsen, finnes det en del beskrivelser om hvordan de psykiske problemene påvirker den enkelte pasient i hverdagen, og hvilke problemer de opplever å ha. Flere innleggelsesskriv beskriver at pasientene oppgir å ha søvnproblem, nedsatt matlyst, mindre interesse for ting som før var viktige for dem og en opplevelse av tomhet. Det er pasienter som uttrykker at ingenting er kjekt lengre, og at de føler seg tiltaksløse. Waters, et al. (2015) har i sin undersøkelse av innleggelsesskriv ved en psykiatrisk avdeling funnet tilsvarende resultater om at det var en konsistent overføring i dokumentene av informasjon om pasienters psykiske status.

Denne utfyllende dokumenteringen av pasienters opplevde problemer i innleggelsesskrivene, kan tyde på at helsepersonell anser det som et viktig punkt å kartlegge når pasienten er i behov for hjelp av spesialisthelsetjenesten. Det er pasienten som opplever sykdommen og kan formidle hvordan den virker inn på livssituasjonen og hvilke erfaringer de har med dette (Hummelvoll & Dahl, 2012). Den enkelte pasients erfaring med sykdom anses som svært relevante av hensyn til et bedringsperspektiv (Coulter, 2011). Det å bli en psykiatrisk pasient, kan innebærer en erkjennelse av mangel på problemløsning og mestring (Hummelvoll & Dahl, 2012). Det er viktig at helsepersonell møter pasientene på en slik måte at de forstår hva som er viktig for pasienten, og ikke forsøker å fortelle pasienten hva som burde være viktig og rett for dem, hva som ville vært «normalt» (Deegan, et al., 1988). En felles forståelse om pasientens problem, behov og målsetning for helsehjelpen er avgjørende i pasientsentrert omsorg slik at det kan jobbes mot et felles mål (Mead & Bower, 2000).

Flertallet av innleggelsesskrivene som er undersøkt i denne studien beskriver hva pasientene føler. Følelser som nevnes er blant annet, tristhet, uro, redsel og mistriksel. Flere gir uttrykk for at de føler seg hjelpeløse, og ikke vet hvordan de skal mestre sin situasjon. Noen har tankekjør, indre angst og ubehag. Det er tilsynelatende få studier som har undersøkt hvorvidt pasienters følelser blir dokumentert i innleggelsesskriv til psykiatrisk helsehjelp. Det er imidlertid gjort en studie vedrørende dette blant pasienter med medisinske lidelser. Resultatene viste at kun tre av femtien journalldokument opprettet ved overføring av pasienter fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten nevnte noe om pasientenes følelser (Flink, et al., 2015). Det å

kartlegge pasienters følelser og symptom, kan ses på som vesentlig for at helsepersonell skal kunne klare å forstå pasienten. Det er også i tråd med helsepolitiske føringer om at alle parter skal høres. Videre kan det være nødvendig å innhente denne typen informasjon for å kunne kartlegge alvorlighetsgraden ved pasienters psykiske sykdom. (Coulter, 2011; Hummelvoll & Dahl, 2012).

Innleggelsesskrivene som er studert i oppgaven gir som tidligere nevnt flere beskrivelser av pasientenes opplevelser av egen helsetilstand. Samtidig foreligger det detaljerte vurderinger fra helsepersonell om hvordan pasienten fremstår i møtet med dem. Observasjoner som nevnes er at pasientene er urolige under samtalen, har lut kroppsholdning og har lang latenstid. Fraværende symptom blir beskrevet så vel som tilstedeværende, eksempelvis at pasienten ikke er psykotisk. Pasienters utseende og atferd kan si mye om stemningsleie og psykisk tilstand. Eksempler på observasjoner som kan gjøres er om pasienter er mimikkfattig, agitert, urolig, psykotisk og om pasienten er orientert for tid, sted og rom (Mehlum, 2001). Pasienter med psykisk lidelser er ofte ikke i stand til selv å påse at de får de tjenestene de har behov for (Hartveit, et al., 2012). Dette gjenspeiler viktigheten av at helsepersonell undersøker pasientens psykiske tilstand grundig med både observasjoner og spørsmål. En grundig kartlegging av psykisk tilstand er viktig for det vil kunne ha konsekvenser for valg av behandlingsstrategi. Det er spesielt viktig å kartlegge om pasienten har en alvorlig depresjon eller rusmisbruk, da dette er sterke risikofaktorer for selvmordsatferd (Mehlum, 2001).

Etter en analyse av innleggelsesskrivene i denne masteroppgaven, viser det seg at en overvekt av pasientene har selvmordstanker i varierende intensitet. Et fåtall av pasientene uttrykker at selvmord er løsningen for å komme ut av sin lidelse, og presenterer konkrete planer. Noen er redde for å miste kontroll og at de da vil kunne skade seg selv. Mange av pasientene er noe «motstridende» i det de sier, for eksempel har de selvmordstanker hele dagen, men vil allikevel ikke dø. Helsepersonell skal aldri overse selvmordstanker, og disse pasientene skal ikke utfordres. De skal møtes med varme og interesse, og gis anledning til å prate om det som plager dem. Pasienters helsetilstand bør vurderes ut fra risikofaktorer og tanker/planer om selvmord, da selvmordstanker og alvorlig psykisk lidelse utløser en rett til behandling i spesialisthelsetjenesten (Hummelvoll & Dahl, 2012).

Det at en overvekt av pasientene uttrykker selvmordstanker i denne studien, kan forstås som at dette er noe som utløser en rett til innleggelse på psykiatrisk institusjon i spesialisthelsetjenesten. Hvilke kriterier som utløser rettigheter til hjelp i spesialisthelsetjenesten står beskrevet i forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (Psykisk Helsevernforordningen, 1999), kapittel 1. Dersom pasientens tilstand anses som livstruende eller meget alvorlig, er akutt avdelinger i psykisk helsevern pliktet til å ta imot dem og yte behandling. Eksempel på tilstander som utløser plikten til å yte øyeblikkelig hjelp er psykotiske tilstander, eller sterk angst/depresjon der det er fare for at pasienten kan forsøke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre. Dette synliggjør at det ikke er alle psykiske vansker som utløser en rett på hjelp fra spesialisthelsetjenesten. I et prioriteringsperspektiv er det snakk om fordeling av knappe ressurser (Molven, 2012). Prioritering av helsetjenester i spesialisthelsetjenesten skjer ut fra en vurdering av alvorlighetsgrad, pasientens forventede effekt av tilgjengelige behandling og kostnad sett opp mot nytteverdi av tiltak. Pasienter med størst behov bør prioriteres (Hartveit, et al., 2013).

