# I den gode sags tjeneste

- *kvalitativt studie om sygeplejerskers holdninger til antipsykotika i behandlingen af mennesker med skizofrene lidelser*

Universitetet i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet, UiS

Master i rus- og psykisk helsearbeid

Student: Cilla Hansigne Hansen

Vejleder: Kari Vevatne, førsteamanuensis

Dato: 02.06.2020

Antal ord: 19.085

”*Sådanne relativt almindelige iatrogene skader er et problem, der i sig selv burde være tilstrækkeligt til at få os til at søge efter mulige alternativer til antipsykotika*” (Cullberg, 1987)

## Forord

Denne opgave har givet mig mange ting. Jeg har udvidet mine personlige egenskaber når det kommer til tålmodighed og arbejdsomhed, og jeg har fået en viden om mine sygeplejekollegaers holdninger til antipsykotika. I tillæg har opgaven givet mig mange grå hår, som jeg gerne ville have været foruden.

Jeg vil gerne give en stor tak til min vejleder Kari Vevatne for hendes inspiration og deling af kundskaber. Tak for mange gode og spændende samtaler.

En speciel tak til alle informanterne. Tak fordi I ville dele jeres holdninger og erfaringer med mig. Uden jer havde dette projekt ikke været muligt.

En stor og hjertevarm tak til min kæreste Rune, mine forældre og min veninde Tine. Tak fordi I har støttet, hjulpet og motiveret mig til at fortsætte med opgaven. Tak fordi I er præcis, som I er.

En stor tak til min arbejdsplads, som har vist forståelse og tilrettelagt arbejdsplaner efter mine konstante ture mellem Danmark og Norge. Uden jer som arbejdsplads, havde jeg aldrig haft muligheden for at kunne gennemføre dette studie.

Cilla Hansigne Hansen

Stavanger, sommer 2020

# Indholdsfortegnelse

Sammendrag ..... 6
1.0 indledning ..... 7
1.1 Baggrund for valg af tema ..... 7
1.2 Dataindsamling ..... 8
1.3 Tidligere forskning ..... 9
1.3 Studiets formål ..... 10
1.5 Problemstilling ..... 10
1.6 Begrebsafklaring ..... 10
1.6.1 Skizofrene lidelser ..... 10
1.6.2 Antipsykotika ..... 11
1.7 Afgræsninger ..... 11
2.0 Teori ..... 12
2.1 Forståelse af holdninger ..... 12
2.1.1 Holdninger ..... 12
2.1.2 Medikalisering af psykiske lidelser ..... 14
2.2 Kari Martinsen – se med hjertets øje og sygeplejersken mellem solidaritet og kærlighed ..... 16
2.2.1 At se med hjertets øje ..... 16
2.2.2 Sygeplejersken mellem solidaritet og kærlighed ..... 19
3.0 Metode ..... 20
3.1 Kvalitativt forskningsinterview ..... 20
3.2 Hermeneutiks tilnærming ..... 21
3.3 Forskerens forforståelse ..... 22
3.4 Udvalg ..... 23
3.4.1 Rekruttering af informanter ..... 24
3.5 Interviewproces ..... 24
3.6 Analytisk proces ..... 25
3.6.1 Transskribering ..... 25
3.6.2 Analysemetode ..... 26
3.6.3 Beskrivelse af analyseproces ..... 27
3.7 Masteropgavens kvalitet ..... 27
3.7.1 Reliabilitet og validitet ..... 27
3.7.2 Forskningsetiske vurderinger ..... 28
4.0 Præsentation af fund ..... 30
4.1 Ambivalens til antipsykotisk behandling ..... 30

4.1.2 Antipsykotika er essentiel ..... 30
4.1.3 Antipsykotika skal suppleres med andre miljøterapuetiske tiltag ..... 32
4.1.4 Usikkerhed omkring antipsykotisk behandling ..... 32
4.2 Sygeplejersken i forskellige roller ..... 37
4.2.1 Sygeplejersken i den medmenneskelige rolle ..... 37
4.2.2 Sygeplejerskens rolle i den antipsykotiske behandling ..... 38
4.2.3 Sygeplejersken i den omsorgsfulde, paternalistiske rolle ..... 39
4.3 Håb om en anden psykiatrisk sygepleje ..... 45
4.3.1 Mindre medicin og mere miljøterapi ..... 46
4.3.2 Miljøterapi kræver flere ressourcer ..... 46
5.0 Diskussion ..... 48
5.1 Studiets metode og metodekritik ..... 56
5.2 Implikationer for videre forskning ..... 57
5.3 Studiets betydning for praksis ..... 58
6.0 Konklusion ..... 58
7.0 Litteraturliste ..... 60
8.0 Tabeller og figurer ..... 63
Bilag 1 ..... 63
Bilag 2 ..... 65
Bilag 3 ..... 66
Bilag 4 ..... 66

## Sammendrag

Studiet undersøger sygeplejerskers holdninger til antipsykotika. Hensigten og målet er at undersøge hvilken rolle, de har i den medicinske psykiatriske behandling, og hvilke holdninger de arbejder ud fra. Det teoretiske perspektiv inkluderer da Silvas beskrivelse af holdninger ud fra den normative etik og Kari Martinsens teori om øjet og kaldet samt solidaritet. Dataindsamlingen foregik via et kvalitativt semistruktureret interview med seks sygeplejersker. Analysen blev gennemført med en hermeneutisk kvalitativ indholdsanalyse. Tre temaer opstod i data: 1) Ambivalente holdninger til antipsykotisk behandling. 2) Sygeplejerskens forskellige roller. 3) Håb om en anden psykiatrisk sygepleje. Fundene viser, at sygeplejerskerne har ambivalente tanker om antipsykotika, hvor de ser de positive virkninger af medikamenterne og mener, at de er vigtige, samtidigt som det bekymrer dem, at medikamenterne kan skade patienterne. I den medicinske behandling havde sygeplejerskerne flere forskellige roller, både som den udøvende i forhold til den medicinske behandling, den omsorgsfulde og som den paternalistiske. Afslutningsvist udtrykker sygeplejerskerne et ønske om en fremtidig psykiatrisk behandling med mindre antipsykotika og mere miljøterapi.

Studiet konkluderer, at sygeplejerskerne har ambivalente holdninger til brugen af antipsykotika i behandlingen af patienter med skizofreni. Denne ambivalens bygger på flere forskellige faktorer.

# 1.0 indledning

## 1.1 Baggrund for valg af tema

Antipsykotica blev introduceret til psykiatrien i 1950erne, hvor det blev anset som meget virksomme og effektive midler til at reducere symptomer på skizofreni. Der opstod tanker om at skizofreni var en biologisk sygdom, hvilket udsprang af tanker og påvirkning af den medicinske model. Den medicinske model bygger på at alt kan observeres, måles og standardiseres og som dannede rammen for diagnosering af psykiske lidelser. Med det opstod der tanker om at psykiske lidelser stammer fra neurologiske sygdomme, som kan afhjælpes med medicin. Den medicinske model har i dag en stor indflydelse på den behandling patienter med skizofreni møder i dag, særligt når ressourcerne er sparsomme (Buus, 2009, s. 26). Det kan tyde på, at den medicinske behandling har en grundlæggende indflydelse i selve arbejdet med patienterne og organiseringen af psykiatrien. Med den store indflydelse på psykiatrien, kan det være vanskeligt at lave forandringer i den psykiatriske behandling (Buus, 2009, s. 26).

I den seneste årrække er der kommet mere fokus på kritik af antipsykotika, som udspringer fra både fagfolk og brugerorganisationer. Nogle af de store kritikere til antipsykotika i Skandinavien er blandt andet Trond Aarre og Peter Gøtzsche. Trond Aarre udgav i 2018 ”*En mindre medisinsk psykiatri*”, hvor han netop kritiserer den medicinske model, hvor der er for meget fokus på at se psykiske lidelser som en biologisk sygdom, fremfor at se det som en normal reaktion på et levet liv. Aarre fortæller om problematikken ved fokusering af effektivitet og standardisering indenfor psykiatrien, fremfor at se mennesket i en større helhed. I tillæg til, beskriver han at den medicinske behandling af psykiske lidelser har slået fejl, hvilket Gøtzsche også er meget inde på. I 2015 udgav Gøtzsche bogen: ”*Dødelig psykiatri og organisert fornektelse*”. Gøtzsche kritiserer antipsykotika og henviser til medicinalindustriens enorme magt i den psykiatriske behandling, og at antipsykotikas positive virkninger bygger på dårlig evidens. Gøtzsche mener, at antipsykotika er en katastrofe i den psykiatriske behandling, da det blandt andet forårsager dødsfald, varige neurologiske skader og hjertekar problemer, samtidigt som medicinen ikke hjælper patienten i sin lidelse.

Det er ikke blot fagfolk der kritiserer brugen af antipsykotica. I 2015 gik helse- og omsorgsmininster Bent Høie ind i debatten og sagde:

”*Mange pasienter innen psykisk helsevern ønsker ikke behandling med medisiner. Det må vi lytte til og ta på alvor. Ingen skal tvinges til å ta medisiner så lenge det finnes andre måter å gi nødvendig omsorg og behandling på. Jeg synes etableringen av medikamentfri behandling går for sakte, og har derfor bedt alle de regionale helseforetakene om å ha etablert dette tilbudet innen 1. juni 2016*” (Høie, 2015).

Med denne udtalelse forlanger Høie at psykisk helseværn skal revurdere sig selv og sin praksis, og tilbyde patienterne andre behandlingsmuligheder. At ændre i praksis er ikke uproblematisk. Hans udtalelse satte gang i mange debatter og blev mødt med meget kritik af fagfolk, som var bekymret for patienternes psykiske tilstand med medicinfrie behandlingsalternativer. Samtidig gjorde Høies udtalelse også at patienter og pårørende endelig følte sig hørt.

Som beskrevet tidligere har den medicinske behandling en stor indflydelse i psykiatrien og i hele måden patienterne bliver behandlet. Det gør at medicin har en grundlæggende betydning i sygeplejerskernes arbejdsroller og i den sammenhæng er det relevant at undersøge sygeplejerskernes holdninger til antipsykotika.

## 1.2 Dataindsamling

I en litteraturgennemgang finder forskeren tidligere viden om et bestemt tema. Man kan blandt andet starte med at lave en tilfældig søgning på Google, som kan give et hurtigt overblik over, om der eksisterer viden om temaet (Bell & Waters, 2014). Jeg startede med at lave en tilfældig søgning på Google om holdninger til antipsykotika og fandt ud af, at der ikke findes meget viden om sygeplejerskernes holdninger. Derimod findes der en del tidsskriftartikler fra læger, psykologer og forskere, der kommenterer deres holdninger.

For at få en mere dybdegående litteratursøgning, måtte jeg anvende faglige databaser. Jeg valgte at anvende fem forskellige databaser for at sikre en bred søgning. Inkluderede databaser er: Academic Search Premier, APA psycNet, British nursing index, Cinahl og Psycinfo. Der blev inkluderet flere synonymer, og de er som følgende:

- Belief OR idea OR judgment OR thought OR view OR opinion OR impression
- Nurse OR health professional OR caregiver OR health care provider OR caretaker

- Antipsychotic OR antipsychotic medicine OR antipsychotic drugs
- Schizofrenia OR schizofrenic OR schizophren

Søgeordene er brugt i forskellige kombinationer. Søgningen på databaserne gav i alt 212 træf, hvoraf størstedelen omhandlede geriatriens anvendelse af antipsykotika. En gennemgang af overskrifterne reducerede antallet til 15 artikler. Gennemlæsning af abstracts ledte til en aktuel artikel: ”Health professionals’ attitudes to depot injection antipsychotic medication: a systematic review”.

## 1.3 Tidligere forskning

I artiklen “Health professionals’ attitudes to depot injection antipsychotic medication: a systematic review” har forskere undersøgt sundhedsfaglige personers holdninger til antipsykotisk depotinjektion (Besenius, Clark-Carter & Nolan, 2010). Efter et systematisk review blev 8 artikler inkluderet. På grund af manglende data blev der inddraget forskellige faggrupper. Forskerne beskriver, at der er meget lidt forskning om temaet, og artiklerne som de har valgt at inkludere, er udarbejdet ved brug af forskellige metoder og er af varierende akademisk kvalitet (Besenius et al., 2010, s. 454). Forskerne beskriver, at de 8 studier ikke overordnet er generaliserbare, men de fandt enkelte sammenligninger. Fællesnævnerne for sundhedspersonalet er, at de anser depotmedicin som gammeldags, stigmatiserende, forbinder det med mange bivirkninger, samtidigt som det øger compliance og forebygger relapse (Besenius et al., 2010, s. 459). Artiklen inddrager et enkelt studie, som specifikt henviser til sygeplejerskernes holdninger til antipsykotisk depotmedicin. Her beskriver forskerne, at det er et paradoks, at sygeplejerskerne føler, at depotmedicin hæmmer patientens autonomi. De anser det som et tvangsindgreb, samtidig som det er sygeplejerskerne selv, der giver depotmedicinen (Besenius et al., 2010, s. 459). Sygeplejerskerne beskriver også, at de føler, at de skal påvirke og overtale patienterne til at tage imod depotmedicinen, når patienterne er i tvivl om, hvorvidt de ønsker denne (Besenius et al., 2010, s. 459). Nogle sygeplejersker beskriver, at de føler en form for magtesløshed i forbindelse med depotinjektion. De føler sig ikke inkluderede i ordinationen af medicinen og føler, at de er nødt give medicinen (Besenius et al., 2010, s. 460). Artiklen afrunder reviewet med at beskrive, at der eksisterer forskellige holdninger til antipsykotisk depotinjektion. Forskerne konkluderer, at der er behov for yderligere

forskning på temaet for at afdække de forskellige faggruppers holdninger (Besenius et al., 2010, s. 460).

Andre relevante artikler om holdninger til antipsykotika inkluderer psykiatere, psykologer, plejepersonale, nære familiemedlemmer, socialrådgivere med mere. Det er derfor vanskeligt at adskille sygeplejerskernes holdninger fra andre faggruppers og familiemedlemmers holdninger. Det har derfor ikke været muligt at anvende andre artikler, da disse ikke blot inkluderer sygeplejerskernes holdninger, hvilket er fokusområdet for denne opgave.

## 1.3 Studiets formål

Undersøgelsens formål er at få indsigt i sygeplejerskers holdninger til antipsykotika og få et indblik i deres roller i den medicinske behandling af patienter med skizofreni.

## 1.5 Problemstilling

Hvilke holdninger har sygeplejersker til antipsykotika i behandlingen af mennesker med skizofreni lidelser?

## 1.6 Begrebsafklaring

Nedenstående begreber defineres for at sikre, at læser og forsker har en fælles forståelse for de enkelte begreber. Dette gøres for at mindske risikoen for misforståelser.

### 1.6.1 Skizofrene lidelser

Skizofrene lidelser er de mest alvorlige inden for psykoselidelser. Ordet skizofreni stammer fra græsk og oversættes til ”fragmenteret sind” (Helsedirektoratet, 2013, s. 133). Ordet blev taget i brug i 1911 for at beskrive et menneske, som oplever en opløsning af sine mentale processer. Begrebet skizofreni er omfattende og indeholder flere undergrupper af diagnoser. Det kan være en kronisk lidelse. Det er en samling af forskellige symptomer, og i Norge anvendes diagnosesystemet ICD-10 til at vurdere symptomatologien. Symptomerne skal have været til stede i mindst en måned, før en skizofrenidiagnose kan fastsættes. Ved skizofreni oplever patienten uforklarlige forestillinger, selvhenføringsideer, tankeoverførelser, tanketyveri, stemmehøring, desorganisering, hallucinationer m.fl. (Helsedirektoratet, 2013, s. 133).

### 1.6.2 Antipsykotika

I de nationale retningslinjer for udredning, behandling og opfølgning af personer med psykoselidelser bliver antipsykotika beskrevet som en behandlingsform med dokumenteret effekt (Helsedirektoratet, 2013, s. 75). I dette afsnit vil jeg kort beskrive antipsykotikas virkninger.

Antipsykotika reducerer skizofrenisymptomer og gør det muligt for patienten at bruge sine evner og ressourcer til at få udbytte af andre behandlingsalternativer og dermed øge chancen for at klare sig bedre (Helsedirektoratet, 2013, s. 75). Antipsykotika skal som hovedregel gives med patientens samtykke, men hvis patienten opfylder kravene til tvunget psykisk helseværn, kan antipsykotika gives imod patientens samtykke.