Da det er knappe ressurser som skal fordeles, gjenspeiler dette viktigheten av at pasienters tilstand er tilstrekkelig undersøkt slik at det sikres at pasienter som er alvorlig syke får den hjelpen de har rett på. Resultatene etter denne studiens analyse av innleggesskriv viser at overvekten av pasientene blir undersøkt og kartlagt i forhold til selvmordsfare, og hvilke symptom og problem den psykiske lidelsen medfører. Disse funnen er ikke like oppløftende i studie av Hartveit, et al. (2012) som fremstilte funn der vurdering av alvorlighetsgrad i form av selvmordsfare bare fant sted i 23 av 50 undersøkte henvisninger. I en Norsk kvalitativ studie av Danbolt, et al. (2010) rapporterte fastleger at de oftest opplevde det som lett å få inn pasienter til akuttenheter for selvmords vurdering, men opplevde at for mange pasienter ble utskrevet for raskt. Riksrevisjonen (2008) undersøkte spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer. Det ble konkludert med at henvisninger i psykisk helsevern ikke ga et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for prioritering om rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. I følge Statens Helsetilsyn (2010) er urettmessig avslag om behandling en av de vanligste konsekvensene av dette. I denne sammenheng kan kjennskap til pasienter på grunn av tidligere innleggelser være et viktig bidrag når henvisninger vurderes (Hartveit, et al., 2012).

Det kan gi grunn til bekymring dersom pasienter ikke blir grundig undersøkt i forhold til deres psykiske helse. Følgene kan bli fatale for alvorlig syke pasienter som ikke får den hjelpen de er i behov for. Det kan være flere faktorer som virker inn på hvordan alvorlighetsgraden av pasienters tilstand kartlegges. Travelt miljø, tidspress, helsepersonells erfaring, kunnskap og synspunkter vedørende dokumentering, kan føre til at pasienter verken mottar eller deler så mye informasjon som de ønsker (Flink, et al., 2012). Antall ledige senger er blitt oppfattet som mer avgjørende for å bli prioritert til psykisk helsehjelp enn helsen og sykdommen i seg selv (Wright, et al., 2015). Helsepersonell som har ansvar i innleggelsesprosessen har mest sannsynlig varierende grad av erfaring, kompetanse og tid til rådighet, noe som kan føre til ulik praksis ved prioritering av pasienter (Berg, et al., 2007). Disse faktorene øker faren for at ikke all nødvendig informasjon blir overført mellom ulike behandlingsnivå. WHO – patient safety alliance, nominerte i 2006 forbedring av kommunikasjon ved overlevering av pasientinformasjon som et av topp fem satsningsområder for å forebygge uønskede hendelser (Thomas, et al., 2013). De fleste representantene i studiene av Hunt, Marsden og O'connor (2012) og av Danbolt, et al. (2010) mente det var behov for mer trening og undervisning om informasjonsoverføring. Et tegn på god kvalitet ved samhandling mellom helsetjenestene, er at pasientens behov står i sentrum (Meld. St. 10, 2012-2013). Den Nasjonale Helse- Og Omsorgsplanen (Meld. St. 16, 2010-2011) legger opp til at pasienten skal ha en tydeligere rolle og større innflytelse i utformingen av tjenestetilbudet i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det kan være avgjørende at helsepersonell tilstreber pasientinvolvering og grundige undersøkelser av pasientens helsetilstand til tross for travel avdeling. Dette kan bidra til rettferdig og riktig fordeling av knappe ressurser i spesialisthelsetjenesten.

### 5.3 Pasientens pårørende og det sosiale liv

En del av de inkluderte innleggelsesskrivene i studien har dokumentert enkelte opplysninger vedrørende pasientens pårørende. Noen innleggelsesskriv fremstiller pårørende som en viktig støtte for pasientene, og de er med som aktive deltakere i innleggelsesprosessen. Studie av Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad og Aase (2014) har ved deltakende observasjon studert 21 innleggelser og utskrivinger til og fra

sykehus for eldre pasienter med generelle medisinske diagnoser. Resultat fra studien fremhevet at pårørende spilte en viktig rolle for flere pasienter, ved at de ga viktig informasjon om pasientenes helsetilstand og støttet pasientens egenomsorg både ved innleggelse og utskriving. Til tross for den viktige rollen pårørende har, måtte de be om informasjon fra helsepersonell ved både innleggelse og utskriving vedrørende pasientens helsetilstand, medisiner og oppfølging. Danbolt, et al. (2010) fremstiller funn om at brukere og ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid ønsket et større fokus på brukernes pårørende og lokale nettverk. Pasientsentrerte helsetjenester oppnås blant annet ved hjelp av at pasienter og pårørende får delta aktivt og lede avgjørelser om deres helse og velbefinnende (Storm & Edwards, 2013). Så langt pasientens ønsker det, og så langt som mulig, skal pårørende kunne være tilstede når helsehjelpen utføres. Pårørende har rett til å både motta og gi informasjon (Kjellebold, 2010). Pasienter og pårørende skal oppfordres til aktiv deltakelse i helsehjelpen, da dette har vist seg til å gi sikrere helsetjenester (Dyrstad, 2015).

For mange pasienter med psykisk lidelse, er pårørende den viktigste ressursen de har. Pårørende kan ha viktige opplysninger om pasienter ved innleggelse, som også er av betydning for den videre planleggingen av behandling (Kjellebold, 2010). Dette kan tyde på at pårørende er en faktor som ikke bør glemmes i innleggelsesprosessen. Enkelte av innleggelsesskrivene i studien beskriver de pårørende som slitne, da de har tatt seg av pasienten en stund før innleggelsen, og nå ønsker de at pasienten får profesjonell hjelp. Det kan stilles spørsmål ved hvilken hjelp og oppfølging de pårørende får når en av deres nærmeste blir innlagt for psykisk helsehjelp. Kjellebold (2010) fremhever viktigheten av at helsepersonell tar hensyn til at pårørende kan være slitne. Dette på bakgrunn av at de ofte går inn i omsorgsroller når deres nærmeste er psykisk syke. Det kan da være nødvendig at også de blir sett, får støtte og tilbys opplæring om pasientens sykdom og hvordan denne kan mestres.

Inkludering av pårørende og venner i pasientens behandling, har vist seg å øke tilfredshet med behandling (Frampton, et al., 2010). En del av pasientene som er omtalt i innleggelsesskrivene i masteroppgaven, oppgir å ha konfliktfylte og negative relasjoner til sine nærmeste pårørende. Det som konkretiseres er blant annet kranling og dårlig kommunikasjon med partner, vold i nær relasjon, og bekymringer relatert til egne barn. Noen pasienter beskriver ensomhet og lite nettverk, mens andre opplever god



støtte i sitt nettverk. Waters, et al. (2015) viser til resultat fra journalgjennomgang ved 19 innleggelses til psykiatrisk avdeling at sosial status for det meste ble kommunisert i dokumentene. Det var ingen innleggelsesskriv som dokumenterte noe om pasientens sosiale støtte i studie av Flink, et al. (2015) Hartveit, et al. (2012) viser til lignende funn i sin gjennomgang av henvisninger, med at kun 27 av 50 henvisninger inneholdt informasjon om pasientens sosiale forhold.