Der findes to grupper af antipsykotika: første- og andengenerations antipsykotika. Alle medikamenterne virker ved, at de blokerer D2-receptorerne i hjernen. Forskellene i medikamenterne ses ved den totale virknings- og bivirkningsprofil af receptorerne i hjernen (Helsedirektoratet, 2013, s. 77). Når et lægemiddel påvirker en receptor, leder det til ændringer i hjernens funktion. Vi kan se umiddelbare ændringer hos patienten, som omtales som hurtig respons på medikamentet. Samtidig igangsætter medikamentet også en kædereaktion i nervecellerne. Der kan opstå ændringer i måden, generne bliver aflæst på og dermed, hvordan proteiner produceres. Processen kan give langvarige og strukturelle ændringer i nervecellerne, også kaldet langsom respons på medikamentet. Der er almindelige bivirkninger relateret til blokering af D2-receptorerne. Det er blandt andet ukontrollerbare kramper, muskulær uro i de store muskelgrupper (akatisi), indre uro, muskulær stivhed og rystelser. D2-blokaden giver også forhøjet prolaktin, hvilket giver øget mælkesekretion hos begge køn, menstruationsproblemer hos kvinder samt potensproblemer hos mænd. D2-blokaden resulterer i en blokering af de mesokortikale baner i hjernen, hvilket kan give patienten manglende motivation. Dette kan desværre tolkes og forveksles med de negative symptomer som findes ved skizofreni (Helsedirektoratet, 2013, s. 79). I tillæg oplever patienter mundtørhed, forstoppelse, vægtøgning samt de komplikationer som overvægt medfører, m.fl. (Helsedirektoratet, 2013, s. 79).

## 1.7 Afgræsninger

Undersøgelsen afgrænser sig til at undersøge sygeplejerskernes holdninger. Selvom andre faggrupper inden for den psykiatriske behandling kunne have været aktuelle at inddrage,

valgte jeg at afgrænse mig til sygeplejersker for at konkretisere studiet. Studiet vil ikke undersøge sygeplejerskens medicinadministration af antipsykotika.

# 2.0 Teori

## 2.1 Forståelse af holdninger

### 2.1.1 Holdninger

Når sygeplejersken står overfor problemer eller dilemmaer af etisk karakter, er det vigtigt, at denne får reflekteret over sine oplevelser for at skabe en mening og forståelse. For at hjælpe sygeplejersken med reflektionsprocessen eksisterer der fire grundlæggende etiske teorier:

- Pligtetik: sygeplejersken handler ud fra bestemte moralske pligter og principper. Det handler ikke om, hvorvidt handlingen er etisk retfærdig, men om at sygeplejersken handler ud fra en pligtfølelse overfor de moralske gyldige principper.
- Konsekvensetik: sygeplejersken handler ud fra, om konsekvenserne er mest nyttige for flest mulige og tager afstand til, om selve handlingen er umoralsk.
- Dydsetik: her er der ikke fokus på selve handlingen eller konsekvenserne. Fokus er på personen, der handler og om denne har gode moralske karakteregenskaber.
- Omsorgsetik: koncentrerer sig om at vi mennesker lever i et fællesskab, hvor man sammen finder den moralske handling (Jensen, Andersen & Buss, 2009, s. 108-113).

For at reflektere over sygeplejerskernes oplevelser, vil forståelsen af holdninger tage udgangspunkt i dydsetik og normativ etik. Normativ etik er en del af filosofien om etiske værdier, normer, regler og principper (da Silva, 2012, s. 134). Hensigten med normativ etik er blandt andet at undersøge, hvad der gør en handling korrekt, og hvad der er etisk og moralsk ret og uret. Det vil sige den etiske pligt, ansvaret og rettighederne over for os selv og andre. Normativ etik fremhæver vores idealer og normer for at forklare vores adfærd og handlinger (da Silva, 2012, s. 134). Normativ etik bruges, når der skal løses interessekonflikter mellem forskellige parter, og den undersøger hvilke moralske holdninger, der ligger til grund for vores handlinger (Norheim, 2012, s. 241). Holdninger

kan beskrives som: ”*En relativt varig organisering av antakelser/tro vedrørende objekter og situasjoner, og innebærer en predisposisjon for handling*” (Norheim, 2012, s. 241). Det vil sige, at holdninger er drivkraften for vores handlinger. Eftersom holdninger viser et relativt ens adfærdsmønster omkring fænomenet/objektet, kan det illustrere menneskets egenskaber, dvs. moralske dyder (Norheim, 2012, s. 241). Disse egenskaber kan komme til udtryk som:

- Kundskaber om fænomenet/objektet
- Følelser omkring fænomenet/objektet
- Adfærden omkring fænomenet/objektet

Dette syn på holdninger illustrerer, at holdninger dannes af flere forskellige, komplekse elementer, også kaldet for trekomponentsmodellen (Norheim, 2012, s. 241). Asheim beskriver, at holdninger er moralske dyder og henviser til dydsetikken. I holdnings- eller dydsetikken er fokusset på det handlende menneske. Den beskriver de egenskaber og holdninger, mennesket må besidde, før menneskets handlinger kan betegnes som moralske (Norheim, 2012, s. 242). Det nytter ikke, at personalet har gode følelser og kundskaber, hvis det ikke kommer til udtryk i en god moralsk handling (Norheim, 2012, s. 243).

Det er samtidig vigtigt at få klarlagt, at vores holdninger bliver præget af de miljøer og grupper, vi er en del af. De eksisterende sociale holdninger i grupper vil påvirke hvert enkelt medlem og få indflydelse på den enkeltes dannelse af subjektive holdninger (Raaheim, 2002, s. 86).

Ifølge Hummelvoll (2006) bygger den gode professionelle holdning til patienten på en intuitiv forståelse af dynamikken mellem nærhed og afstand. Det kræver nænsomhed at forstå, hvor meget støtte patienten har brug for og hvor mange udfordringer, patienten kan tolerere. Denne dynamiske relation mellem nærhed og afstand former formentlig kernen i den professionelle holdning. De holdninger som sygeplejersken bør udføre sine handlinger ud fra er sensitivitet, empati, fagkundskaber, medmenneskelighed, åbenhed, være tilgængelig for patienten. Sygeplejersken skal være målrettet, udholdende og fleksibel. Det er fundamentalt, at sygeplejersken har en lyttende og accepterende holdning, og at hun viser patienten, at sygeplejersken kan stoles på (Hummelvoll, 2006, s. 382). Hummelvoll (2006) beskriver, at den måske mest afgørende holdning, sygeplejerskerne kan have til

patienten, er en tro på patientens muligheder til at mestre sit eget liv på patientens egne præmisser (Hummelvoll, 2006, s. 382).

Selvom sygeplejerskerne er bevidste om gode holdninger til patienten, er det er let at fejle i den psykiatriske sygepleje, hvis man ikke jævnligt reflekterer over sine egne og andres holdninger. Ved manglende refleksioner af holdninger er der risiko for:

- Kategorisering fremfor individualisering
- Opgivelse over at patienten ikke følger behandlingsplanen
- Paternalisme, hvor patienten umyndiggøres og bliver ikke inddraget i beslutninger i eget liv
- Patienten bliver betragtet som selve problemet frem for at betragte patienten som en, der har evner og ønsker om at deltage i behandlingen (Hummelvoll, 2006, s. 382)

For at undgå at sidde fast i selvforstærkende, negative tankemønstre og holdninger, er det vigtigt at betragte patienten ud fra et nyt perspektiv og omfortolke patientens adfærd og samarbejdsmåde til noget positivt. Det handler grundlæggende om, at sygeplejerskens holdning til patienten skal være, at det er et menneske, som er i problemer og som skal lyttes til (Hummelvoll, 2006, s. 383).

Holdninger til antipsykotika er meget nuancerede, og fagfolk diskuterer det etisk forsvarlige ved at påføre patienter skadelige bivirkninger, men langt de fleste fagfolk har en positiv holdning til antipsykotika (Hummelvoll, 2006, s. 553). Dette leder os videre til næste afsnit, som handler om medikalisering af sindet.

### 2.1.2 Medikalisering af psykiske lidelser

Da psykofarmaka kom på markedet i 1950'erne, blev det mødt med en stor tiltro og optimisme i behandlingen af psykiske lidelser. Denne optimisme er fortsat en del af holdningerne hos fagpersonale og patienter, selvom vi ved, at medicinen fører til behandlingsskabte plager og sygdomme for patienten (Hummelvoll, 2005, s. 553. Norvoll, 2016, s. 55). Medikaliseringstendensene kendetegnes også ved en overdreven optimisme til psykofarmaka, selvom forskningen ikke altid kan underbygge de positive effekter (Norvoll, 2016, s. 56). Den overdrevne optimisme kan føre til, at patientens medgørlighed til at tage mediciner bliver en indikator for, hvor vellykket en behandling er. Dette fokus

kan også gøre personalet bekymret for patientens psykiske tilstand, når patienten frasiger sig medicinsk behandling (Norvoll, 2016, s. 56). I medikaliseringsdebatten er der kommet flere kritiske udtalelser mod psykofarmaka, hvor det blandt andet er fremhævet, at medikalisering af psykiske lidelser kan genspejle samfundets normer og kontrol af menneskets uønskede tanker, følelser og adfærd (Norvoll, 2016, s. 57). For at forstå hvilke mekanismer der kan ligge til baggrund for den medicinske dominans indenfor psykiatrien, bliver begrebet "paradigme" introduceret, med inspiration fra Thomas Kuhn. Et paradigme er en forståelsesramme som indeholder love, teorier og bestemte handlemønstre, der danner grundlaget for undervisning, formidling, hvordan praksis fungerer samt videre forskning. (Hammer, 2017). Paradigme er en tænkemåde som præger praksis på mange områder. Et paradigme kan på et tidspunkt blive kritiseret, da der opstår fænomener, som ikke stemmer overens med paradigmet, såkaldte anomalier. Anomalier bliver længe overhørt, fortrængt og afvist fordi mange vil vedholde paradigmet og de opfattes intolerante til andres teorier. Dette er vigtigt at belyse, da nye teorier og udvikling standses af de fastsatte paradigmer (Hammer, 2017). At fagpersoner vedholder et bestemt paradigme skyldes at de har en oprigtig tro på og tillid til paradigmet, hvilket vanskeliggør ændringer. Ifølge Kuhn vil et paradigme blive udfordret på et tidspunkt og det vil danne en krise i praksis. Denne krise er dog nødvendig for at skabe en kundskabsudvikling af praksis (Hammer, 2017). Som beskrevet tidligere, er der kommet mere kritik af antipsykotika og man kan reflektere over, om antipsykotika kan stå overfor en potentiel krise i paradigmet.

Den medikamentelle behandling har en stor indflydelse i den psykiatriske sygepleje. Antipsykotika har en betydelig funktion i sygeplejen, og det er ikke uden etiske dilemmaer. Hummelvoll (2006) hævder, at fagligt personale skal spørge sig selv, om det er forsvarligt at påbegynde en antipsykotisk behandling, der kan fjerne ubehagelige psykiske symptomer, velvidende at det kan medføre generende bivirkninger og irreversible alvorlige komplikationer for patienten. Det kræver, at fagpersonalet samvittighedsfuldt vurderer og overvejer de forskellige fordele og ulemper, der er ved en symptomreduktion med antipsykotika (Hummelvoll, 2006, s. 566). Disse vurderinger skal tages med udgangspunkt i patientens bedste, men det er en udfordring at vide, hvad patientens bedste er. Det skyldes, at det er vanskeligt for personalet at sætte sig i patientens sted og vurdere, hvad patientens bedste og ønske er (Hummelvoll, 2006, s. 567). Det er her, sygeplejersken burde

være en talsmand for patientens faktiske og formodede synspunkter omkring antipsykotika (Hummelvoll, 2006, s. 567).

Den hurtige reduktion af symptomer giver et håb for patienten og sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne kan i den sammenhæng udvikle en meget stor tiltro til antipsykotika og dermed ikke anvende de mellemmenneskelige færdigheder de har, når patienten er urolig eller aggressiv. Det kan føre til, at sygeplejerskerne hurtigere lægger op til tvangsmedicineringer, og at patienterne får mere medicin end nødvendigt (Hummelvoll, 2006, s. 569).

## 2.2 Kari Martinsen – se med hjertets øje og sygeplejersken mellem solidaritet og kærlighed

### 2.2.1 At se med hjertets øje

Kari Martinsen (2010) beskriver, at professionalitet handler om at have fagkundskab nok til at se patienten som et menneske (Martinsen, 2010, s. 13). Det vil sige, at fagpersonen ikke reducerer patienten til at adskilt objekt, men ser patienten som et medmenneske (Martinsen, 2010, s. 14). At være professionel betyder også at vove være menneskelig, bruge sine sanser og være åben over for de tilbageholdende følelser, man oplever, og turde at lade dem komme frem (Martinsen, 2010, s. 14). Martinsen (2010) skriver: ”*At se med hjertets øje er at se deltagende opmærksomt, og at dette øje ikke gør nogen forskel samtidig med at det gør en forskel*” (Martinsen, 2010, s. 22). Med hjertets øje henviser hun til vores sjæl, som indeholder vores tanker, følelser, vilje og etiske overbevisning (Martinsen, 2010, s. 22). Og det øje som ikke gør en forskel, men samtidig gør en forskel, er agtelsens eller næstekærlighedens øje (Martinsen, 2010, s. 28). Det handler om, at vi skal se ligeværdigheden, det gode og betydningsfulde i alle mennesker. Vi skal se vores ligheder, samtidig med at vi skal tage vare på vores unikke særpræg som mennesker og stadig se den samme samhørighed i hinanden (Martinsen, 2010, s. 28). Sygeplejersken gør dette ved at se på patienten med fantasi og variation og på den måde give patienten lov til at vise sine særpræg (Martinsen, 2010, s. 30).

At se med hjertets øje kræver, at sygeplejersken bruger sine sanser og sin forståelse. Sanser er, når sygeplejersken lader sig bevæge af patienten, møder patienten åbent og fordomsfrit og lader patienten komme frem (Martinsen, 2010, s. 25). I sansningen prøver sygeplejersken ikke at forstå patienten, men lader alt komme åbent frem og føler patienten. Sansningens modsætning er forståelsen, som skaber afstand til patienten. Forståelsen er

fagligheden og identificerer forskelligheden (Martinsen, 2010, s. 25). Sansning og forståelse er modsætninger, men de er afhængige af hinanden. Sygeplejerskens sansning og forståelse sker i en venlig vekselvirkning mellem hinanden, hvor hensigten er at beskytte og tage vare på livet (Martinsen, 2010, s. 23). Rives disse to fra hinanden, bliver sygeplejersken overvældet af sansningens åbenhed, hvor hun bliver handlingslammet og magtesløs. Uden sansning i en forståelse bliver patienten blot registreret og objektiviseret (Martinsen, 2010, s. 26). At se med hjertets øje vil dermed sige, at sygeplejersken er deltagende opmærksom gennem en vekselvirkning af sin sansning og forståelse (Martinsen, 2010, s. 23), også kaldet for: ”*Det dobbelte øje*”. Det dobbelte øje indebærer også, at sygeplejersken er opfattende og udforskende på samme tid (Martinsen, 2010, s. 27-28). Det opfattende øje er åbent og helt uden forbehold, hvor det udforskende er det faglige øje, som vurderer og eftertænker vores sansende indtryk (Martinsen, 2010, s. 28).

Martinsen beskriver samtidigt, at det er et vanskeligt perspektiv at arbejde ud fra, da der eksisterer en kultur, hvor vi er mere skeptiske til sansning, følelser og nærhed end til distance og kølighed (Martinsen, 2010, s. 14). Dette leder os videre til næste begreb inden for Martinsens teori om hjertets øje.