Selv om en del av innleggelsesskrivene i denne studien beskrev noe om pasientenes nettverk og støtte, var det også flere innleggelsesskriv som ikke omtalte noe om pasientens sosiale nettverk. Dette kan sies å stå i motsetning til anbefalinger om at den profesjonelle bør anerkjenne hvilken betydning sosiale relasjoner, livssituasjon og livssyn har for den enkelte pasientens bedring (Karlsson & Borg, 2013). De fleste er avhengige av omgivelsene og sosiale relasjoner i sine bedringsprosesser. Pasienter kan gjenvinne opplevelse av mening i livet gjennom samvær med andre (Hummelvoll & Dahl, 2012). Pasienter som innlegges i psykiatrisk avdeling på grunn av en psykisk lidelse, kan ha redusert evne til egenomsorg, sosiale relasjoner, arbeid eller skole. Denne nedsatte evnen til å ta vare på seg selv, kan forsterkes av medisiner, manglende motivasjon og tiltakslyst hos pasienten (Storm, et al., 2009). Pasienter med alvorlig psykisk lidelse kan i perioder være ute av stand til å danne og vedlikeholde sosiale relasjoner (Hummelvoll & Dahl, 2012). Schön et al. (2009) viser derimot til funn om at pasienter skaper sosiale relasjoner i bedringsprosesser, og søker til sosialt gunstige omgivelser for å meste og redusere symptom (Hummelvoll & Dahl, 2012).

Det er ikke bare pårørende og nettverk som viser seg å kunne være av betydning for pasienters bedring. Det å oppleve seg selv som et verdsatt medlem av samfunnet, for eksempel gjennom arbeid, har stor betydning for livskvalitet, selvaktelse og bedring av den sosiale identiteten (Hummelvoll & Dahl, 2012). Det er en liten andel av innleggelsesskrivene i denne studien som beskriver at pasienten har vært i full jobb inntil de siste dager før innleggelsen, men nå er de blitt sykemeldt fordi de ikke klarer mer. Dette kan tolkes som at jobb er viktig for flere av pasientene, og at det er noe de holder ut så lenge de lar seg gjøre til tross for alvorlig psykisk lidelse. Flere pasienter oppgir at de er uføretrygdet eller arbeidsledige. Det er også en stor andel av innleggelsesskrivene som ikke nevner så mye i forhold til jobbsituasjon. Det kan være betydningsfullt å undersøke og dokumentere om pasienten er bekymret for å miste jobb

på grunn av sykdom og lignende, da dette kan gi konsekvenser for pasientens bedringsprosesser (Dahl, 2007). Bedring viser seg å bli støttet ved deltakelse, sosial integrering og normalisering i det ordinære arbeidslivet. Å ha en jobb kan fjerne stigmatisering og stempling knyttet til det å ha en psykisk lidelse (Hummelvoll & Dahl, 2012). Ofte ses det dessverre at mennesker med psykiske lidelser møter et samfunn som har liten vilje til å anerkjenne deres evner til å jobbe (Coleman, 2007). Pasienter med psykiske lidelser er en gruppe som generelt har lav deltagelse i arbeidslivet, men der mange ønsker seg et arbeid (Hummelvoll & Dahl, 2012).

I denne undersøkelsens resultat kommer det frem at en stor andel av innleggelsesskrivene redegjør for pasientenes forbruk av tobakk, drikke og rus. I innleggelsesskrivene finnes det også noen enkle beskrivelser av pasienters interesser, som at de liker tur, fotball, musikk og maling. Flere av pasientene uttrykker at de nå har mistet interessen for dette. Ut over dette fremkommer lite opplysninger om pasientenes livsstil. Dahl (2007) peker på at det anses å være av verdi å ha fokus på hva den enkelte pasient er opptatt av, og hva som er det beste for pasienten, slik at pasientperspektivet ivaretas. Livsstil er knyttet til hvordan menneskets verdier, kultur, religion, livsanskuelse, interesser og aktivitetsvaner. Dette fremstår i hennes studie til å være mangelfullt ivaretatt i anamnesen av sykepleiere (Dahl, 2007). Det kan stilles spørsmål ved om dette henger sammen med at helsepersonell ikke anser det som vesentlig å kartlegge/dokumentere dette ved innleggelse til spesialisthelsetjenesten. Pasientens preferanser, verdier og kontekst er like viktig som medisinsk informasjon for å binde sammen separate omsorgshendelser, og sikre at tjenesten er lydhør ovenfor pasientens behov (Flink, 2014; Haggerty et al., 2003). For å fremme bedringsprosesser bør helsepersonell kartlegge hva som er viktig for den enkelte pasient. (Leplege, et al., 2007).

#### 5.4 Pasienters ønsker og mål for helsehjelpen

Det å ha selvbestemmelse i utforming av hjelpetilbud kan ses på som viktig for tilfriskningsprosesser (Hummelvoll & Dahl, 2012). Involvering av brukere inngår også

som en komponent i kvalitetsdimensjonen som blir beskrevet i «Og bedre skal det bli - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten 2005-2015» (Helsedirektoratet, 2005). Forskningsfunn tyder på at dersom pasienter medvirker når de skal flyttes mellom ulike behandlingsnivå, kan det redusere faren for at det skjer uønskede hendelser (Schibeavaag, et al., 2015). Pasienten blir ansett som en viktig link for å etablere trygghet og kontinuitet i helsetjenesten (Waters, et al., 2015).

Pasientsentrert omsorg innebærer at helsepersonell respekterer pasientene, og at den enkeltes behov, ønsker og mål skal være styrende i helsehjelpen slik at den er holistisk og individuelt tilpasset (Waters, et al., 2015). En større andel av innleggelsesskrivene som er undersøkt i denne studien refererer til behov og ønsker for behandlingen på psykiatrisk institusjon. Dette er formulert kortfattet, gjerne bare en setning i innleggelsesskrivene. Eksempel som ses er at pasientene har behov for å hvile, kjenne på trygghet og ro, få kontroll over egen situasjon igjen, samt få støtte, råd og samtale med helsepersonell. Det kan tenkes at pasientene ikke blir tilstrekkelig oppfordret og informert til å kunne uttrykke mer ønsker for egen behandling. Det er pasienter som i fokusgruppeintervju har uttrykt at de opplevde å ha en svært begrenset stemme relatert til avgjørelser i innleggelsesprosessen. Brukerrepresentanter påpekte at dersom pasienter ønsket å nå frem med sine behov og målsetninger, måtte de være svært pågående og konstant be om informasjon (Wright, et al., 2015). Dette står i kontrast til lovkravet om å legge til rette for pasienters medvirkning i helsehjelpen.