### *Tvivlens øje*

Martinsen (2010) spørger sig selv, om sygeplejersken kan vise sin medmenneskelighed og se, høre, forstå og opleve patientens forståelse af livet i nutidens sundhedsvæsen (Martinsen, 2010, s. 34). På baggrund af manglende tid og ressourcer, er produktivitet, effektivitet og klassificeringskundskaber kommet i fokus. Klassificeringskundskaber er med til, at vi fokuserer på patienternes fællestræk og afstår fra patienternes særpræg. Når vi ikke længere anerkender og ser patienternes unikke særpræg, opstår tvivlens øje, og vi er ikke længere åbne for den forskelligartede verden, vi befinder os i (Martinsen, 2010, s. 35). Sygeplejersken betvivler patientens fortællinger om bekymringer og utilstrækkelighed, og sygeplejersken overtager situationen uden at se patienten eller anerkende dennes behov. Patienten bliver set på som et betydningsløst objekt uden selvforståelse. Sygeplejersken betvivler sine sanser, og øjet reduceres til et instrument, hvor alt det objektive anses som det troværdige (Martinsen, 2010, s. 35-36). Tvivlens øje tvivler på sygeplejerskens sanser, og i denne usikkerhed fokuserer tvivlens øje på faglige kundskaber og generaliseringer for at undgå den usikkerhed, der er opstået (Martinsen, 2010, s. 36). Det objektive bliver den

bedste måde at tage vare på patientens liv, uden at patienten egentlig er blevet set, hørt eller anerkendt for at være et unikt menneske.

### *Det registrerende øje*

Det registrerende øje bliver ofte forbundet med det moderne sundhedsvæsen (Martinsen, 2010, s. 36). Det registrerende øje kan effektivt og hurtigt systematisere, inddele, klassificere og sætte alt i system. Det kan individualisere og se forskelle, men kun ud fra det, som kan måles og inddeles i allerede fastlagte skemaer lavet af sundhedssystemet (Martinsen, 2010, s. 36). Når man kun har fokus på systemer og inddelinger, og underminerer forskelligheder og retten til at være sig selv, er det et udtryk for en totalitetstænkning i systemet (Martinsen, 2010, s. 37). Totalitetstænkningen gør, at sygeplejersken befinder sig i en tilskuerposition, hvor øjet er reduceret og neutralt. Øjet ser ikke længere de individuelle særpræg, patienterne har, men ser blot lighederne. I det registrerende øje fikseres blikket på det objektive, og åbenheden og det varierede menneskesyn er gået tabt (Martinsen, 2010, s. 39). Målet med dette øje er at udvikle ”se efter-teknikker”, som kan effektivisere behandlingen, hvor den objektivt sorterer og udvælger fænomener, der opstår i mødet med patienten (Martinsen, 2010, s. 41). Sygeplejersken ser patienten uden egentlig at se patienten i hele sin helhed. Dette blik hindrer sygeplejersken i at se patienten som et sansende væsen, samtidigt som det tilbageholder hende i at vise sin egen medmenneskelighed. Patienten, som oplever ikke at blive set, vil i første omgang opleve det smertefuldt, for dernæst at lukke sig inde med sin egen smerte. Patienten vil føle sig udstillet, angrebet og overvundet af et blik, som ikke samarbejder med ham, og som kun leder efter symptomer på sygdom. Patienten vil i dette opleve reduceret livsmod og magtesløshed (Martinsen, 2010, s. 41). I denne sammenhæng får sygeplejersken og patienten kun anledning til at vise enkelte dele af sig selv, og aspekter ved mennesket som grænser, sårbarhed og at mennesket er krænkbart, bliver ekskluderet (Martinsen, 2010, s. 41).

### *Den der har øjne at se med*

I den daglige sygepleje er der brug for at vi ser med hjertets øje og samtidigt det hurtige, registrerende øje. Det er vigtigt, at vi bruger disse to i samhandling, således at det ene øje ikke overtager det andet. Hvis vi sætter det registrerende øje i sansningens tjeneste, er sygeplejerskens magt overfor patienten ikke ødelæggende. I sansningens tjeneste bliver patienten ikke til et objekt, og sygeplejersken har ikke længere magten over patienten

(Martinsen, 2010, s. 43). Men det kræver, at sygeplejersken tør at være åben over for og har tillid til sine sanser og tør at se hele mennesket i patienten (Martinsen, 2010, s. 43). At have denne sansende tilgang til patienter er ikke enkelt i sundhedsvæsenet, da man ikke kan systematisere og måle sig ud af de dilemmaer og etiske konflikter, der opstår i mødet med patienten. Der er ikke et entydigt svar, og der er ikke protokoller og regler, vi kan følge (Martinsen, 2010, s. 43).

### 2.2.2 Sygeplejersken mellem solidaritet og kærlighed

Martinsen (2012) tager udgangspunkt i Løgstrups forståelse af solidaritet, hvor Martinsen beskriver solidaritetens etiske ambivalens i relationen mellem patienten og sygeplejersken. Solidaritet omhandler personers interne afhængighed i det, de er fælles og enige om, hvor de støtter hinanden. Personerne skal anerkende, at de i fællesskabet står sammen, og man har forpligtet sig overfor hinanden i en fælles sammenhæng (Martinsen, 2012, s. 142). Når den ene part svigter denne solidaritet, forråder og efterlader man den anden i stikken, som om man ikke havde et fællesskab tidligere (Martinsen, 2012, s. 142). Martinsen (2012) beskriver, at solidaritet er et komplekst ord, da solidaritet både rummer en livsbekræftende og livsfornægtende holdning, som gør den etisk ambivalent. De to parter kan i den gode fælles sammenhæng være i en livsbekræftende holdning, men blive livsfornægtende hvis deres fælles sammenhæng er ond. Det vil sige, at det livsfornægtende kan ødelægge en livsbekræftende holdning, og det er derfor vigtigt at tage stilling til hvilken solidaritet, sygeplejerskerne støtter op om (Martinsen, 2012, s. 143). Martinsen (2012) sætter spørgsmålstegn ved sygeplejerskens solidaritet. Er solidariteten ved sygehuset, ved afdelingens paradigmer og sociale magt, ved effektiviteten, eller er solidariteten hos patienten? Hvis sygeplejerskens solidaritet er hos afdelingens paradigmer og kultur, og hendes gode intentioner udspringer fra disse, bør der stilles spørgsmålstegn ved, om disse gode intentioner reelt er gode, eller om de bliver livsfornægtende og kommer til udtryk i en sygepleje, der er fastlåst i krav, befalinger og påbud (Martinsen, 2012, s. 143-144). Sygeplejerskens gode intentioner, der udspringer fra afdelingens normer, modvirker at sygeplejerskerne bruger deres faglige skøn til at vurdere det gode og rigtige i forhold til patientens lidelse (Martinsen, 2012, s. 144).

Når patienten og sygeplejerskens fælles sammenhæng ikke er etisk god, er det smertefuldt for begge parter. Dersom solidariteten ikke eksisterer ved patienten, vil patienten opleve ikke at føle sig hørt, sanset eller set. Sygeplejersken vil lide under afdelingens normer og

definition om godhed, og sygeplejersken kan ikke nå ind til patienten. Arbejdsnormerne kan sætte et pres på sygeplejersken og få sygeplejersken til at modarbejde det, hun synes er korrekt for patienten (Martinsen, 2012, s. 144). At stå imod de fastsatte arbejdsnormer kræver mod og at sygeplejersken er klar til at lave en opstand imod de normer, hun selv er underlagt. Det kræver at, sygeplejersken er solidarisk mod patienten og tør at lytte til sig selv (Martinsen, 2012, s. 150). I det solidariske forhold opstår der også en magt, og vi skal spørge os selv, hvad denne magt skal fokusere på. Ifølge Martinsen (2012) skal denne magt fokusere på næstekærligheden og være til tjeneste for patienten, ikke til tjeneste for sundhedsvæsenet, og vi har derfor et ansvar over for patienten. Det vil kræve mod fra sygeplejersken at rette sin magt til at ivaretage patienten og ikke fokusere på sundhedsvæsenets magt over for patienterne (Martinsen, 2012, s. 150-151). Det kræver mod, men det kræver også at sygeplejersken stiller sig i en undrende rolle, hvor hun skal udfordre sig selv til at være sansende og åben over for de indtryk, hun får. Det er i undringen, at vi berøres af konflikter, komplicerede og givende situationer, som gør os opmærksomme på hvad vi skal værne om, kæmpe for og beskytte, for at tage vare på livets sårbarhed i sundhedsvæsenet (Martinsen, 2012, s. 151).

# 3.0 Metode

Dette afsnit omhandler de metodiske overvejelser, som er blevet anvendt. Fokusområder i dette kapitel er design, forskerens forforståelse, udvalg, fremgangsmåde ved dataindsamling, analyseprocesser, validitet og reliabilitet samt forskningsetiske overvejelser.

En kvalitativ tilnærming blev udvalgt, da jeg mener den bedst besvarer problemstillingen. Gennem de kvalitative metoder kan jeg gå i dybden med sygeplejerskernes holdninger og dermed få et alsidigt og indholdsrigt datamateriale til at besvare problemstillingen.

## 3.1 Kvalitativt forskningsinterview

Kvalitative forskningsmetoder bruges, når forskeren vil undersøge og få en indsigtsfuld forståelse i en informants livsverden. Kvalitative studier egner sig, når informanternes oplevelser, synspunkter, selvforståelser, erfaringer og holdninger skal undersøges (Thaagard, 2016, s. 12-13; Kvale & Brinkmann, 2017, s. 42). Det er en forskningsstrategi, der hjælper forskeren til at beskrive, analysere og fortolke fænomener, der opstår i interviewet (Malterud, 2017, s. 30). Anvendelsen af det kvalitative interview gør det også

muligt at undersøge informantens uenighed i bestemte arbejdsprocesser (Buciek, 1996, s. 27). Denne opgave fokuserer på sygeplejerskers subjektive holdninger til antipsykotika, hvilket dermed sammensvarer med at bruge et kvalitativt studie.

Der eksisterer flere interviewformer inden for det kvalitative forskningsinterview. Dette studie tager udgangspunkt i et semistruktureret interview. Formålet med et semistruktureret interview er at indhente beskrivelser af deltagerens livsverden for dernæst at fortolke betydningen af de fænomener, der opstod. I det semistrukturerede interview er der er en interviewguide, med nogle temaer og spørgsmål, der skal indgå i samtalen, som belyser problemstillingen (Brinkmann & Kvale, 2017, s. 156-162). Det semistrukturerede interview tillader fleksibilitet, mulighed for ændring af rækkefølge på spørgsmål og åbenhed under interviewet.

Under interviewet vil der være hovedspørgsmål til sygeplejersken, som er de spørgsmål, der skal besvares for at undersøge målet. Der er plads til opfølgningsspørgsmål, som er spørgsmål til sygeplejerskens spontane udtalelser om fænomener, som opstår og kræver uddybning. I interviewguiden fulgte jeg ”tragt-princippet” (Dalen, 2011, s. 27). Ved ”tragt-princippet” starter interviewet med lette spørgsmål for at gøre informanten komfortabel med situationen. Dernæst kommer de centrale spørgsmål, og det afsluttes med mere generelle spørgsmål (Dalen, 2011, s. 27). Interviewguiden bygger på denne opstillingsmetode med forbehold om ændring af rækkefølgen på spørgsmålene, alt efter hvilke fænomener sygeplejersken fortæller om. Se bilag 1. Der vil være korte pauser mellem spørgsmålene for give mig mulighed til at reflektere over de informationer, sygeplejersken kommer med og for at give sygeplejersken tid til at komme med yderligere kommentarer (Thagaard, 2015, s. 103). Under selve interviewet fravalgte jeg at tage notater. Det skyldes, at der kan opstå en distancering til sygeplejersken, hvis jeg fokuserer på at nedskrive, og jeg kan risikere ikke at få vigtige ting med, der nævnes, og som kræver uddybning (Thagaard, 2015, s. 112).

## 3.2 Hermeneutiks tilnærming

Jeg har valgt at inddrage hermeneutikken som grundlaget i forståelsen af datamaterialet, da man inden for hermeneutikken også er bevidst om forskerens egne fordomme og forforståelse af det pågældende fænomen (Gadamer, 2007, s. 256). Inden for de hermeneutiske tanker kan forskeren ikke møde et fænomen fordomsfrit, da vores forståelse

er skabt af vores egen historie, erfaringer, kultur og sociale baggrund m.m. (Gilje, 2017, s. 135). I og med at jeg har valgt problemstillingen ud fra min egen interesse, har jeg en fremtrædende forforståelse, hvilket kræver at jeg må være bevidst om mine subjektive holdninger. Hermeneutikken har gjort mig bevidst om mine egne fordomme og forforståelse, for at jeg på den måde sikrer at få datamaterialets kerne frem. Som Gadamer beskriver:

> ”*Al fortolkning må beskytte sig imod vilkårlige indfald og mod de begrænsninger, der skyldes upåagtet vanetænkning, og rette blikket ”mod selve sagen”… for det gælder om at holde blikket fæstnet på sagen igennem alle de vildfarelser, som undervejs bestandigt angriber fortolkeren, og som opstår i ham selv”* (Gadamer, 2007, s. 254).

Formålet med at anvende en hermeneutisk tilgang er at få et dybere meningsindhold frem, som er gyldigt og en almen forståelse af sygeplejerskernes udtalelser via en fortolkning. Fortolkningen sker ved, at forskeren veksler mellem at forstå dele af teksten for at opnå en viden om helheden. Med udgangspunkt i at forstå dele af teksten, kan delene sættes op mod en ny fortolkning af helheden. Dette omtales også som den hermeneutiske spiral (Brinkmann & Kvale, 2017, s. 71, 237). På denne kunne der dannes en forståelse af sygeplejerskernes livsverden, som skabte en ny kundskab og satte deres udtalelser i et større perspektiv. De hermeneutiske tanker har også gjort mig bevidst om, at min fortolkning af data ikke er den fulde sandhed. En anden forsker med en anden forforståelse kan tolke dataene på en anden måde og dermed få et andet resultat (Dahlberg, Dahlberg & Nystrom, 2008, s. 275-278). Det er essentielt, at forskeren er bevidst om sine egne fordomme og forforståelse gennem hele processen med opgaven, og at disse bliver fremlagt for læseren i selve opgaven (Dahlberg, Dahlberg & Nystrom, 2008, s. 279), hvilket leder os videre til næste afsnit.

## 3.3 Forskerens forforståelse

Min egen forforståelse i begyndelsen af arbejdet med masterprojektet var med et meget betænkelig syn på antipsykotika ved skizofrene lidelser, og det var netop denne usikkerhed, der blev startskuddet til denne opgave. Jeg var usikker på, om psykiske lidelser kan heles gennem en tablet eller sprøjte. Min forforståelse var, at skizofrene lidelser udspringer fra en kompleks kombination af omsorgssvigt, misbrug, overgreb, stress, stigmatisering m.m., som kan påvirke hjernens biologi og dermed menneskets adfærd og

tanker. Jeg var derfor i udgangspunktet præget af både humanistiske, socialistiske samt biomedicinske tanker. Jeg mente, at antipsykotika kunne dæmpe og undertrykke følelser for patienten med skizofreni. Medicinen kunne gøre det lettere for patienten at bearbejde årsagen til den skizofrene lidelse, som udsprang af ovenstående komplekse kombinationer. Med de øjne var antipsykotika en positiv del af patientens behandling. Samtidig var jeg skeptisk. Patienter oplever virkninger som overvægt, diabetes, hjertekarsygdomme, tremor, insomnia, stigmatisering, psykiske forstyrrelser m.m., som har en negativ indflydelse på patientens selvbillede og patientens vej tilbage til livet. Samtidig oplevede jeg en stor modstand fra patienternes side, når de blev tilbudt eller blev tvunget til at skulle tage antipsykotika. Denne lettere skeptiske holdning til antipsykotika kan muligvis komme til udtryk i opgaven samt i interaktionen med informanterne. Eftersom jeg var opmærksom på dette, har jeg forsøgt at komme med en gennemsigtig, troværdig og loyal gengivelse af informanternes holdninger til antipsykotika uden at min subjektive holdning kommer til udtryk.

## 3.4 Udvalg

Sygeplejersker blev udvalgt på baggrund af, at de er en vigtig medspiller i den overordnede behandling af patienter med skizofreni. Sygeplejersken er ofte i en tæt relation med patienterne, samtidig som de planlægger og udfører behandlingsplaner i samarbejde med læger og psykologer.

Sygeplejerskerne er strategisk udvalgt. Strategisk udvalg er en gruppe af informanter med bestemte egenskaber, der kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s. 57). Det er vigtigt, at informanterne udgør en bred variationsbredde og har en høj informationsstyrke, som giver en høj datamætning om problemstillingen (Malterud, 2017, s. 59). Gennemsnitligt ligger de fleste kvalitative interviews på 15 +/- 10 informanter, men flere faktorer kan spille ind på, hvor mange informanter der kræves (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 148).

Det første inklusionskriterie var, at informanterne skulle være sygeplejersker.

Sygeplejerskerne skulle have mindst 5 års erfaring med antipsykotika i behandlingen af mennesker med skizofrene lidelser. Dette sikrede, at sygeplejerskerne havde praktisk erfaring med den antipsykotiske behandling samt kundskab om skizofrene lidelser.

I dette studie er der to mandlige og fire kvindelige sygeplejersker. Jeg vurderede, at seks informanter var tilstrækkeligt på baggrund af ressourcer og egen erfaring. Sygeplejerskernes gennemsnitlige alder var 51 år. Gennemsnitlig erfaring som sygeplejerske var 22 år.

For at øge variationsbredden kom sygeplejerskerne fra fem forskellige afdelinger under Helse Stavanger. Når sygeplejerskerne blev kombineret fra flere forskellige afdelinger, gav det et nuanceret billede på sygeplejerskernes holdninger. Informationsstyrken varierede fra deltager til deltager, men overordnet var der en god informationsstyrke, og jeg vil vurdere, at der kom et tilfredsstillende mætting af data.

### 3.4.1 Rekruttering af informanter

Jeg startede med at finde forskellige afdelinger, som behandler patienter med skizofreni lidelser. Afdelingens leder blev kontaktet telefonisk og informeret om undersøgelsens hensigt, foreløbige problemstilling samt inklusionskriterier. Efter deres mundtlige godkendelse for at studiet kunne foretages i samhandling med dem, fik lederen tilsendt en mail med samtykkepapirerne. Afdelingens leder formidlede herefter indholdet til relevante sygeplejersker. Fordele ved at anvende denne metode er, at lederen kan opmuntre aktuelle sygeplejersker til at kontakte mig. Samtidig er ulempen, at afdelingslederen kan udvælge sygeplejersker som deler en fælles holdning, og som ikke går imod afdelingens normer og paradigmer.

## 3.5 Interviewproces

Der blev udført fem interviews i nærheden af sygeplejerskens arbejdsplads og et interview via et Skype videointerview

#### *Prøveinterview*

Man bør altid lave et prøveinterview for at teste interviewguiden samt sine egne evner som interviewer. Prøveinterviewet gør det muligt for forskeren at få tilbagemelding på sin udformningen af forskningsspørgsmålene samt på sin egen væremåde (Dalen, 2011, s. 30). Jeg foretog et interview af en kollega. Der kan i den sammenhæng stilles spørgsmålstegn i forhold til mulige fejlkilder med tanke på en tæt relation, men eftersom formålet med et prøveinterview er at udforske, om informanten forstår spørgsmålene, om de svarer på disse og informantens oplevelse af min væremåde, vurderede jeg ikke at det var nødvendigt med en ukendt informant.

Efter at jeg havde lyttet til lydbåndet, gjorde jeg nogen enkelte ændringer på rækkefølgen af samt måden hvorpå spørgsmålene blev stillet. Jeg blev opmærksom på, at jeg fokuserede for meget på selve interviewguiden, og at jeg ikke stillede opfølgningsspørgsmål. Samtidig gav prøveinterviewet mig anledning til at teste og blive kendt med håndteringen af båndoptageren. Prøveinterviewet løsnede op på en del af min nervøsitet omkring at skulle interviewe andre mennesker, hvilket har været fordelagtigt.

*Briefing*

Det gode og indholdsrige interview bliver allerede dannet inden interviewets opstart. I de første minutter af mødet begynder sygeplejersken at danne sig et billede af og bedømme mig. Min opgave er at sikre, at den gode kontakt skabes. Den gode kontakt skabes ved at lytte opmærksomt, vise interesse og respekt, samtidigt som jeg er bevidst om min egen fremtoning som afslappet og selvsikker (Brinkmann & Kvale, 2017, s. 160).

I starten bliver sygeplejersken kort fortalt om hvem jeg er, om undersøgelsens formål og bliver oplyst om informeret samtykke og underskriver denne (Brinkmann & Kvale, 2017, s. 160). Se bilag 2. Jeg forklarede sygeplejersken om vores sproglige barriere mellem norsk og dansk. For at undgå misforståelser mellem os, påpegede jeg, at det var vigtigt, at begge parter var gode til at stille spørgsmål ved eventuel tvivl. Inden lydoptagelsen startede, kunne der stilles spørgsmål til emnet. Fordelen ved optagelse er, at alt som bliver sagt, kommer med i senere analyse.

*Debriefing*

Efter endt interview spurgte jeg ind til sygeplejerskens oplevelser, og om vedkommende havde nogen videre spørgsmål. Jeg takkede informanterne for deres deltagelse, og sygeplejerskerne blev tilbudt at få tilsendt masteropgaven når denne var færdig, hvilket de fleste takkede ja til.

## 3.6 Analytisk proces

### 3.6.1 Transskribering

At transskribere betyder at transformere en form til en anden (Brinkmann & Kvale, 2017, s. 206). I dette tilfælde bliver lydoptag overført til et skriftligt dokument af mig. Det betyder også, at der sker en svækkelse af sygeplejerskernes udtalelser, da kropssprog, stemmeleje og vejrtrækninger går tabt (Brinkmann & Kvale, 2017, s. 206). Det anbefales, at forskeren selv transskriberer materialet, da denne får et helt unikt kendskab til datamaterialet (Dalen, 2014, s. 55).

I hermeneutikken inddrager man de sproglige forhindringer, der kan opstå, når forsker møder teksten. Der kan være ord og begreber, som forskeren ikke kan forstå eller som er uforenelig med forskerens forventninger (Gadamer, 2007, s. 255). Der var ord og begreber, som jeg ikke kunne genkende, og som jeg måtte slå op i ordbøger. Eftersom der ellers ikke er markant store forskelle mellem skriftlig dansk og norsk bokmål, vurderede jeg samtidigt, at det har været en hindring i transskriberingen. Jeg forsøgte i transskriberingen at skrive på norsk bokmål, men det var til tider vanskeligt, da jeg var i tvivl om sygeplejerskens udtalelser var på dialekt eller bokmål. Eksempler på ord der blev omformet var ”koss” til ”hvordan”, ”eg” til ”jeg”. Dette blev også gjort for at gøre teksten mere letlæselig samt for at sikre sygeplejerskens anonymitet.

Jeg valgte at inddrage kommaer og punktummer for at gøre teksterne mere letlæselige og overskuelige. Interviewspørgsmål og sygeplejerskernes svar blev adskilt af linjer. Jeg valgte at inddrage gentagelser og fyldeord som ”øhm”, ”øh” i transskriberingen for at sikre en mest korrekt gengivelse af sygeplejerskernes udtalelser.

### 3.6.2 Analysemetode

Analysemetoden er inspireret af en kvalitativ induktiv indholdsanalyse. En induktiv tilgang til empirien bruges ofte, når der ikke i forvejen findes ret meget forskning om det specifikke fænomen (Elo & Kyngås, 2008, 107). Tankegangen bag den induktive proces er, at forskeren kan fremlægge ny viden og nye kundskaber ud fra den empiriske data (Thagaard, 2016, s. 197). Samtidig anerkender den induktive tilgang til empirien forskeren som et centralt og medvirkende redskab, da verden kan forstås forskelligt på baggrund af de udgangspunkter, vi hver enkelt har (Malterud, 2017, s. 27). Den induktive tilgang harmonerer derfor med de hermeneutiske principper, hvor forskerens fortolkning af empirien anerkendes.

Den analytiske proces er inspireret af Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative indholdsanalyse. I den kvalitative indholdsanalyse fortolker forskeren deltagernes udsagn ud fra forskellige grader af abstraktion: meningsenheder, kondensering, kodning, kategorisering og tema. Inden selve processen med analysen kan begynde, skal forskeren læse teksten igennem flere gange for at forstå teksten i sin helhed (Graneheim & Lundmann, 2004, s. 106-108). Når forskeren gennemlæser teksten, skal det være en kommunikation mellem forsker og teksten, hvor forskeren hele tiden bevæger sig mellem

dele af teksten og hele teksten for at opnå en forståelse af tekstens essens. Det er vigtigt at lade teksten vise sig frem og ikke pålægge teksten en mening som er usand. Samtidigt skal forskeren være bevidst om, at teksten kan forstås på flere forskellige måder, og at forskerens forståelse af data er påvirket af sin egen forforståelse (Graneheim & Lundmann, 2004, s. 111). Dette sammensvarer også med den hermeneutiske spirals tilgang til en tekst, hvor det er vigtigt at læse teksten igennem flere gange for at få en forståelse af hele teksten ved at forstå de mindre meningsenheder.

Ovenstående teori har dannet grundlaget for analyseprocessen, og jeg vil i næste afsnit forklare hvordan processen helt konkret foregik.

### 3.6.3 Beskrivelse af analyseproces

De transskriberede interviews blev gennemlæst flere gange for at danne en helhedsfornemmelse af teksternes fænomener. Med udgangspunkt i problemstillingen blev meningsenhederne delt og kondenseret til en tekstnær beskrivelse af meningsenheden. Gennem den kondenserede tekst, opbyggede jeg koder, som herefter blev til forskellige kategorier. Kategorierne blev til slut til temaer, som bredt fortæller os om meningsenhedens indhold. For at sikre at temaerne kunne dække over meningsenheden, gik jeg tilbage til meningsenheden og vurderede, om det kunne dække det specifikke tema. Se bilag 3 for yderligere information om analyseprocessen. Der opstod tre temaer, som bliver præsenteret senere i opgaven, og fundene bliver diskuteret i forhold til den førnævnte teori.

## 3.7 Masteropgavens kvalitet

### 3.7.1 Reliabilitet og validitet

I dette afsnit skal vi gennemgå de eventuelle fejlkilder, der kan have opstået i selve interviewene, transskriberingen, analysen samt fortolkningerne, som kan fremme eller svække validiteten samt reliabiliteten af studiet. Med reliabilitet henvises der til hvor pålidelige og troværdige, resultaterne er, og validitet henviser til, hvorvidt studiet undersøger selve intentionen med opgaven (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 276).

Hensigten med opgaven var at undersøge sygeplejerskers holdninger til den antipsykotiske behandling. Der blev inddraget seks sygeplejersker, og for at øge validiteten i opgaven, kom disse fra forskellige afdelinger. Dette blev gjort for at få et bredere perspektiv på den generelle holdning blandt sygeplejersker og undgå bestemte afdelingsnormer og

paradigmer. Sammen med sygeplejerskerne gennemgik jeg spørgsmål omhandlende deres subjektive meninger om antipsykotika, og dermed vil jeg vurdere, at jeg fik undersøgt en gruppe sygeplejerskers holdninger til antipsykotika.

Under selve interviewene opstod der til tider sproglige problematikker, hvor informanten ikke forstod spørgsmålet på grund af min danske dialekt. Derfor måtte nogle spørgsmål omformuleres, hvilket kan have haft en indvirkning på reliabiliteten, hvor jeg ubevidst kan have påvirket sygeplejersken med ledende spørgsmål.

Jeg valgte at foretage analysen efter at have gennemført størstedelen af interviewene. Det kan øge reliabiliteten i den henseende, at jeg ikke var blevet farvet af andre sygeplejerskers holdninger gennem analysen, inden jeg gik ind i et nyt interview. Jeg mødte derfor sygeplejersken mere fordomsfrit og åbent og tillod sygeplejersken at få de meninger frem, som sygeplejersken ønskede at udtrykke. Det er med til at øge troværdigheden og pålideligheden af opgavens resultater.

Under transskriberingen bliver der ofte stillet spørgsmål til undersøgelsens reliabilitet. For at opdage eventuelle fejl blev interviewet hørt igennem mindst en gang, mens teksten blev læst. Reliabilitet vil øges endnu mere hvis der er flere personer som transskriberer og bagefter sammenligner teksterne (Brinkmann & Kvale, 2017, s. 211), men på grund af mangel på forskere på dette projekt, har det ikke været muligt. Som beskrevet tidligere oplevede jeg komplikationer i transskriberingen på baggrund af en sprogbarriere. Samtidig mener jeg, at det ikke har påvirket reliabiliteten.

### 3.7.2 Forskningsetiske vurderinger

Der er tre grundlæggende etiske krav, forskeren skal reflektere over og anvende under forskningen: informeret samtykke, konfidensialitet og refleksion over de konsekvenser praksis/deltageren vil kunne møde (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

#### *Informeret samtykke*

Ethvert forskningsprojekt kan kun gennemføres dersom deltageren har afgivet sit informerede samtykke. Informanterne skal være frivillige og vide, at de kan afbryde sin deltagelse når som helst uden konsekvenser. Dette er for at sikre informantens råderet over eget liv, og at de har kontrol over de oplysninger, de giver (Thagaard, 2014, s. 26).

Projektet blev til at starte med godkendt af forskningsafdelingen på universitetssygehuset. Herefter kontaktede jeg afdelingsledere på forskellige afdelinger, som har erfaring med antipsykotika og mennesker med skizofreni. Afdelingsledere kontaktede sygeplejersker, som levede op til kriterierne og gav dem et informationsskriv. Sygeplejerskerne gav besked til mig, hvis de ønskede at deltage. På den måde blev det forhindret, at sygeplejerskerne følte sig presset af mig til at deltage i studiet.

Under selve interviewet blev sygeplejerskerne først informeret om hensigten med interviewet. De kunne nægte at svare på spørgsmål og blev informeret om, at de kunne trække sig ud af interviewet under og efter interviewet. De underskrev papirer på deres samtykke til interviewet samt at deres deltagelse var frivillig. Se bilag 2.

Derudover blev sygeplejerskerne informeret om, at de til enhver tid kunne trække samtykket tilbage før publiceringen, uden at det ville få konsekvenser for dem samt at de måtte kontakte mig dersom de havde yderligere spørgsmål.

### *Konfidensialitet*

Konfidensialitet er et andet grundprincip indenfor forskerens etiske vurderinger. Det indebærer, at deltageren har krav på at al information behandles fortroligt, og forskeren skal undgå, at de informationer deltageren kommer med, kan skade deltageren. Deltageren skal anonymiseres i teksterne, og deres data opbevares forsvarligt (Thagaard, 2014, s. 28).

Sygeplejerskerne i dette studie skulle fremlægge deres subjektive holdninger til antipsykotika. Studiets mål omhandler ikke sensitive eller identificerbare data omkring dem som person, men det er holdningsbaseret data. På baggrund af dette sendte jeg ikke en ansøgning til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Personvernombudet som var tilknyttet de forskellige afdelinger blev kontaktet for at få tilladelse til at gennemføre interviewene. Se bilag 4.

Sygeplejerskerne var anonymiseret i transskriberingen med koder som S1, S2, S3 osv. Dialekter blev nedskrevet som norsk bokmål for at undgå personificering. Efterfølgende blev lydfiler og transskriberingen krypteret i og gemt på dataprogrammet VeraCrypt, som er en lukket mappe på computeren, som kun jeg har tilgang til. Sygeplejerskernes informationer blev også gemt på en fil i VeraCrypt men uden deres kodenavn. Sygeplejerskernes underskrevne samtykkepapirer er låst inde i et skab.

### *Refleksion over konsekvenser og belastninger for deltagerne*

Et vigtigt element er, at sygeplejerskernes udtalelser ikke skal kunne skade dem, og forskeren respekterer deres integritet, frihed og medbestemmelse (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Forskeren skal reflektere over de konsekvenser, der kan ske for sygeplejersken (Thagaard, 2014, s. 30). Det vurderes ikke, at sygeplejerskerne kan opleve alvorlige konsekvenser af denne opgave. De kan reflektere over deres arbejdsmetoder og brug af antipsykotika i behandlingen af skizofrene lidelser.

# 4.0 Præsentation af fund

Analysen af data førte frem til tre forskellige temaer. For at belyse disse tre temaer, bliver de forskellige kategorier, der dannede temaet, inddraget.