De senere tiår har det kommet flere argumenter om at det er et behov for et mer bedringsorientert perspektiv i psykisk helsetjeneste, og bedringsorientert psykisk helsearbeid (recovery) ble etter hvert nedfelt i nasjonale retningslinjer og helsepolitiske føringer (Hummelvoll & Dahl, 2012). Bedringsorientert omsorg handler om å finne den enkeltes ressurser, for igjen kunne finne sin vei mot bedring (Karlsson & Borg, 2013). Dette innebærer at den paternalistiske holdningen der den profesjonelle har enerett på svarene, blir byttet ut med at alle parter skal høres (Coulter, 2011). Pasientens ønsker og mål bør respekteres, da erfaringskunnskapen skal sidestilles med fagkunnskap. Det er ikke helsepersonell alene som kan ha svar på hvordan livet til pasienter bør leves, og hva som bør være målet med helsehjelpen (Marit Borg, et al., 2011; M Borg, et al., 2013). Det å involvere pasienter i egen helsehjelp er en del av kvalitetsbegrepet i helsetjenesten (Institute of Medicine, 2001).

Til tross for anbefalinger og argument om behov for et mer bedringsorientert psykisk helsearbeid, ble det ved en gjennomgang av innleggelsesskriv ved en psykiatrisk avdeling avdekket at pasientenes preferanser i liten grad (53%) ble kommunisert i overføringsdokumenter. Videre ble det avdekket lav grad av brukerinvolvering når avgjørelser skulle tas (Waters, et al., 2015). En studie av Hartveit, et al. (2012) avslører at det var kun i 20 av 50 undersøkte henvisninger hvor det fremgikk noe om pasientens ønsker og planer for innleggelsen. Ved undersøkelse av innleggelsesskriv i denne studien ble det også avdekket at en del av skrivene ikke blir noe vedrørende pasienters ønsker, mål, preferanser og behov ved innleggelse på psykiatrisk avdeling. Dette gjaldt spesielt for pasienter som ble innlagt for første gang. I denne sammenheng er det verdt å nevne at kvalitet i innleggelsesprosessen innebærer blant annet kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient om en plan for behandlingen (Thomas, et al., 2013). Videre er en dokumentering av pasientens preferanser også anbefalt innhold for henvisninger. De bør inneholde informasjon om pasientens ønsker og målsetning for behandlingen (Hartveit, et al., 2012). Selv om pasientsentrerte journaler ikke er anerkjent som en komponent av kvalitet i seg selv i pasientsentrert omsorg, kan fraværet av dette tyde på et ikke pasientsentrert møte mellom pasient og helsepersonell (Flink, et al., 2015).

Omsorgen bør planlegges sammen med pasienten (Dahl, 2007). Det vil alltid være en fare for å overkjøre «den svake part», derfor er det viktig at helsepersonell er lyttende og tilbakelemt i møte med pasienter (Flink, 2014; Storm, et al., 2009). Gjensidig tillit og respekt i relasjonen danner et godt utgangspunkt for brukermedvirkning (Hanssen & Humerfelt, 2010; Molven, 2012). Det kan tenkes at pasienter som møter helsepersonell med slike holdninger, vil kunne oppleve at erfaringskunnskap faktisk likestilles med fagkunnskap. Å definere pasientens problem uten å ta hensyn til pasientens individuelle erfaringer og opplevelser, vil kunne føre til at det ikke er samstemt med pasientens opplevde og virkelige behov. På bakgrunn av dette er det viktig at pasientens subjektive data nedtegnes i journalen ved innleggelse (Dahl, 2007). Pasienter som er for dårlige til å medvirke ved innleggelsen, kan ha utarbeidet kriseplan i gode perioder. Kriseplanen inneholder pasientens ønsker og synspunkter, og er et godt redskap å bruke for at de skal få uttrykke sine preferanser også i dårlige perioder (Wright, et al., 2015).

Dersom behandling skal kunne planlegges sammen med pasienten, er helsepersonell prisgitt at pasienten deler informasjon om hvordan de har det, og hvilke ønsker de har for veien videre. Aase, Dyrstad, Storm og Laugaland (2013) har identifisert fem faktorer som kan påvirke brukermedvirkning i innleggelsesprosessen til et sykehus. Det er rutiner, pasienten selv, tilgjengelighet av sykehusressurser, helsepersonells holdninger til å undersøke pasienters erfaringer og informere dem og pårørende. Tillitsfull relasjon til helsepersonell kan være en fremmede faktor for pasienters vilje til å kommunisere egne behov og tanker. Helsepersonell som møter pasienter med en positiv holdning, stiller spørsmål, responderer på det pasienten sier, og viser forståelse, er faktorer som kan øke pasienters ønske om å dele informasjon. Pasienter medvirket mer i informasjonsoverføringen hvis de oppfattet at de kan eller må medvirke for å sikre kontinuitet i helsetjenesten (Flink, et al., 2012; Waters, et al., 2015). Tidligere erfaringer med helsevesenet og personlighet har vist seg å være faktorer som gjorde at pasienter følte seg styrket til å medvirke ved innleggelse (Flink, et al., 2015).

Funn fra innleggelsesskrivene viser at pasienter svært ofte uttrykker usikkerhet rundt deres mål og forventninger til oppholdet, spesielt de som innlegges for første gang. Flere sier at de er åpne for å legge seg inn, men vet ikke hva som kan hjelpe dem. Pasienter som har vært innlagt tidligere, uttrykker ikke den samme usikkerheten som førstegangsinnlagte pasienter vedrørende hvilken hjelp de kan få ved innleggelse. Disse funnene kan reise spørsmål ved om pasientene er tilstrekkelig informert om sin mulighet for helsehjelp og rett til medvirkning. Innleggelsesskrivene presenterer lite opplysninger om hvorvidt pasienter er blitt informert om tilgjengelige behandlingsoalternativer, medisinalvalg, eller miljøterapeutiske tiltak. Det var et eksempel å finne i innleggelsesskrivene hvor helsepersonell og pasient har diskutert hva som kan være hensiktsmessig tiltak for pasienten under innleggelsen. Det som er å spore av informasjon som er gitt til enkelte pasienter, er at de har fått utdelt mappe for førstegangsinnlagte pasienter. Dette må anses som en skriftlig informasjonskilde til hvordan avdelingens rutiner og tilbud er, og en pasient hadde fått informasjon om akuttteam. Det kan tenkes at pasienter som ikke blir informert om helsehjelpen de har tilgjengelig, ikke har kunnskap nok til å kunne uttrykke egne mål og ønsker for behandling.