4.1 Ambivalens til antipsykotisk behandling

- 4.1.1 Antipsykotika er essentiel
- 4.1.2 Antipsykotica skal suppleres med miljøterapi
- 4.1.3 Usikkerhed omkring den antipsykotiske behandling

4.2 Sygeplejerskens forskellige roller

- 4.2.1 Sygeplejerskens medmenneskelige rolle
- 4.2.2 Sygeplejerskens rolle i den antipsykotiske behandling
- 4.2.3 Sygeplejersken i den omsorgsfulde, paternalistiske rolle

4.3 Håb om en anden psykiatrisk sygepleje

- 4.3.1 Mindre medicin og mere miljøterapi
- 4.3.2 Miljøterapi kræver flere ressourcer

## 4.1 Ambivalens til antipsykotisk behandling

### 4.1.2 Antipsykotika er essentiel

Indenfor den psykiatriske behandling mener sygeplejerskerne, at antipsykotika har en omgående effekt på patienternes psykotiske adfærd, og i mange tilfælde giver den øget livskvalitet for patienten. De mener, at antipsykotika er nødvendigt, når patienter med skizofreni er psykotiske:

> S5: *"Ja ja, altså vi ser jo en veldig god effekt av antipsykotika og når pasienter kommer inn og er veldig øh. Øh. Psykotiske og ja. Sårbare og. Er det i det hele tatt kaotiske så ser vi jo det at vi starter med medisiner også*

*skjer der jo noe i løpet av en uke eller to ofte. Og ja. Så ser vi jo at der er en umiddelbar effekt av det og de ser det jo selv mange".*

S2: *"Nei jeg ser ser jo at det at pasienten i mange tilfeller øh. Får en dempning av det psykotiske symptomene og at de bliver mere i stand til at ivareta sig selv, de basale behov, får bedre livskvalitet vil jeg sige, i veldig mange tilfeller da".*

S1: *"Jeg tenker at øhh i. I flere tilfeller som jeg har erfart at øh, at det er helt nødvendig. Øh. Jeg har sett at det kan ha øh veldig øh god effekt og at øh og at pasienter får et bedre liv øh etterpå. Og når de har funnet den rette antipsykotika så kan det være vi ikke ser dem igjen på sjukehuset. For det at øh, for de får et mere stabilt liv. Ja. "*

En anden sygeplejerske udtrykker at behandlingsalternativet til psykotiske patienter uden brug af antipsykotika, vil være frygteligt. Dette kan illustrere den tro, sygeplejerskerne har til antipsykotika og holdningen om, at antipsykotika er det bedste aktuelle behandlingsalternativ ved psykoser:

S5:*"Ja, men. Øh. Et fullstendig øhm medisinfritt øhm tilbud til psykose pasienter tror jeg egentlig er en illusjon at då vil man gå tilbake til 40 og 50 årene. Det er fryktelig. "*

En anden sygeplejerske fortæller, at det er ønskeligt med medicinfrie alternativer, men med patienternes psykotiske sygdomsbillede taget i betragtning er antipsykotika helt nødvendigt:

S4:*"Det som dukker opp det er at en del pasienter må nok ha antipsykotika. Øh. En kunne jo ønske at dette medikament fritt tilbud, det høres jo veldig flott ut. Tenk seg hvis alle kunne ha klart seg uten. Men ved veldig syke pasienter som jeg har sett, så har jeg sett at det er helt nødvendig med antipsykotika på enkelte, på de aller fleste. Altså i forhold til psykoser som er så kan være så ødeleggende for pasienten. Og dette med at mange har jo masse negative symptomer isolere seg isolere seg og. Og jeg har sett at*

*antipsykotika virker på veldig mange. Så min holdning er jo at at det er jo en hjelp at få. Når du bruker antipsykotika når du er veldig veldig syk. "*

### 4.1.3 Antipsykotika skal suppleres med andre miljøterapuetiske tiltag

Samtidig med at sygeplejerskerne mener, at antipsykotica er helt essentiel, er de alle gennemgående enige om, at antipsykotika ikke kan være den eneste behandlingsform for patienter med skizofreni, men at antipsykotica er en del af den overordnede behandling som omfatter miljøterapuetiske virkemidler.

S6:*"Ja, jeg vil påstå det er viktig. I sammen med terapi og miljøterapi og alle de andre ting. Det er ikke bare en ting som virker altså… Antipsykotika kan ikke stå alene, nei, tenker jeg."*

S2:*"Nei, jeg tror bare den er en del av den totale behandling. Man kan ikke bare satse på at medisiner gjør alt. Det. Det er jo for, der er jo så mange så mange andre måter i livet som øh for eksempel paranoid schizofreni den sykdommen, øh. Gjør seg utslag i altså. Altså. Evnen til at klare seg selv til at have et bra liv. Ja. Klare vanlige gjøremål sådanne ting. Så så her på sjukehuset på akuttposten så føler jeg at det vel. Jeg vil sige det er like viktig det andre vi gjør da. "*

Denne sygeplejerske bliver spurgt, om h*n tænker, at antipsykotika er et vigtigt redskab i behandlingen:

S1: *"Øhm ja. Det er det. Absolut."*
I: *"Tenker du at den kan stå alene i behandlingen av en schizofreni lidelse?"*
S1: *"Nei, det. Det tenker jeg ikke. Der skal være andre ting også. Ja det skal være en del av mange andre ting tenker jeg. "*

### 4.1.4 Usikkerhed omkring antipsykotisk behandling

Sygeplejerskerne udtrykker samtidig en usikkerhed og ambivalens omkring brugen af antipsykotika.

En sygeplejerske fortæller, at antipsykotika er vigtigt, men h*n oplever stadig, at patienter med skizofreni bliver psykotiske, selvom de i forvejen bruger antipsykotika. Sygeplejersken er også tøvende i sit svar omkring fordelene ved antipsykotika, hvilket kan tolkes som en ambivalent tiltro til antipsykotikas virkninger:

I:*”… Finner du så noen fordeler ved at bruke antipsykotika?*

S3:*” (pause) Ja.”*

I:*”Ja. Hva er det for noen du ser?”*

S3: *(pause)”Jeg ser jo at psykosen kan altså, den demper sig jo. I noen tilfeller.”*

I: *”Hva er det for noen tilfeller, hvor det kan dempe seg?”*

S3: *”Men når, når, når. Hmm. Når pasienten kommer på DPS så er de jo gjerne satt på antipsykotica inne på sjukehuset. De kommer jo ikke med en blomstrende psykose. Så men. Men vi ser jo ofte stadigvek at pasienter bliver mere psykotiske hos os då.”*

En sygeplejerske beskriver, at h*n forstår vigtigheden af antipsykotika, og h*n ved, at det gøres i de bedste intentioner på patientens vegne. Samtidig er det vanskeligt i de situationer, hvor sygeplejersken udøver tvangsmedicinering og kan mærke sin egen ambivalente følelsesmæssige reaktion på det:

S2: *”Nei, det kan jeg ikke sige. Det. Det er jo sådan at jeg forstår begrunnelsen av og tenker. Tenker at det er bra å gjøre det. Men en øhm. En kan jo ikke kontrollere sine egne følelsesmessige reaksjoner allikevel. Selv om øh. Den logiske siden siger jo at det er det beste at gjøre. Ja. Men øhm. Jeg har ikke følt at det har gått på bekostning av min samvittighet altså. For jeg har det såpas klart for mig da. Men så får så henne det da at jeg får en følelsesmessig reaksjon i ulike tilfelle for eksempel som jeg forklaret med tvangsmedisinering.”*

S2: *”Og da kan det være mere problematisk for mig hvis øh hvis jeg ser at pasienten får det forferdelig når når vi skal gi medisinen og øh kan få skikkelig angst og raseri utbrudd til og med…. Da blir jeg lidt mere tvil, da er jeg ikke så sikker på mig selv. Ved sådanne tilfeller da. Så, så det betyr jo lidt pasientens syn på det også. Hvordan hva hva jeg som sykepleier tenker*

*om det. For en kan jo ikke likestille alle pasienter med schizofreni for eksempel. For de er jo individuelle personligheter og forskjellige tanker om dette med medisiner som som de kanskje må ta igjennom livet. Ja. Så."*

Selvom ovenstående citater fra sygeplejerske S2 indikerer, at det er vanskeligt at udføre tvangsmedicinering, vil h*n give det uanset og forsøge at bearbejde den indre konflikt h*n oplever, i samarbejde med sine kollegaer. Samtidigt udtrykker sygeplejersken, at der opstår tvivl i personalegruppen omkring den antipsykotiske behandling, og at det er vigtigt at drøfte sine tanker og bekræfte hinanden i, at de gør det rigtige:

S2: *"Ja, jeg vil gi* (antipsykotika) *selv om det er vanskelig. Det er jeg ikke i tvil om det. Så må man jo bare, man må gå nogen runder med sig selv og på en måte og som regel bliver den jo, så ligger man jo ned de følelsene som kommer opp når man tenker igjennom det. Vi snakker også mye sammen vi kollegaene. Det er jo. Det er jo ganske gjengs og få tenke tenke i de baner da. Da er det en god hjelp at kunne drøfte det litt at hvis vi står flere sammen om det. Det synes jeg. Ja."*

Sygeplejerskerne fortæller, at de mener, det er vigtigt, at man opvejer de forskellige fordele og ulemper ved antipsykotika, men mener samtidig, at antipsykotika er det bedste alternativ for patienten:

S2: *(*Pause*)"Det første kommer på det er, at det har, jeg har set en veldig bedring av symptomer ved bruk av antipsykotika. Og samtidig er der det perspektivet at det ikke er helt uproblematisk heller. Det er lidt todelt. Ja."*

S3: *(Pause) "Det er jo skadelig. Det er jo skadelig for øh. Mennesker at være psykotisk. Så jeg ser jo et tilfelle, ja. Det er jo en nødvendighet mange ganger å få. Å få. Å bukt med psykosen så og få bedre søvn. Og. Ja. Og øh. Jeg har jo sett mange som har fått et bedre liv med antipsykotisk medikasjon. Det må bare være gjennomtenkt og."*

> S2: *(Pause). ”Ja. Det kommer kommer lidt an på situasjonen men men hvis jeg tenker at fordelene er større end ulempen så er det ikke så veldig problematisk for mig men jeg er jo klar over ulempene og jeg ser at de virker. Men det veier tyngre når de bliver såpas mye bedre i så mange tilfeller… Det hmm. Ja. Da. Vi altså, i utgangspunktet så har vi vel gjort en vurdering at hmm at vi tenker at at øh. De positive virkningene veier akkurat der og då, så veier det tyngre, end de negative. Sådan så vi prøver at motivere pasienten til det til at ta det allikevel. Fordi fordi vi vet at det vi gjør det generelt for at de får det bedre da. Så.”*

Samtidig med at sygeplejerskerne mener, at antipsykotika er et vigtigt element i den psykiatriske sygepleje, beskriver en sygeplejerske, at antipsykotika også skaber et negativt indtryk på grund af alvorlige bivirkninger:

> S3: *”altså det det jeg kan jo godt lese om det (*antipsykotika*) i felleskatalogene eller på nettet men det fester seg ikke på samme måten som det du har sett da. Når du har sett en pasient der går mye opp i vekt og du har sett det med selvbildet til en ung jente for eksempel eller en mann for den sags skyld. Og og du har sett gangen og evnen til at sortere tanker på en måte blir, forsvinner da. Det endrer mimikk i ansikt eller gå stilling, du ser når en pasient som er overmedisinert, det er jo de, det er jo det som fester seg. Og som skaper det øh det negative inntrykket. Det er det jeg har sett og ikke det jeg har lest.”*

Og den samme sygeplejerske, S3, giver i den sammenhæng også indtrykket af, at h*n gerne vil fokusere på andre ting i sygeplejen frem for det medicinske. Sygeplejersken giver udtryk for, at h*n mener, at andre må træffe en afgørelse omkring brugen af antipsykotika, og at h*n må forholde sig til det, der bliver bestemt for patienten. Det kan indikere et ønske om ikke at deltage i den antipsykotiske behandling på baggrund af, at sygeplejersken kan have en mere kritisk holdning til antipsykotika:

> S3: *”Nei, jeg gjør vel egentlig ikke det. Men. Det at medisinere er ikke. Jeg prøver at distansere litt mig litt fra det. Fordi mine oppgaver som miljøterapuetiske og jeg. Hvis. Hvis der er mange som mener at denne pasienten, som har antipsykotisk medisin, så skal jeg jo forholde mig til det.*

*Men jeg er ikke den, kanskje den første som rekker opp hånden og siger at her må vi medisinere med antipsykotica. Jeg kan jo formidle det og observere og. Men så tenker jeg jo at det er der noen andre som skal ta en avgjørelse på då."*

Afslutningsvis om dette tema fortæller en sygeplejerske, om hvordan vi i fremtiden vil se tilbage på den antipsykotiske behandling med negative øjne, hvilket også kan illustrere en allerede ambivalent, kritisk holdning til antipsykotika:

S5: *"ja, det er det jeg sier. Det er i godhetens navn ja ja. Og og jeg tenker jo også at antipsykotika kan gjerne komme i samme øh. Historiske bilde, plutselig. Vi har påført pasienten en øh ja. Bivirkninger, varige bivirkninger og en vet jo ikke om det er det som gjør at psykiatriske pasienter lever 15 år kortere end andre eller om det er sykdommen, eller er det livsstilssykdommer øh. Eller om det er livsstilsykdommen kommer av at de er medisinerte altså. Zyprexa for eksempel, overvekt, hjertekar og så videre. Så. Der er jo noen som tenker det, at vi vil bli arresterte for det…. I godhetens navn (leer). Uff. For et yrke vi har."*

### *Opsummering*

Sygeplejerskerne beskrev, at den antipsykotiske behandling har en stor betydning i den psykiatriske sygepleje, og det er særligt vigtigt i de perioder, hvor mennesker med skizofreni får en alvorlig psykose. De beskriver, at antipsykotika ikke kan stå alene i behandlingen, og at andre miljøterapuetiske tiltag også er vigtige. Samtidig giver deres udtalelser et indtryk af ambivalente holdninger til antipsykotika. De beskrev, at de godt kan forstå, at antipsykotika er nødvendigt, og at medicinen gives med de bedste intentioner, selvom patienten er imod medicinen. Samtidig var de bekymrede for de forskellige bivirkninger, medicinen medfører og patienternes modstand til antipsykotika. En sygeplejerske stiller sig også undrende over for det faktum, at patienten bliver øgende psykotisk, selvom patienten i forvejen bruger antipsykotika. Deres udsagn giver derfor opfattelsen af, at de har todelte tanker omkring antipsykotika og dermed ambivalente holdninger til brugen af medicinsk behandling af skizofrene lidelser.

## 4.2 Sygeplejersken i forskellige roller

Sygeplejersken har flere forskellige roller i den psykiatriske sygepleje. Dette tema vil kun fokusere på sygeplejerskens medmenneskelige rolle, sygeplejerskens indflydelse i den antipsykotiske behandling og sygeplejersken i den omsorgsfulde, paternalistiske rolle.

### 4.2.1 Sygeplejersken i den medmenneskelige rolle

Aspekter, som sygeplejerskerne mener er vigtige i relationen til patienten, er blandt andet at være lyttende til patientens følelser og tanker om antipsykotika. Sygeplejersken skal være rolig, kunne tolke patientens behov og have fokus på de områder, der hjælper patienten. Det er samtidig vigtigt, at sygeplejersken får patientens tillid, sikrer at patienten føler sig ivaretaget og tør åbne sig til sygeplejersken.

S2:*"Egenskaper, ja. Øh. (pause). Mmh. Da er det nødvendig med empati og øh. Og øh. Tålmodighet, ikke minst. Øh. Og (pause). Og at øh. Også føler jeg det er viktig at ha fokus på at gi pasienter mye omsorg då, fordi det er en veldig vanskelig situasjon for pasienten og mange vet kanskje det blir nød til at ta medisin allikevel fra erfaring fra tidligere… Ja og øh ikke minst då og være lyttende overfor pasienten då. Og være mottagelig for øh. Følelser, meninger, tanker rundt denne medisinen blant andet. Og ellers hvordan pasienten opplever situasjonen sin. Og livs situasjonen også."*

S3: *"Øh. Trygghet. Og kunne stole på de då rundt i teamet dit. Og øh. Og det kan være øh. Altså det og. Og blive skjermet fra fra for eksempel en del av omgivelsen som gjør at de psykotiske øh bliver verre eller at der om der kan være altså det handler jo om at vi bliver kjent med pasienten og om at vi ser pasienten i miljøet hva den reagerer mere på og hva den reagerer mindre på. Altså hva som virker samlende og hva som ikke virker samlende. Så kan vi jo have fokus på de ting da. Som jeg tenker kan være viktige i den psykose behandling då."*

S5: *"…du må ha en vis rolig tilnærming og pasienten skal på en måte gi al sin angst for at få tillit til det menneske som er der… Så jeg tenker at spesielt at dette her med tryggheten, at ja, det er viktig at redusere stimuli men vi må gi en trygghet og og prøve finne kjernen hos pasienten tenker jeg…"*

### 4.2.2 Sygeplejerskens rolle i den antipsykotiske behandling

Sygeplejersken er en del af den antipsykotiske behandling i kraft af dennes observationer og rapporter om patientens adfærd. Sygeplejersken kan påvirke beslutningerne omkring antipsykotika og føler sig medinddraget i beslutningerne, men det er i sidste ende lægen, der bestemmer. Samtidig bør sygeplejersken have et objektivt blik på patienten, og hvis sygeplejersken vurderer, at behandlingen ikke er forsvarlig, skal sygeplejersken turde være kritisk til patientens medicinske behandling og stille undrende spørgsmål til lægen:

> S5: *"Vi har jo behandlings møter. Øh og. Jeg syns jo i stor grad at det er legen som bestemmer det. Ja. Men, de tar jo beslutningene utfra våre rapporter, så vi har jo en en slags påvirkningskraft der tenker jeg. Og jeg tenker også at gode rapporter, som fange opp psykotiske symptomer, er jo viktige i en kartleggingsfase."*
>
> S2: *"Ja ja. Det vi har jo en øh en rolle vi også fordi vi vi observerer jo og og og behandleren bygger jo beslutninger om medisinen på det vi observerer og av og til så ser vi også ganske klart at det hadde vært bra hvis pasienten fikk medisiner om ikke altfor lenge. Ja."*
>
> S4: *"Ja jeg ser. Det er ikke sådan at det er automatisk javel, men hvis jeg er i tvil så vil jeg turte at sige det til legen nå. Ikke sant. Spørre legen hvordan han tenker. Er det nødvendig med så en sterk dose gjerne. Hvorfor velger du det preparatet, så vi stiller os litt undrende for der er sterke og svake antipsykotika… Men så har du de som står på mye medisiner og hvor du tenker hvorfor så mye? Prøve også kutte ut litt for de legger der og bliver tykkere og tykkere. Sløvere og sløvere og tydelig overmedisinert. Og der tenker at vi som sykepleiere så må gå inn og spørre legen hvorfor har du faktisk brukt to antipsykotika? Hva tenker du då? Så vi er jo våkne som sykepleiere og stiller os kritiske hvis vi synes det virker som for mye medisiner i kurven."*

Samtidig kan sygeplejersken opleve sig ekskluderet i de antipsykotiske beslutninger og føle at lægen overtager for meget. Det kan samtidig illustrere den hierarki, der er mellem sygeplejerske og læge, hvor lægen har den største indflydelse på patientens behandling:

S4: *”I samarbeide med pasienten gjerne, spør pasienten og. Ja. De spør egentlig, legen, de spør egentlig lite i tverrfaglige møter. Hva vi som sykepleiere syns. Egentlig litt lite. Det er likesom deres greie at de sitter der og de setter dosen opp eller ned og. Ja… vi har jo lov til å komme med innspill, men det har blitt litt sådan litt, det er sådan litt legen sin greie at de bestemmer sådan og sådan. Så sier vi bare ja. Vi spør jo som sagt undrende spørsmål hvorfor har de to preparater av antipsykotiske og den del av hvorfor dit og hvorfor dat. Men men det er sådan litt. Det er de som eie det med medisinen føler jeg. Kanskje litt for mye ja.”*

En sygeplejerske beskriver også, at h*n ikke vil tage ansvaret for den medicinske behandling, da h*n finder andre elementer i behandlingen mere vigtige end medicinen:

I: *”Så du føler du kan fralegge deg litt ansvaret i forhold til den medisinske behandling til legen?”*
S3: *”Ja for når spørsmålet dit var?”*
I: *”om det er et viktig redskap, antipsykotica?”*
S3: *”Ja, når du spør en psykiater, så vil psykiateren jo gjerne sige ja. Men jeg kan som miljøterapeut og som sykepleier siger nei. Gir det mening?”*
I: *”Ja, det gjør det. Og hva begrunner du det med? At du kan sige at det ikke er viktig?”*
S3: *”Fordi jeg ser jo andre ting som er veldig viktig for en psykotisk pasient utenom den tabletten da.”*

### 4.2.3 Sygeplejersken i den omsorgsfulde, paternalistiske rolle

Sygeplejersken har ansvaret for administrationen af medicinen. Patienterne kan nægte at tage imod medicinen, og sygeplejersken bliver nødt til at forsøge at motivere patienten til at tage medicinen ved forskellige metoder. Sygeplejersken kan blandt andet nægte patienten udgang, for at motivere patienten til at tage medicinen, og beskriver det som en konsekvens for patientens manglende samhandling. Sygeplejersken kan også motivere ved at sige, at lægen har bestemt, at patienten har brug for dette præparat, og at de som helsepersonel mener, at det kan hjælpe patienten:

S4: *”Det kan være hvis han ikke vil ha medisinen då då så er det jo sådan at vi jobber med behandlingsplaner. Også er der jo også sådan litt konsekvens i behandlingsplanen altså hvis pasienten tar urinprøver, tar sine medisiner på en måte, gjør det som man skal fra sin dagsplan så tilbyder vi gjerne ture, trening på aktivitetsrom, diverse. Men hvis pasienten då ikke vil ha sin medisin, så spør han etter 2 min. kan du følge meg opp på butikken, jeg trenger noe røyk. Då kan en jo gjerne bruke det. Ja ta medisinen din først også går vi opp på butikken og kjøpe røyk. Men hvis han ikke vil ta medisinen då så. Då blir der litt konsekvens då med at han at han heller ikke følges opp på butikken. Det er ikke straff, men en konsekvens. Hvis der er litt litt nyanse på de to ord. For du holder din del av avtalen, så holder jeg min del av avtalen eller ja.”*

S4: *”en prøve jo at si, at dette har jo, man bruke jo gjerne dette har legen bestemt at du skal ha og. Vi har stor tro på at det blir bedre, at dette vil hjelpe deg. Og ja. Motivere en sådan litt rolig og forsiktig. Men jeg har full respekt at de så ikke vil ha, så jeg sitter ikke der en halv time. Jeg sitter gjerne der i 2-3 minutter også prøver jeg gjerne at gå tilbake litt senere på dagen og hvis de fortsatt ikke vil ha, så skriver vi nektet tatt.”*

Sygeplejersken kan også motivere patienten til at tage medicinen ved at nævne muligheden for at blive afhentet med ambulance og politi, dersom patienten nægter at samarbejde. Sygeplejersken reflekterer selv over det etiske i at nævne dette, men begrunder det med at patienten er meget syg og har brug for medicinsk hjælp.

S6: *”Jeg slipper de ikke, men då har jeg den løsning at, ja okay, du kan vente også ser vi i morgen. Også vet du hva hvordan situasjonen er nå, når du er på tvang og har tvangsmedisineringsvedtak, hvis du ikke vil ta medisinen din også blir vi nød til at reise inn på * og du velger om du vil være med meg eller om vi må få fat på psyk ambulansen og politi inn. Sådan at jeg egentlig, ja. Men jeg må innrømme at når det skjer, så trenger pasienten medisin sin altså. Då er jeg ikke i tvil om det er riktig eller galt for at sige det sådan. Det må jeg innrømme.”*

At se patientens manglende samarbejde som en varselstegn bliver underbygget af S3, som samtidig fortæller, at det er vigtigt at gå ind i, hvorfor patienten ikke vil tage sin medicin:

> S3: *"Jeg tenker jo at det er viktig at relaterer hvorfor pasienten ikke vil ha medisiner og komme til bunns i det da. Mange mange grunner for. Men ofte når pasienten med en psykose lidelse ikke vil ta medisin så er det jo mange ganger betegnet som et varsels signal for eksempel da. Eller at det er noe vi må være oppmerksomme på og melde fra om. At det bliver tatt med alvorlig end hvis en angst pasient ikke vil ha sine medisiner. Eller hvis noen ikke vil have sovemedisiner eller."*

En sygeplejerske fortæller også om, når patienten ikke vil tage medicinen, og at man hurtigt overstyrer patienten, men sygeplejersken burde gå mere ind i, hvorfor patienten ikke vil have medicinen:

> S3: *"Ja. Og då tror jeg at en fort, kan fort sige at det må du ikke gjøre. Det er viktig at du går på medisin det er viktig at du gjør sådan, for medisinske virkning den virker sådan og sådan og sådan. Istedenfor då at ta den, ja, kan det være du vil slutte med medisiner og hva er det som gjør at du synes det er vondt at ta og er der noe annet vi kan gjøre, altså gå inn i det då."*

Samtidig kan dårlig tid medføre, at sygeplejersken fremstår som paternalistisk over for patienten, hvilket sygeplejersken føler er uhensigtsmæssig:

> S3: *"Og det som er sådan litt og som ofte kan være litt det er jo det hvis du så har tidspress på deg for eksempel og at det koker litt i avdelingen og. Så er det fort at du overkjører litt. Og at du bruker det at du kan ta deg selv i at bruke den vedtaket og det blir litt sådan ja men altså du må huske nu er der jo vedtak på det og hva der skjer hvis du ikke følger det på en måte. Altså du. Og det er jo ikke helt bra det heller."*
>
> I: *"Hvordan har du det med det?"*
>
> S3: *"Nei (leer). Det er ikke så. Det er ikke alltid så greit. Hvis du merker at du gjør en, at der er lite omsorg i at overtalelsen. Det bliver sådan en mere mekanisk greie fordi du ikke har tid."*

Når patienten er indlagt frivilligt, fortæller to sygeplejersker om to forskellige scenarier, når patienten ikke vil tage imod antipsykotika.

Når patienten ikke vil indtage antipsykotika, bliver denne hurtigt udskrevet, hvilket kan tydeliggøre den store indflydelse og tiltro, personalet har til antipsykotika i selve behandlingen, siden de dermed mener, at de ikke kan hjælpe patienten uden antipsykotika:

> I: *"Opplever du at medisin fylder for mye eller for lite i behandlingen?"*
>
> S1: *"For mye."*
>
> I: *"Den fylder for mye?"*
>
> S1: *"Ja, den fylder for mye."*
>
> I: *"Hvordan ser du det?"*
>
> S1: *"Hmm. Det er jo. I årh. Best at det er en pasient som er innlagt frivillig og øh hun nekter ta imot medisiner så blir den fortere skrevet ut. Fordi at øh. Då. Tar den jo ikke imot det tilbudet som vi giver. Den pasienten. Og hvis jeg tenker at dersom den hadde tatt medisiner hadde der fulgt med en andre del ting som aktiviteter, samtaleterapi, kognitiv terapi alt som sånne ting, som det er jo som en pakke da. Men øh. Men jeg synes ofte at hvis de takker nei til medisiner og har muligheten til det, så bliver de gjerne skrevet ut. Eller de blir likesom. Ja. Eller får en poliklinisk oppfølgning. Eller nået sådan. Det jo ikke alltid sådan at de tilbud er like bra som de vi har på avdelingen."*

I modsætning til dette forklarer en anden sygeplejerske, at de fortsætter med miljøterapeutiske tiltag til trods for patientens manglende samarbejde omkring medicin, men de kan til sidst være nødsaget til at lave et tvangsmedicineringsvedtag. Dette kan fortolkes som, at personalet anerkender vigtigheden af andre miljøterapuetiske tiltag udenom antipsykotika:

> S2: *"Ja. De bliver ikke skrevet ut men vi øh. Vi prøver jo at tilbyde medisin for en periode og hvis pasienten øh. Er konsekvent på det at vedkommen ikke vil ta den, så kan det jo hende at den kan blive tatt bort. Men det blir stående en stund og vi fortsetter med at tilbyde den gjerne daglig over en vis tidsperiode selv om selv om det er det samme svaret hver gang. Og øh. Øh*

*men uavhengig av det så fortsetter vi jo med miljø terapeutiske tiltak og gjør det samme som vi hadde gjort selv om pasienten hadde tatt medisinen. Så. Øh men så har vi jo det med tvangsmedisinen som vedtak. Det er jo mye brukt."*

Sygeplejerskernes rolle i den antipsykotiske behandling er blandt andet også at give intramuskulære injektioner imod patientens vilje. Det kendetegner den paternalisme, der er mellem sygeplejerske og patient, og det er en vanskelig situation for begge parter, men sygeplejerskerne forsøger at gøre det på den bedste måde for patienten. Sygeplejersken føler at situationen er lettere, når denne ved, at det gøres med den bedste intention for patienten:

S4: *"Nei, nå er det snart 40 år siden jeg begynte i psykiatrien så jeg takler det annerledes nå end før for nå vet jeg nå det at at det sannsynligvis vil hjelpe på sikt. Også har vi jo en myk fin tilnærming, når vi må sette med tvang. Så har en jo nok tilkalle nok personale og informere pasienten og gjøre det på en så skånsom måte som mulig. Så så. Så det takler jeg følelsesmessig, jeg vet jo det er det beste for pasienten. Når man tenker sådan."*

S2: *"Men øh. Det hender jo at der er sterk motstand. Og at. Og at en fysisk må holde pasienten og det er problematisk. Det. Man vet jo med sig selv at at dette er vurdert grundig og det er bra for pasienten, men det bliver et veldig drastisk tiltak som går inn på en. Når man er ikke på det. For pasienten er inne i en veldig sårbar situasjon. Og makt forholdet er veldig forskjøvet i sådanne situasjoner, jeg føler det."*

S3 beskriver vanskeligheden i at bruge en paternalistisk tilgang til patienten, når man selv mærker, at dette er ikke er for patientens bedste, og hvor h*n selv føler, at det er forkert. H*n er underlagt afdelingens paradigmer omkring, at medicinen er vigtig i behandling, og føler sig nødsaget til at give medicinen på trods af egen indre modstand:

S3: *"Men, det er jo vanskelig hvis jeg kjenner at denne pasienten får for mye medisiner og jeg er usikker på og den egentlig hjelper og at hvis jeg er litt uenig med systemet kanskje, sådan personlig med du skal være lojal til*

*behandlingsplan og og du så må overtale en pasient. Det er ikke greit. Det det syns jeg… Det er vondt, og det er tingen man gjerne trenger og lufte og prater om i etterkant. Som er litt vanskelig at ta med seg hjem då."*

S3 er også inde på emnet om den modstand patienterne oplever, når de ønsker at afslutte behandlingen med deres medicin. H*n forstår ønsket om at afslutte med medicinen og oplever, at patienterne sjældent bliver mødt i deres ønske om at slutte med medicinen. S3 beskriver, at personalet er bange for, at patienten skal blive psykotisk igjen og vil derfor ikke samarbejde med patienten omkring en medicinsk afslutning. Problematikken i dette er, at patienten uanset slutter med medicinen, uden den nødvendige medicinnedtrapningsplan:

S3: *"Nei, absolutt ikke. Og vi, jeg har erfaring med at veldig mange får det resten av sitt liv. Og jeg kan godt forstå ønsket og at prøve at få slutte og og jeg synes kanskje at mange ikke blir møtt med det ønske om at forsøke at slutte fordi vi i helsevesenet har sett årh herlig så galt det var den gangen og det må vi ikke oppleve igjen. Men at vi må tørre og kanskje forsøke da… for det at hvis du bliver møtt med og og får høre at det er ikke lurt, det er ikke lurt at slutte med behandling med tablettene, for da kan du blive psykotisk igjen. Så skjer det jo ofte det at du bare slutter fremfor at diskutere det sammen med noen."*

Problematikken med autoseponering af medicin bliver også forklaret af S2, som beskriver, at patienterne ofte slutter på medicin på grund af, at de har følt, at de ikke behøvede medicinen længere, og at deres tvangsmedicineringsvedtag er udløbet:

S2: *"Ja, vi er en akutt post og pasienten er jo dårlig når de kommer hit og i mange tilfeller kommer de inn fordi da har sluttet med at ta de faste medisiner av forskjellige årsaker. Og det kan da også være øh vedtaket som ikke er blitt fornyet og de har sluttet av den grunnen. Det har jo forekommet."*

I: *"Har der været andre grunder til at de har sluttet med medisinen?"*

S2: *"Ja de har rett slet følt seg ganske bra. Og tenkt at øh nå har jeg det jo bra. Nå trenger jeg nok ikke ta medisiner. Det er jo det er jo beskrevet av og til. Den tanken. Ja."*

#### *Opsummering*

Vigtige roller for sygeplejerskerne viste sig at være, at de skal vise medmenneskelighed overfor patienten. De er en del af den medicinske behandling, samtidig med at de i den antipsykotiske behandling må anvende paternalisme.