Waters, et al. (2015) viser til lav grad av brukerinvolvering i innleggelsesskriv til psykisk helsehjelp når det kommer til medbestemmelse i avgjørelser, og at få pasienter ble spurt i forhold til deres preferanser. Henvisninger som ble undersøkt i studie av Flink, et al. (2015), viste at informasjon gitt til pasientene ble dokumentert i liten grad. Dersom pasientens mål skal styre behandlingen fordrer det at pasienten er tilstrekkelig informert. Det er i Danbolt, et al. (2010) sin studie blitt foreslått at brukerne trenger bedre informasjon om sine rettigheter og muligheter for hjelp, slik at brukerperspektivet fremholdes og at tjenestenes fokus mer strategisk rettes mot brukernes totale situasjon, der pasienters egne erfaringer, ressurser, nettverk, hjemmesituasjon og hverdagsliv tas i betraktning. En studie fra Tanenbaum (2008) viste til at pasienter med psykiatrisk lidelse verdsatte det å ha ulike behandlingsmuligheter å velge mellom, og at effekten av evidensbaserte intervensjoner av og til betydde mindre enn det å faktisk bli tilbudt et valg (Waters, et al., 2015). Dette synliggjør hvor viktig det kan være med informasjon om tilgjengelige valgmuligheter.

Brukermedvirkning dreier seg om å forbedre pasientens kunnskap og kontroll over behandlingsavgjørelser som har innvirkning på deres velbefinnende. Forskningsfunn fra litteraturgjennomgang viste at pasienter fra psykisk helse rapporterte om inadekvat informasjon fra helsepersonell, og manglende mulighet til medvirkning i helsehjelpen. Sykepleiere på avdelingen ble oppfattet som spesielt utilgjengelige. Når relevant informasjon ikke ble gitt til pasienter, følte de at helsepersonellet var paternalistiske (Storm & Edwards, 2013). Flere inneliggende pasienter rapporterte at de fikk få muligheter for medvirkning i egen behandling, og følte seg ikke sett og hørt som unike individ (Storm & Davidson, 2010). Et viktig spørsmål er hvilken rolle pasienten selv ønsker å ha i forhold til brukermedvirkning i egen behandling. Forskning tyder på at pasienter til tross for moderat til alvorlig depresjon, har ønske om mer informasjon og involvering i egen behandling enn tidligere antatt. Det pekes på at det er behov for kompetanseutvikling og trening av helsepersonell for å overkomme utfordringen med å implementere brukerorienterte modeller i praksis. (Storm & Edwards, 2013)

Myndiggjøring og kontroll over egne liv er essensielt for emosjonell bedring. Utstrekningen av hvor vidt pasienter kan medvirke avhenger av makten de gis/har til å innvirke på avgjørelsene (Hickey & Kipping, 1998). Det at pasienter ikke informeres om helsehjelpen sin, vil være i strid med lovverket som sikrer pasienter og pårørende

rett til informasjon, jf. pasientrettighetsloven §3-2 (Syse, 2014). Tilpasset informasjon til pasientene sikrer at de har nok kunnskap og en reell mulighet til å medvirke i egen helsehjelp (Hanssen & Humerfelt, 2010; Molven, 2012). Informasjon bør omhandle hva helsetilbudets innhold er, tilgjengelige valgmuligheter for behandling og om valgenes fordeler og ulemper (Kleiman, 2009).

Videre må pasientenes medvirkning i helsehjelpen tilpasses den mentale helsetilstanden hos den enkelte pasient. Dette for å unngå at pasienten opplever økt stress, og for at pasientene skal få oppleve mestring (Storm, et al., 2009). Det må tas hensyn til at krav om faglig forsvarlighet når helsepersonell skal samarbeide med pasienter om beslutninger. Det som er viktig å ta hensyn til, er at selv om pasienter er tilstrekkelig informert, er det ikke en selvfølge at de ønsker å medvirke i egen helsehjelp. Da bør også dette dokumenteres. Dersom en påtvinger brukermedvirkning til pasienter som verken ønsker det eller har evne til det, vil det være en ansvarsfraskrivelse fra helsepersonell (Hanssen & Humerfelt, 2010). Det er forskningsfunn som tyder på at det er store variasjoner i utstrekningen av om hvorvidt pasienter i krise vil eller føler seg i stand til å være involvert i egen behandling (Waters, et al., 2015). Det kan være paradoksalt å snakke om håp, drømmer og ressurser når pasient er i akutt tilstand, hvor de kan være i behov av stabilisering, trygghet, avskjerming, hvile og komme til hektene før veien mot bedring diskuteres (Davidson, et al., 2005).

## 6.0 Avslutning

I det følgende vil studiens tråder samles i en konklusjon. Videre kommer det implikasjoner for praksis og forslag om videre forskning.

### 6.1 Konklusjon

Denne studien har undersøkt hvordan pasienters perspektiv kommer til uttrykk i innleggelsesskriv når pasienter legges inn på psykiatrisk institusjon for akutt psykisk helsehjelp. Resultatene viser at pasientenes nåværende situasjon, samt hva de har opplevd av vonde hendelser forut for innleggelsen, belyses svært godt i de fleste innleggelsesskriv. Pasientenes oppvekst presenteres i overvekten av innleggelsesskrivene for pasienter som innlegges for første gang, men for pasienter med tidligere innleggelse, står det ofte bare at «pasienten forutsettes kjent». Forståelse av pasienters levde liv og nåværende dagligliv, kan sette helsepersonell i posisjon til å «ta et pasientperspektiv». Dette kan igjen gi bedre praksis og tjenester. Den profesjonelle bør anerkjenne hvilken betydning sosiale relasjoner, livssituasjon og livssyn har for den enkelte pasient. Pårørende kan for mange pasienter være en viktig ressurs på veien mot bedring. Det er gjort studie der det fremkommer ønske om et større fokus på pasienters pårørende og lokale nettverk. Ved kartlegging av pasienters livshendelser og dagligliv er helsepersonell prisgitt at pasienter deler informasjon om seg selv.