Sygeplejerskerne beskrev, at vigtige egenskaber blandt andet er at være modtagelig over for patientens følelser, meninger og tanker omkring antipsykotika. Sygeplejersken skal være troværdig, empatisk, tålmodig, omsorgsfuld og kunne danne relationer og finde ud af, hvordan patienten får det bedst muligt i sin psykose. Sygeplejerskerne oplever, at de har et medansvar omkring den medicinske behandling, da lægen tager udgangspunkt i deres rapporter, og de følte sig hørt. Samtidig oplevede nogle, at lægen var meget dominerende i den medicinske behandling, og de følte sig ekskluderet fra den medicinske behandling. Sygeplejerskerne mener, at det er vigtigt, at de forholder sig kritiske til medicinen og ikke blot uddeler. Sygeplejerskerne fortæller, at de indimellem må presse patienterne til at tage medicinen, og de finder det særligt bekymrende, når patienten ikke vil tage imod medicinen, da det kan være et varselstegn på psykisk tilbagefald. De føler, at selvom patienten er imod medicinen og sygeplejerskerne kommer i svære situationer, så bliver situationen nemmere af bevidstheden om, at det gavner patienten på længere sigt.

Der var delte meninger om, hvorvidt psykiatrien kunne hjælpe patienter på en frivillig paragraf, dersom patienten ikke ville tage imod antipsykotika. En fortalte om hurtig udskrivelse, mens en anden fortalte om, at de fortsatte med at behandle patienten uden antipsykotika men med miljøterapi. Afslutningsvis fortalte en sygeplejerske om de dilemmaer, der kan opstå i sygeplejerollen, når sygeplejersken er uenig med den medicinske behandling, men uanset må presse patienten til at tage medicinen.

### 4.3 Håb om en anden psykiatrisk sygepleje

Det sidste tema vi skal gennemgå, omhandler sygeplejerskernes håb. Hvad tror de den fremtidige psykiatriske sygepleje vil indeholde, og hvilke håb har de egentlig.

### 4.3.1 Mindre medicin og mere miljøterapi

Sygeplejerskerne fortæller, at de håber, at fremtiden vil byde på mindre antipsykotika og mere miljøterapi og samtaler:

> S1: *"hmm. Jaa. Jeg håper jo at der er mindre medisiner og mer andre øh. Burde. Vi burde. Der burde brukes mer aktivitet mer, enda mer end man gjør. Også samtaleterapi, kognitiv terapi. Men hva som jeg tror. Jeg vet ikke hva jeg skal tro" (leer).*

> S2:*"Ja. Det. Jeg ser vel for meg at det bliver kombinasjon fremdeles i den nærmeste fremtid i hvert fald. Øh. Håper samtidig at at øh. Vi kan få mere tid til andre tiltak overfor pasienten at vi har mere mulighet til at bruke mere tid på fysisk aktivitet og og miljø terapi".*

> S3: *"Altså det er mye. Men det er ikke medisiner der står høyest hos meg da. Nei. Men jeg tenker på det at en får lov at eie det selv. Og og. Og informasjon. Og øh. Og oppfølgning og støtte. Men og lærer ja. Lærer og på samme måte som du må lære at gå igjen. Hvis du mister en del av benet eller at. Men at du får et støttende nettverk og at der er ting ute i som kan hjelpe deg til at til at have det trygt og godt då".*

> S6: *"jeg øh hvis trenden fortsette som nå, så håper jeg på mindre medisin. For det at det har jo bivirkninger og selv om pasientene nå gjerne ikke merker bivirkningene, så har de bivirkninger i forhold til hjertekar sykdommer, i forhold til vektøkning og det ligger der litt ennå. Jeg håper at jo der blir mindre medisiner. Absolut".*

### 4.3.2 Miljøterapi kræver flere ressourcer

S2 og S6 håber og tror på at der bliver mindre medicin i fremtiden, men påpeger, at det kan være mere ressourcekrævende rent personalemæssigt:

S6: *”... at det blir mindre og mindre og at det blir fokus på behandling uten medisiner. Det er der allerede. Sådan det tror jeg og håper fortsetter. Men det handler veldig mye om ressurser. Altså du kan ha ganske psykotiske pasienter med veldig lite medisiner hvis der er folk nok og der er trygt. Både for de som jobber med pasienten og for pasienten selv. Og då klarer du med veldig mye mindre medisiner og kanskje til og med nesten uten medisiner. Det. Men men då må der være folk nok på jobb for at det er trygt for både pasienter og personale som jobber”.*

S2: *”Øh. I det daglige på sengeposten. Altså. Tilrettelegge miljøet øh. Samtaler. Øh. Ja. Altså øh. Og. Og like som ja. Og støtte opp på grunnfunksjonen til pasienten og sådanne ting ja. Og at øh der er som sagt så går der jo mer en del tid med til bare det at administrere medisinene og kanskje en kunne en ha en annen balanse der. Vi hadde mere tid til at ordne de andre ting då. Og det. Det betyder vel egentlig kanskje at vi er lidt flere folk da. Men øh. Vi må jo bare gjøre det beste ut av det. Men det hadde jo vært ønskelig da. Etter min mening”.*

Afslutningvis fortæller en sygeplejerske om en tidligere periode, hvor der var mere fokus på miljøterapi, men i årenes løb fasede dette ud. Dette synes h*n var ærgerligt for patienterne, som ellers havde stor gavn af disse former for psykiatrisk sygepleje:

S4: *”sikkert mindre. Når du sa dette så fik jeg likesom flash back til det gamle * asyl. Og der jobbet jeg i *. Der var der svømmehall, der var der aktivitetstilbud som er. Som var mye mer enn her. Der var café der var gårdsbruk, der var gartneri, pasientene kunne jobbe på alle disse stedene. Så det var veldig allright det. Så jeg vil gjerne ha tilbake litt av disse aktivitetstilbudene. Det hadde vi tidligere her. Da hadde vi en aktivitetsavdeling, folk kunne male på glas, lage keramikk, snekre, sy, strikke. Nå er alt det flyttet inn på posterne så nå blir det veldig lite av de tingene. Så det var sådan likesom et fristed til de, hvor de kunne komme 2-3 timer pr dag og ikke snakke om sykdom, ingenting. Og det tror jeg var veldig bra. Men det har de lagt ned. Så jeg ville gjerne ha hat mer av disse aktivitetene. Eller*

*enda mer fysisk aktivitet. Og kanskje hat et tilbud der man prøver hvis pasienten absolutt ikke vil ha medikamenter, okay. Prøver…".*

### Opsummering

Sygeplejerskerne fortæller, at de tror og håber på mindre medicin i den fremtidige sygepleje. De vil gerne, at miljøterapuetiske virkemidler som aktiviteter, fysisk aktivitet, samtaleterapi, opfølgninger og at lære patienten at leve med sin sygdom kommer mere i fokus i fremtiden. De fortæller, at en stigning i antal ansatte kunne afhjælpe det høje medicinforbrug, da de blandt andet ville have mere tid til at arbejde med miljøterapi samt give patienten tryghed.

## 5.0 Diskussion

For at forstå studiets data mere i dybden skal vi i dette kapitel gennemgå fundene med teoretiske perspektiver, som allerede er introduceret. Vi vil også kort komme ind på magtdimensioner, men inspiration fra Foucault. Til sidst i kapitlet bliver studiets metode og implikationer for videre forskning drøftet.

Temaerne bliver diskuteret parallelt med teorierne. Sygeplejerskernes ambivalente holdninger til antipsykotika er det første tema, vi skal gennemgå. I dette tema kom det frem, at sygeplejerskerne mener, at antipsykotika er essentielt, men det skal suppleres med andre miljøterapuetiske tiltag. Samtidig viste sygeplejerskerne en ambivalens omkring brugen af antipsykotika.

Fokus på medicineringens positive indvirkninger og undervurderinger af bivirkninger har også påvirket sygeplejerskerne i deres arbejde. Sygeplejerskerne beskrev, at de anså patienternes manglende velvilje til at tage antipsykotika som et varselstegn på psykisk tilbagefald frem for at se det som et oprigtigt ønske fra patienten, hvilket Hummelvoll beskrev som et kendetegn ved en positiv holdning til antipsykotika. Sygeplejerskerne er en del af et sundhedsvæsen, som er præget af et mere biomedicinsk menneskesyn, som har påvirket deres holdninger. I det biomedicinske menneskesyn mener man, at sygdom er en kropslig defekt eller dysfunktion, der kan rettes op med kirurgiske eller medicinske tiltag (da Silva, 2012, s. 97). Denne holdning kommer også til udtryk i sygeplejerskernes beretninger. De beskriver, at antipsykotika er vigtigt i behandling på baggrund af, at patienterne oplever en biologisk betinget sygdom, som antipsykotika kan rette op på. Det gode moralske perspektiv i dette er, at antipsykotika er det moralske og gode

behandlingsalternativ til patienter. Sygeplejerskerne havde gennemgående en klar holdning til vigtigheden af antipsykotika, hvilket illustrerer at de alle er blevet påvirket af de eksisterende holdninger og paradigmer, der findes i sundhedsvæsenet. Samtidig viste de ambivalente holdninger til antipsykotika, hvilket illustrerer en holdningsændring. Vi kan prøve sætte dette i relation til den normative etik.

Inden for den normative etik fremhæves vores normer og idealer gennem vores adfærd og handlinger, hvilket vil sige, at vores holdninger er drivkraften for vores handlinger. Normativ etik undersøger den moralske holdning bag sygeplejerskernes adfærd, som udspringer fra kundskaber, følelser og adfærd. Sygeplejerskernes kundskaber omkring antipsykotika er blevet dannet i sammenspil med de holdninger, der eksisterer på arbejdspladsen sammen med de kundskaber, hun får i relationen til patienterne. På den ene side af kundskaben eksisterer det biomedicinske perspektiv, som tager udgangspunkt i, at antipsykotika er det gode moralske behandlingsalternativ til patienten. Som en modpol eksisterer patienternes uvillighed til at tage antipsykotika og de somatiske og psykiske gener, de oplever af antipsykotika. Disse to perspektiver på antipsykotika danner rammen for hendes kundskaber. Det gør, at hendes kundskaber allerede stammer fra en todelt holdning til antipsykotika, hvilket kan danne denne ambivalente holdning til antipsykotika. Der er også det følelsesmæssige perspektiv. Sygeplejerskerne fortæller, at det er emotionelt vanskeligt at tvinge patienten til at tage medicin på trods af, at de udfører dette ud fra en god moralsk holdning. Man kan reflektere over, om det skyldes, at sygeplejerskerne sætter spørgsmålstegn ved, om det er en god moralsk handling at give medicin under tvang, selvom der ligger gode holdninger bag. Rent adfærdsmæssigt illustrerer deres handlinger, at de har en tro på antipsykotikas gode virkninger. Ingen af sygeplejerskerne modsagde sig ordinationer, og de gav alle medicinen, som lægen havde ordineret. En sygeplejerske fortalte, at det var vanskeligt at give medicinen, når man betvivlede medicinens virkning for patienten, men h*n gav medicinen uanset. Og andre beskrev, at selvom det var følelsesmæssigt vanskeligt at give medicinen, gav de medicinen alligevel.

Hummelvoll (2006) beskrev, at den mest afgørende og vigtigste holdning en sygeplejerske kan have overfor en patient, er troen på patientens muligheder til at mestre eget liv på deres egne præmisser. For at kunne gøre dette kræves nænsomhed og en intuitiv forståelse af patientens behov og muligheder. Sygeplejerskens handlinger skal derfor blandt andet bygge på sensitivitet, empati, medmenneskelighed og åbenhed overfor patienten. Disse

elementer blev også nævnt i interviewene, når sygeplejerskerne snakkede om de gode egenskaber i mødet med patienten. Hummelvoll (2006) beskriver, at selvom sygeplejerskerne er bevidste om disse gode egenskaber, er der stadig risiko for, at de forsvinder, når vi ikke kritisk reflekterer over vores holdninger og handlinger. Sygeplejerskerne er en del af et system, hvor de kategoriserer patienter med skizofreni til en antipsykotisk behandling frem for at individualisere patienten og lytte til dennes ønsker. En sygeplejerske beskrev om opgivelse, når patienten ikke ville følge behandlingsplanen med medicin, og kunne derfor se sig nødsaget til at nægte patienten at komme ud at handle. Det bunder også i paternalisme, hvor sygeplejerskerne bestemmer, og hvor flere sygeplejersker fortalte om forskellige overtalelsesmåder til at få patienten til at tage medicinen. Dette var også en problematik, der blev fremhævet i Besenius (2010), hvor sygeplejerskerne måtte overtale patienterne til at tage medicinen. Man kan perspektivere dette til konsekvensetik. Inden for konsekvensetikken ser vi på selve konsekvensen af handlingen, hvor handlingen i sig selv er mindre betydningsfuld. Vi kan handle umoralsk, hvis konsekvensen giver mest nytte for flest mulige (Jensen et al., 2009, s. 110). Man kan i ovenstående eksempel reflekterer om det er moralsk korrekt at presse patienterne til at tage medicinen og bruge forskellige måder at gøre det på. Set ud fra konsekvensetikken handler de moralsk korrekt. Sygeplejerskerne er en del af et system, der mener, at antipsykotika er vigtigt, og hvor det vil være mest nyttigt for patienten at tage medicinen. Hensigten bliver at få patienten til at tage medicinen, og midlet til hvordan det gøres, er af mindre betydning. Martinsen ville beskrive, at sygeplejerskerne er underlagt bestemte paradigmer, der eksisterer i praksis, og som sygeplejerskerne bliver en del af. I stedet for at sanse patienterne og være tro mod sin egen overbevisning, bliver sygeplejersken selv en del af det.

Hummelvoll (2006) beskriver, at ved manglende refleksion over holdninger kan patienten blive betragtet som problemet, siden patienten ikke evner eller ønsker behandling. Dette kom også til udtryk i sygeplejerskernes holdninger, når de fortalte om tvangsmedicineringssituationer. Sygeplejerskerne mener, at det er det rigtige for patienten, og patienten skal have medicinen, fordi patienten ikke ved bedre selv. Ifølge Hummelvoll (2006) er disse holdningsmønstrer negative, hvor sygeplejersken hellere skal stoppe op og reflektere over sine holdninger og vurdere, om hendes handlinger sammensvarer med holdningerne, som burde være empati, medmenneskelig, åbenhed m.m. Ifølge Hummelvoll

(2006) handler det grundlæggende om, at sygeplejerskens holdninger skal være at se patienten som et lidende menneske, der skal hjælpes.

Vi har gennemgået sygeplejerskernes holdninger til antipsykotika. De mener, at det er essentielt, samtidigt som deres udtalelser viser usikkerhed omkring brugen. Men på trods af deres ambivalente holdninger, fortsætter de med behandlingen.

Det næste tema vi skal gennemgå, omhandler sygeplejerskernes rolle i den antipsykotiske behandling. Som beskrevet tidligere viser vores adfærd de holdninger, vi har. Den rolle vi dermed påtager os på arbejdspladsen, vil være med til at danne vores adfærd. Det vil derfor være relevant at undersøge, hvilke roller sygeplejerskerne har. Det vil kunne give os et indblik i, hvordan deres holdninger er blevet skabt.

Sygeplejerskerne beskrev det at have en rolle som lyttende, empatisk, støttende og faglig som vigtigt i arbejdet med patienten. Dette er også værdier, Hummelvoll (2006) beskrev som vigtige elementer at bygge handlinger på. Det er idealer, som sygeplejerskerne har, men de kan komme til at påtage sig en overfladisk, terapeutisk rolle på baggrund af institutionens krav og forventninger (Hybholt, 2009, s. 288). Dette kan blive set i Martinsens (2012) perspektiv. Hun beskriver, at sygeplejersken skal have fagkundskab nok til at være åben og se patienten som et menneske. Men disse roller over for patienterne i er Martinsens perspektiv ikke lette, når disse elementer undervurderes frem for kølighed og distance. Hvordan deres rolle i behandlingen også viser sig, kommer vi tilbage til senere i opgaven.