Pasientenes ønsker, behov og mål for innleggelsen kommer frem relativt kortfattet i en del av innleggelsesskrivene, men det fremkommer i liten grad hva som er planen ved innleggelsen av den enkelte pasient. Det ses ikke noe svar eller diskusjon rundt disse kortfattede ønskene. Pasientsentrert omsorg innebærer respekt for pasientens verdier, preferanser og uttrykte behov. Flere pasienter uttrykker usikkerhet rundt hva de kan få hjelp til. Innleggelsesskrivene har i liten grad dokumentert at pasienter har mottatt noe informasjon eller blitt presentert for valgmuligheter om tilgjengelige behandlingsstrategier. Pasienter og pårørende har rett til innflytelse på det individuelle hjelpe- og behandlingsbehov, innenfor tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Erfaringskunnskap skal være likestilt med fagkunnskap. Dersom



pasientens perspektiv holdes høyt i innleggelsesprosessen, vil dette kunne legge til rette for holistisk og individuelt tilpasset helsetjeneste. Det er pasienten selv som har svaret på hvordan den enkelte vil leve/ha sitt liv, og derfor bør behandling styres av pasientens ønsker, behov og mål. Bedringsorientert helsearbeid handler om å finne den enkeltes ressurser, for igjen kunne finne sin vei mot bedring av psykisk uhelse.

## 6.2 Implikasjoner for praksis

Det er et ønske at oppgaven vil kunne bidra til økt refleksjon om viktigheten av å ivareta pasienters perspektiv i helsehjelpen, også i innleggelsesprosess og dokumentasjonsarbeidet. Kritisk refleksjon rundt praksis kan bidra til å sikre og øke kvaliteten i helsetjenesten, samt bidra til fagutvikling. På bakgrunn av studiens funn, anbefales følgende:

For å sikre at viktig informasjon ikke blir glemt i innleggelsesprosesser, foreslås det at alle pasienters bakgrunnsinformasjon nedtegnes i innleggelsesskrivene. Dette gjør det lettere for helsepersonell å «ta et pasientperspektiv». Et forslag er at for pasienter med tidligere innleggelser kan innleggende lege kopierer bakgrunnsinformasjon fra forrige innleggelse inn i nytt innleggelsesskriv, samtidig som det sjekkes med pasienten om dette er korrekt informasjon. Det er ikke en selvfølge at helsepersonell husker bakgrunnsinformasjon om den enkelte pasient fra forrige gang de var innlagt, samt at det kan ha kommet nyansettelser blant helsepersonell.

Det kan stilles spørsmål ved om dagens ressursbruk ved innleggelsessamtaler er fornuftig. Det gjøres ofte en grundig kartlegging av pasientens bakgrunn og problem, men det er lite fokus på hva en vil/kan oppnå med innleggelse. Et økt fokus på pasientens ønsker, behov og mål for behandlingen allerede ved innleggelse vil muligens kunne føre til at helsepersonell og pasient sammen kan legge en mer effektiv og hensiktsmessig tilpasset plan for behandling. Det vil også kunne øke muligheten med å beregne forventet nytte av tiltak i forhold til kostnad når det skal gjøres prioritering innen knappe ressurser på spesialisthelsetjenestenivå.

Det vil være hensiktsmessig å vurdere ressursbruk knyttet til dokumentasjonspraksis fra innleggelsessamtaler. Det kan stilles spørsmål ved hvorfor to ulike yrkesgrupper skriver referat fra samme samtale, da dette vil føre med seg en god del duplisering av informasjon. Om ikke annet bør det reflekteres rundt hva som skal stå i hvilket innleggelsesskriv, og hva målsetningen/bruksverdien av det enkelte dokument egentlig er. Det er også tidligere forskningsfunn som stiller spørsmål ved dobbeltføringer ved innleggelse for psykisk helsehjelp. En mulighet kan være at innleggelsesskrivene ble utformet av kun lege sammen med pasienten, slik at det ble oppnådd enighet om skrevet innhold. Dette ville kunne sikre at pasientens perspektiv ble ivaretatt på best mulig måte, og at viktig informasjon ikke «forsvinner» på grunn av at det er nedtegnet i flere ulike journaldokument.

### 6.3 Videre forskning

I det følgende vil jeg antyde videre forskning som kunne vært interessant og belyst i forhold til ivaretaking av pasienters perspektiv i innleggelsesprosessen.

Denne studien har sett på de tre inkluderte innleggelsesskrivenes samlede fremstilling av pasientens perspektiv. Det ville vært interessant og undersøkt hvordan malene til de ulike typene innleggelsesskriv legger til rette for å dokumentere pasientens perspektiv, og hvilken nytteverdi de ulike innleggelsesskrivene har hver for seg. Vil det være en fare for å gå glipp av viktig informasjon dersom en velger å kun lese et av dokumentene når pasienten blir innlagt til akutt psykisk helsehjelp?

Videre ville det vært interessant å intervju eller observere helsepersonell og pasienter om hvordan de opplever egen rolle i innleggelsessituasjoner, og hvordan denne prosessen kan bli bedre med tanke på ivaretagelse av pasientens perspektiv.

I denne studien er ikke innleggelsesskriv for pasienter som innlegges etter tvunget psykisk helsevern §3-3 undersøkt. Dette ville vært interessant å sett på tvangsinnlagte pasienters mulighet for medvirkning i innleggelsesprosess.

De demografiske data i resultatkapitlet, viser at svært få pasienter kartlegges i forhold til om de har Individuell plan eller ikke. Dette kunne vært interessant å sett nærmere på i ett annet studie. Det kan stilles spørsmål ved om en aktiv anvendelse av individuell plan ført til et bedret fokus på pasientens perspektiv.

Det ville vært interessant og studert om det er en sammenheng mellom helsepersonells erfaring og kompetanse i forhold til dokumentasjonspraksis. Kunne for eksempel utført en intervensjonsstudie der en sammenliknet innleggelsesskriv før og etter undervisning og refleksjon rundt dagens og anbefalt praksis. I mitt datamateriale vil jeg ikke finne så mye svar på hvorfor de ulike helsepersonellene belyser pasientens perspektiv på forskjellig måte, og hvorfor lengde på innleggelsesskrivene vurderer.

## 7.0 Litteraturliste

- Aadnanes, P. M. (2007). Den uavhengige avhengige : Empowerment-idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren : Eit kulturanalytisk perspektiv. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
- Aase, K., Dyrstad, D. N., Storm, M. & Laugaland, K. A. (2013). Quality and safety in transitional care of the elderly: The study protocol of a case study research design (phase 1). *BMJ Open*, 3(8).
- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten : Arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Arntzen, E. (2007). *En forutsigbar helsetjeneste : Kvalitet og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : Floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Beach, C., Croskerry, P. & Shapiro, M. (2003). Profiles in patient safety: Emergency care transitions. *Acad. Emerg. Med.*, 10(4), 364-367.
- Berg, J. E., Eikeseth, P. H., Johnsen, E. & Restan, A. (2007). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertervig forl.
- Berwick, D. M. (2009). What 'patient-centered' should mean: Confessions of an extremist. *Health affairs (Project Hope)*, 28(4), w555.
- Borg, M. (2007). The nature of recovery as lived in everyday life : Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems, *2007:110*.
- Borg, M., Jensen, P., Topor, A. & Andersen, A. J., W. (2011). Recovery med nordisk blikk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(04), 290-292.

- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapssammenstilling. *Trondheim: NAPHA*.
- Coleman, R. (2007). *Recovery : Et nyt perspektiv i psykiatrien*. Søborg: Psyko Vision.
- Coulter, A. (2011). *Engaging patients in healthcare*: McGraw-Hill Education (UK).
- Dahl, K. (2007). Vatne s. Mangel på pasientperspektiv. *Tidsskriftet Sykepleien*, 18, 70-72.
- Danbolt, L. L., Lien, L. & Kjøsberg, K. (2010). Hjelp når du trenger det – en kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykisk helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(03), 238-245.
- Davidson, L., O'connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., Evans, A. C., Kenkel, M. B., . . . Levant, R. F. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487.
- Deegan, P. E., Anthony, W. A. & Wolkon, G. H. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Drach-Zahavy, A. & Shilman, O. (2015). Patients' participation during a nursing handover: The role of handover characteristics and patients' personal traits. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 136-147.
- Dyrstad, D. N. (2015). Tiltak for økt pasientinvolvering. Oslo: Universitetsforl., cop. 2015.
- Dyrstad, D. N., Testad, I., Aase, K. & Storm, M. (2015). A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition, Technology & Work*, 17(1), 15-34.
- Ekeland, T.-J. & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering : - reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.

- Elo, S. & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *J. Adv. Nurs.*, 62(1), 107-115.
- Flink, M. (2014). Patients' position in care transitions : An analysis of patient participation and patient-centeredness.
- Flink, M., Bergenbrant Glas, S., Airosa, F., Öhlén, G., Barach, P., Hansagi, H., . . . Olsson, M. (2015). Patient-centered handovers between hospital and primary health care: An assessment of medical records. *International Journal of Medical Informatics*.
- Flink, M., Öhlén, G., Hansagi, H., Barach, P. & Olsson, M. (2012). Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care—a qualitative study of patient perspectives. *BMJ quality & safety*, 21(Suppl 1), i76-i83.
- Frampton, S. B., Wahl, C. & Cappiello, G. (2010). Putting patients first: Partnering with patients' families. *AJN The American Journal of Nursing*, 110(7), 53-56.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* ([3. prøveutg.]. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ. Today*, 24(2), 105-112.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C. E. & Mckendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *Br. Med. J.*, 327(7425), 1219-1221.
- Hanssen, H. & Humerfelt, K. (2010). *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforl.

- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A. & Sommerseth, R. (2010). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. Bergen: Fagbokforl., cop. 2010.
- Hartveit, M., Biringer, E., Aarre, T., Vanhaecht, K. & Aslaksen, A. (2012). Mangler i henvisninger og epikriser i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(03), 218-225.
- Hartveit, M., Thorsen, O., Biringer, E., Vanhaecht, K., Carlsen, B. & Aslaksen, A. (2013). Recommended content of referral letters from general practitioners to specialised mental health care: A qualitative multi-perspective study. *BMC Health Serv. Res.*, 13.
- Helsedirektoratet, S.-O. (2005). ...Og bedre skal det bli. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. . Oslo: Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>.
- Helsedirektoratet, S.-O. (2006). *Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Veileder is-1388*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/is-1388-veileder-psykisk-helsevern-for-v/id444286/>.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov av 02.Juli 1999 om helsepersonell m.V* Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
- Hickey, G. & Kipping, C. (1998). Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *J. Clin. Nurs.*, 7(1), 83-88.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv : Honnørord med lavt presisjonsnivå. Oslo: Universitetsforl., c2005.

- Humerfelt, K. (2010). Et faglig skjønn forutsetter anerkjennelse av brukerne. Bergen: Fagbokforl., cop. 2010.
- Hummelvoll, J. K. & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hunt, G. E., Marsden, R. & O'connor, N. (2012). Clinical handover in acute psychiatric and community mental health settings. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19(4), 310-318.
- Instefjord, H., Aasekjær, K., Espehaug, B. & Graverholt, B. (2014). Assessment of quality in psychiatric nursing documentation - a clinical audit. *BMC Nursing*, 13(1).
- Institute of Medicine, S., Committee on Quality of Health Care in, America. (2001). *Crossing the quality chasm : A new health system for the 21st century*. Washington: Washington, DC, USA: National Academies Press.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid : Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjellevoll, A. (2010). Pårørendeinvolvering i helsetjenesten : Rettsanvendelsesskjønn og faglig skjønn. Bergen: Fagbokforl., cop. 2010.
- Kleiman, S. (2009). *Human centered nursing : The foundation of quality care*. Philadelphia, Pa: F.A. Davis.
- Kunnskapssenter, N. (2014). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern. Resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014*.



*Pasopp-rapport nr. 9–2014*. napha.no: Lastet ned fra

[http://napha.no/multimedia/5388/Pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern\\_2014.pdf](http://napha.no/multimedia/5388/Pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern_2014.pdf).

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Leploge, A., Cammelli, M., Lefevre, C., Gzil, F., Pachoud, B. & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1555-1565.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : En innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110.

Mehlum, L. (2001). Hvordan vurderer vi selvmordsrisiko? *Suicidologi*, 6(2).

Melberg, H. O. & Kjekshus, L. E. (2012). *Fremtidens helse-norge*. Bergen: Fagbokforl.

Meld. St. 10. (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester — kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?docId=STM201220130010000DDDEPIS&ch=1&q=st%20meld%2010&redir=true&ref=search&term=st%20meld%2010>.

Meld. St. 16. (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>.

Molven, O. (2012). *Helse og jus* (vol. 7. utgave): Gyldendal Norsk Forlag.

- Normann, T., Sandvin, J. T. & Thommesen, H. (2013). *Om rehabilitering : Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset* (3. utg. utg.). Oslo: Kommuneforl.
- Nou 2005: 3. (2005). *Fra stykkevis til helt — en sammenhengende helsetjeneste* Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/>.
- Olsson, H., Sörensen, S. & Bureid, G. (2003). *Forskningsprosessen : Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- Og Brukerrettighetsloven. (1999). *Lov av 02.Juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter* Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+bruker>.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Psykisk Helsevernforordningen. (1999). *Forskrift av 02.Juli 1999 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.M. .* Lastet ned fra [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1258#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1258#KAPITTEL_3).
- Psykisk Helsevernlov. (1999). *Lov av 02. Juli 1999 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=lov+om+psykisk+helsevern>.
- Riksrevisjonen. (2008). Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til vaksne med psykiske problem Vol. nr. 3:5 (2008-2009).
- Scherman, M. H. & Runesson, U. (2009). *Den lärande patienten*. Lund: Studentlitteratur.
- Schibevaag, L., Kristin, L. A. & Aase, K. (2015). *Pasientsikkerhet : Teori og praksis*. I K. Aase (red.), (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice : Margrit schreier*. London: SAGE.
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S., Maizels, D. & Engell, S. (2010). *Psykatrieboken : Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Spesialisthelsetjensteloven. (1999). *Lov av 02. Juli 1999 om spesialisthelsetjenesten*  
m.M Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesten>.
- St. Meld. Nr 25. (1996-1997). *Åpenhet og helhet — om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.*: Lastet ned fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25\\_1996-97/id191086/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/).
- St.Meld. Nr 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen - rett behandling -på rett sted - til rett tid*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=2>.
- Statens Helsetilsyn. (2010). *Distriktpsikiatriske tenester, likeverdige tilbud? : Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetenester ved distriktpsikiatriske senter Vol. 3/2010*.
- Storm, M. & Davidson, L. (2010). Inpatients' and providers' experiences with user involvement in inpatient care. *Psychiatric Quarterly*, 81(2), 111-125.
- Storm, M. & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: Intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313-327.
- Storm, M., Rennesund, Å. B., Jensen, M. F. & Mikkelsen, A. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K., Dyrstad, D. N. & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International journal of integrated care*, 14.

- Storm, M. & Wiig, S. (2015). Pasientperspektivet og sikkerhet. Oslo: Universitetsforl., cop. 2015.
- Syse, A. (2014). Norges lover : Lovsamling for helse- og sosialsektoren. *Lovsamling for helse- og sosialsektoren*.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : En innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thomas, M. J. W., Schultz, T. J., Hannaford, N. & Runciman, W. B. (2013). Failures in transition: Learning from incidents relating to clinical handover in acute care. *Journal for Healthcare Quality*, 35(3), 49-56.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vincent, C. A. & Coulter, A. (2002). Patient safety: What about the patient? *Quality and Safety in Health Care*, 11(1), 76.
- Volden, O. (2004). Vi sier farvel til «den psykiatriske pasienten». Et brukerperspektiv på psykisk helse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(01), 43-54.
- Waters, A., Sands, N., Keppich-Arnold, S. & Henderson, K. (2015). Handover of patient information from the crisis assessment and treatment team to the inpatient psychiatric unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 193-202.
- Westerlund, H. (2012). Mer enn bare ord? : Ord og begreper i psykisk helsearbeid Vol. 2012:4. Lastet ned fra <http://www.napha.no/content/13259/Mer-enn-bare-ord>
- Wilken, J. P. (2007). Understanding recovery from psychosis ; a growing body of knowledge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.

- Willumsen, E. (2005). *Brukernes medvirkning! : Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforl.
- Wright, N., Rowley, E., Chopra, A., Gregoriou, K. & Waring, J. (2015). From admission to discharge in mental health services: A qualitative analysis of service user involvement. *Health Expectations*.
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(02), 111-119.

## Vedlegg 1

### Veiledningsavtale for masteroppgave i helsevitenskap

Det gis inntil 15 timer individuell veiledning.

<b>Studentopplysninger</b>	
Navn: Bente Hamre Larsen	Postnummer og sted: 4355 Kvernaland
Opptaksår: 2014	
<b>Oppgave</b>	
Foreløpig tittel på masteroppgaven: «Pasientperspektiv i innleggelsesskriv for akutt psykisk helsehjelp»	
<b>Veileder</b>	
Navn: Marianne Storm, førsteamanuensis ved UIS	Postnummer og sted:
<b>Eventuell biveileder</b>	
Navn:	Postnummer og sted:
Adresse:	
Telefonnummer, privat / mobil / arbeid:	E-postadresse:

## Vedlegg 2

Oppdrag fra psykiatrisk institusjon i Sør-Norge

Bente Hamre Larsen

Vår ref: "[Ref]"

14. desember 2015

Vedr. kvalitetsprosjekt

Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget er opptatt av å styrke brukermedvirkning i alle ledd av behandlingen. Vi er også kjent med at du i ditt mastergradsstudium er opptatt av brukermedvirkning og ønsker å skrive en masteroppgave innen dette feltet ved å kartlegge i hvor stor brukerstemmen blir hørt i forbindelse med innleggelse i psykiatrisk institusjon, kfr. ditt prosjekt «Pasientperspektiv i skriftlige pasientoverføringer i det psykiske helsefeltet». Vår psykiatriske institusjon ønsker at denne undersøkelsen gjøres som ledd i vårt interne kvalitetssikringsarbeid. Vi vil derfor legge til rette for at du får tilgang til nødvendige dokumenter, jfr. Helsepersonelloven §26. Følgende betingelser vil gjelde:

- Du vil få utlevert de beskrevne dokument i anonymisert form
- Du har ansvar for at dokumentene oppbevares i avlåst skap
- Dokumentene skal makuleres forsvarlig snarest mulig, seinest ved innlevering av oppgaven
- Den ferdige masteroppgave skal gjennomleses og godkjennes av journalansvarlig før publisering mhp. ivaretagelse av taushetsplikt

## Vedlegg 3

### **Guide til analyse av innleggelsesskriv**

Analyseguiden er delt inn i fire ulike kategorier for å få svar på hvordan pasientperspektivet kommer til syne i de ulike dokumentene knyttet til innleggelse ved akuttavdeling på DPS.

#### **Pasientens bakgrunn**

- Er det en førstegangsinleggelse eller har pasient erfaringer med tidligere innleggelser?
- Hvordan beskriver pasienten sin psykiske helse før innleggelse?
- Beskrives ulike aspekter ved pasientens liv? (Oppvekst, familie, bosted, barn, verdier, arbeid, økonomi, rus, aktivitet, interesser og sosial støtte).
- Hvilken oppfølging/hjelpetiltak har pasienten fra kommunen og spesialisthelsetjenesten?

#### **Helsevurdering**

- Hva er årsaken til at det søkes om behandling i spesialisthelsetjenesten, og hvordan beskriver pasienten sin situasjon her og nå?
- Undersøkes pasientens somatiske helse, og forteller pasienten noe om dette?
- Utføres en suicidalvurdering?

#### **Involvering i beslutninger om behandling**

- Får pasienten informasjon og valgmulighet om tilgjengelige behandlingsmuligheter?
- Hvordan kommer pasientens ønsker i forhold til medikamentell/ikke medikamentell behandling frem?
- Belyser dokumentene hva som er pasientens behov, forventninger, ønsker og mål for innleggelsen/behandling? Blir dette i møtekommt og respektert?
- Oppnås felles forståelse mellom pasient og helsepersonell?
- Involveres pårørende i pasientens situasjon?