Det er ikke uden etiske dilemmaer, at sygeplejerskerne anvender antipsykotika. Hummelvoll (2006) beskriver, at det skal være grundigt vurderet, når en patient skal starte på antipsykotika på baggrund af de irreversible og generende bivirkninger, det medfører. Sygeplejerskerne begrundede den antipsykotiske behandling med, at det var blevet grundigt vurderet af teamet og mente, at de negative bivirkninger opvejede de positive virkninger. Sygeplejerskerne beskriver, at den antipsykotiske behandling bliver givet med de bedste intentioner for patienten, og i de vanskelige situationer, finder de opmuntring i at de ved, at det er for det bedste. Men som Hummelvoll spørger (2006), hvordan kan helsepersonalet vide, hvad det bedste for patienten er? Ifølge Hummelvoll (2006) burde personalet derimod fungere som en talsperson for patienten og være talerør for patientens synspunkter til antipsykotika. Som beskrevet tidligere, var det en handling som

sygeplejerskerne sjældent gjorde. De mærkede og tænkte på, at det var en vanskelig situation for patienten, men de reagerede ikke på deres intuition. Dette leder os videre til at diskutere fundene i relation til Kari Martinsens teori om hjertets øje.

Martinsen (2010) beskriver, at professionalitet handler om, at sygeplejersken har fagkundskab nok til at se patienten som et medmenneske. Det handler om at være menneskelig, og om at sygeplejersken tør bruge sine sanser til at være åben over for de følelser, der opstår i relationen til patienten. Martinsen (2010) beskriver dette som, at sygeplejersken både skal sanse og føle patienten, samtidig skal hun forstå patienten, som er det element, der bygger på fagligheden. Med denne vekselvirkning mellem sansning og forståelse, kan sygeplejersken tage vare på livet. Kan man i sygeplejerskernes tilfælde argumentere for, at deres sansning og forståelse er revet fra hinanden? En sygeplejerske beskrev, at tvangsmedicineringssituationer var emotionelt vanskelige. H*n måtte lægge disse følelser ned, for h*n vidste, at det hjalp patienten, og at kollegaerne var enige i, at dette var det rigtige. I sygeplejerskens tilfælde var der ikke plads til at mærke sig selv eller være åben over for de tilbageholdte følelser, h*n oplevede. I stedet blev patienten registreret, objektiviseret og fik medicinen. En anden sygeplejerske beskrev, at h*n var usikker omkring den medicinske behandling, men følte h*n skulle være loyal mod den behandlingsplan, personalet havde lagt for patienten. I dette tilfælde sanser sygeplejersken heller ikke sig selv, men tvivler på sig selv. Ifølge Martinsen opstår tvivlens øje, når sygeplejersken ikke lytter til sig selv og bliver usikker. I denne usikkerhed søgte sygeplejersken generaliseringer og faglige kundskaber og fortsatte med at give medicinen.

I tvivlens øje kommer klassificeringskundskaber i fokus, hvor man ikke længere ser patienternes unikke særpræg, men ser fællestrækkene. Sygeplejerskerne berettede, at antipsykotika ofte blev anvendt til patienter med skizofreni. Det kan indikere, at sundhedsvæsenet ikke er åbent for patienternes særpræg og symptombillede på skizofreni og mener, at det skal medicineres væk. Dette kan også være et billede på det biomedicinske menneskesyn, hvor sundhed er fraværet af sygdom. Patienterne bliver ikke anerkendt og set som de individer de er, med deres lidelse. De bliver i stedet generaliserede og behandlet med den samme behandlingsmetode, som i dette tilfælde er antipsykotika. Sygeplejerskerne berettede om, at de gav medicinen imod patientens vilje, hvilket også lader tvivlens øje komme til udtryk. I tvivlens øje bliver patienten netop anset som et objekt, der ikke har en selvforståelse. Objektiviseringen kan også illustreres med

sygeplejerskernes forklaring om, at patienterne ofte slutter med deres medicin uden at have konfereret med en læge. Baggrunden for at de slutter med medicinen, er blandt andet at deres tvangsmedicineringsvedtag er udløbet samt at de havde det så godt, at de ikke følte, at de havde brug for medicinen. En sygeplejerske beskriver, at patienter sjældent bliver mødt med ønsket om at slutte med medicin, da fagpersonalet er bange for, at patienten bliver syg igen. Personalet anerkender ikke patientens ønske og ansvar for sit liv, og møder ikke patienten i ønsket. Patienten bliver objektiviseret og patientens symptomer er klassificeret til, at han har brug for antipsykotika. Det kan resultere i, at patienten ikke føler sig hørt og selv afslutter medicineringen uden den nødvendige medicinnedtrapningsplan og støtte.

Sygeplejerskerne fortæller, at de føler sig en del af den medicinske behandling på baggrund af, at lægen bruger deres observationer til at begrunde anvendelsen af antipsykotika, og de føler sig lyttet til. Martinsen (2006) beskriver, at det moderne sundhedsvæsen kan forbindes med det registrerende øje. I det registrerende øje leder personalet efter symptomer på sygdommen, hvor patientens individuelle særpræg og et varieret menneskesyn er gået tabt. Som beskrevet tidligere, bliver skizofreni diagnosticeret via ICD-10 diagnosesystemet. Indenfor ICD-10 systemet er der bestemte symptomer som skal være til stede, for at patienten kan få stillet en diagnose. Ud fra Martinsens (2006) perspektiv, vil denne tilgang beskrives som ”se-efter-teknik”, hvor sygeplejerskerne leder efter symptomer på skizofreni frem for at se patienten i sin helhed og med sine særpræg. Sygeplejerskerne beskriver og dokumenterer patientens symptomer, men hvis sygeplejerskerne skildrer symptomerne med udgangspunkt i et registrerende øje, vil hun ikke sanse og forstå patienten som et mere komplekst menneske. Når sygeplejerskerne udøver en ”se-efter-teknik”, oplever patienten reduceret livsmod og magtesløshed, hvilket modvirker et godt samarbejde med patienten. For at have et godt samarbejde med patienten kræver det, at sygeplejerskerne tør stille sig åbne og sanse patienten, men hvis sygeplejerskerne fokuserer på en ”se-efter-teknik”, kan patienten ikke komme frem, som de er og bliver betegnet syge og medicinkrævende.

Samtidig fortalte en sygeplejerske, at h*n følte sig ekskluderet i teamet, hvor lægen overtog den medicinske behandling. Problemer i det tværfaglige teamarbejde er ikke et ukendt fænomen (Simpson & Buss, 2009, s. 68). Der kan opstå en barriere interpersonelt, som blandt andet kan bygge på institutionelle hierarkier, social klasse og køn (Simpson &

Buss, 2009, s. 68). Der kan opstå en tendens, hvor den enkelte faggruppe beskytter sin autoritet og magtposition på arbejdspladsen. De kan modsætte sig andre faggruppers holdninger for at undgå opgaveglidning i arbejdet, der kan føre til uklare rolle- og ansvarsfordelinger (Simpson & Buss, 2009, s. 69). Problematikken i dette er, at sygeplejerskernes holdninger ikke kan komme til kende, og dersom de taler ud fra patientens ønsker, bliver disse ikke taget til efterretning, når den medicinske behandling diskuteres. Dette magtforhold, hvor sygeplejerskerne ikke føler sig hørt, er også et element i sygeplejerskernes rolle, som er relevant at inddrage.

Data kan også vise et element at magt imellem sygeplejersker og det psykiatriske sundhedsvæsen. Denne magt i praksis bør løftes frem, og magten bliver belyst med inspiration af Foucault. Foucault beskriver at samfundet i højere grad er præget af paradigmer om uniformering og standarder af mennesket, for at undgå mennesker som afviger for meget fra ”det normale”. Det moderne samfund har et meget snævert syn på mennesket og ved afvigende adfærd skal det korrigeres, for at sikre at mennesket får en normal sundhedsadfærd i samfundet (Norvoll, 2016, s. 57-58; Sørensen, 2009, s. 124). Dette paradigme har påvirket psykiatrien, hvilket har medvirket at professionelle og det biomedicinske menneskesyn kan definere hvad ”normal” er indenfor psykiatriens rammer. Ud fra dette perspektiv, kan medicinering være et tiltag for at korrigere en uønsket adfærd i samfundet.

Indenfor psykiske helsearbejde kan magten bruges positivt og negativt. Magten kan bruges indskrænkende overfor grupper samt misbruge, krænke og lave begrænsninger for menneskets autonomi og rettigheder. Magten kan illustreres ovenfra, med institutioner og strukturelle forhold som kan gå ned og påvirke helt nede på relationer imellem mennesker. Foucault beskriver at magt kommer til udtryk på flere måder, hvor blandt andet personalet i de psykiatriske institutioner er imellem to magtformer (Øye & Norvoll, 2016, s. 76). Sygeplejerskerne i dette studie er underlagt de strukturelle fænomener og paradigmer der eksisterer i deres praksis, samtidig med at de fungerer som institutionens udøvende magt i forhold til patienterne. Sygeplejerskernes handlinger overfor patienterne er ikke nødvendigvis bestemt ud fra deres personlige intentioner, men mere institutionens retningslinjer (Øye & Norvoll, 2016, s. 76). Øye og Norvoll (2016) forklarer at det er vanskeligt for den enkelte arbejder at ændre i måden patienterne bliver behandlet på, da det er en indgroet praksis i institutionen. Dette ses også i sygeplejerskernes udtalelser, når de

beskriver om vanskelige situationer angående antipsykotica, hvor sygeplejerskerne må fortsætte med at tilbyde og tvinge patienter til medicin. Sygeplejerskerne udfører den samme praksis som før, uden at kæmpe imod den magt de selv er underlagt. Men, det kan i disse situationer skabe en indre vanskelighed i arbejdet og sætte personalet i en arbejdssituation med meget afmagt (Øye & Norvoll, 2016, s. 82), hvilket vi så med sygeplejerskerne, hvor de måtte snakke med andre kollegaer om de vanskelige situationer.

Foucault beskriver at den dominerende magt ofte vil møde modstand af den gruppe, som oplever magtens negative konsekvenser. Men, det kræver at gruppen skal turde at gøre modstand eller oprør (Øye & Norvoll, 2016, s. 79). Dette leder os videre til næste tema, som omhandler sygeplejerskernes håb for den fremtidige psykiatriske sygepleje.

Sygeplejerskerne gav indtryk af, at de ønskede mindre medicin i fremtiden og mere miljøterapi. For at belyse dette, bliver Kari Martinsen inddraget. I følge Martinsen kan det handle om sygeplejerskernes solidaritet. Sygeplejerskernes solidaritet ligger ifølge fundene ved den medicinske psykiatriske behandling, men i deres håb for den psykiatriske sygepleje, ligger solidariteten ved patienterne. Gennemgående for alle sygeplejerskerne var, at de ønskede mindre medicin og flere miljøterapuetiske tiltag, som bygger på patientens ønsker. Sygeplejerskerne vil gerne anerkende det fællesskab, de har med patienterne og støtte dem i deres sygdom med miljøterapi frem for at give medicin. Men det er ikke muligt, når deres nuværende solidaritet ligger ved sundhedsvæsenet og dets biomedicinske paradigmer.

Sygeplejerskerne og sundhedsvæsenet befinder sig i livsfornægtende holdninger i forhold til patienten. De har i fællesskab fundet frem til den gode holdning, hvor antipsykotika er det bedste for patienten. Denne livsfornægtende holdning kommer til udtryk i en sygepleje, hvor patienten ikke bliver hørt og får antipsykotika. Men med sygeplejerskernes ønske om mindre medicin, kan det indikere, at de ønsker at være livsbekræftende, og at de ønsker, at deres solidaritet ligger ved patienterne. Men på baggrund af det pres, de er under af sundhedsvæsenet, bliver de nødt til at modarbejde det, de egentlig tror på, og derfor håber de på en anden fremtid, end den de er i nu. Martinsen (2012) beskriver, at det kræver mod at gå imod normerne i afdelingen. At gå imod de fastsatte normer og være tro mod sig selv. At være solidarisk til patienten er vanskeligt i et sundhedsvæsen, som er distanceret og køligt over for patienterne. Sygeplejerskernes udtalelser kan indikere, at de mangler dette

mod til at gå imod det biomedicinske paradigme, og derfor er det altid noget, der skal ske i fremtiden.
Hvorvidt sygeplejerskerne er i den undrende rolle, kan diskuteres. Martinsen (2012) beskriver, at sygeplejerskerne bliver opmærksomme på de ting, de skal respektere og beskytte i livets sårbarhed gennem deres forundring af konflikterne og de komplicerede og givende situationer, de kommer i. Det kan tolkes således, at sygeplejerskerne er forundret over de situationer, de har været igennem med patienterne og ønsker at respektere og værne om patienterne. De udtrykker dette håb om en fremtid med mindre medicin. Det kan fortælle os, at sygeplejerskerne er sansende overfor patienterne og anerkender deres ønske om mindre medicin, men som beskrevet tidligere, har sygeplejerskerne ikke modet til at lade sine sanser komme til udtryk i deres arbejde og lader sig i stedet kue af sundhedsvæsenets normer.

Paradokset med sygeplejerskernes håb til en anden psykiatrisk sygepleje er, at data også viste at de mener at antipsykotica er essentiel i behandlingen. Deres holdninger og håb er lidt modsigende, samtidig kan det belyse den ambivalens sygeplejerskerne befinder sig i.

Sygeplejerskernes håb kan indikere, at de håber på en bedre fremtid og at det er vanskeligt for dem, at lave en bedre i dag.

## 5.1 Studiets metode og metodekritik

Vi skal i dette afsnit kritisk gennemgå opgaven. Målet med studiet var at kortlægge sygeplejerskers holdninger til antipsykotika. Reliabilitet og validiteten er blevet beskrevet tidligere, men jeg vil kort lave en gennemgang her også. Reliabilitet omhandler også muligheden for at genskabe de samme resultater. Studiets metodologiske tilgang er blevet gennemgået sammen med en begrundelse for hvorfor denne var aktuel for problemstillingen. For at være transparant i studiet, blev min forforståelse og mine fordomme gennemgået, hvor jeg selv er kritisk og ambivalent til brugen af antipsykotika. Selvom læseren har fået et indblik i, hvordan data kom frem, skaber det komplikationer til reproduktion af lignende resultater. Det er på baggrund af den kvalitative metode, hvor forskeren har en påvirkning på data. Samtidig er der meget forskel på interview, og forskere kan stille forskellige opfølgende spørgsmål til informanten. På baggrund af dette er det ikke sikkert, at det er muligt at genskabe de samme resultater.

Ud fra foreskrevne kriterier blev sygeplejerskerne udvalgt af deres ledere, hvilket kan have haft indvirkning på data. Lederne kan ubevidst have valgt ud sygeplejersker, som deler samme værdier som selve institutionen.

Inden jeg gennemførte spørgsmålene med sygeplejerskerne, lavede jeg et prøveinterview. Det hjalp til at vurdere rækkefølgen af spørgsmålene, og det gav mig som uerfaren lidt selvtillid. Kvaliteten af det første interview var præget af nervøsitet, hvilket blev markant forbedret med tiden. Jeg blev også bedre til at lave opfølgningsspørgsmål samt turde at løsrive mig mere fra interviewspørgsmålene.

Under transskriberingen var jeg inspireret af Gadamers hermeneutik, som hjalp mig til at se delene ud fra helheden og helheden i delene. Samtidigt, som beskrevet tidligere, oplevede jeg sproglige problematikker, hvor jeg ikke kendte til enkelte ord. Dette blev afhjulpet med ordbøger. Samtidig var der udfordringer i forhold til at oversætte dialekt til bokmål, når jeg var usikker på hvilke ord, der var bokmål eller dialekt. Der kan være fejl i stavninger, på baggrund af at norsk bokmål og dansk skriftsprog minder meget om hinanden og jeg kommer ubevidst til at forveksle stavninger.

## 5.2 Implikationer for videre forskning

Sygeplejerskers holdninger til antipsykotika er som beskrevet tidligere et uudforsket emne. Der bør derfor laves lignende forskning om sygeplejerskers holdninger for at sikre større mangfoldighed i data.

Det kunne være interessant at undersøge lægernes holdninger til antipsykotika i behandlingen af mennesker med skizofreni, for at belyse og undersøge om deres holdninger er ens eller afvigende i forhold til sygeplejerskernes holdninger.

Samtidig kunne det være aktuelt at undersøge sektionsledelsens holdninger til antipsykotika, for igen at sammenholde og undersøge for ligheder og afvig imellem dem og sygeplejerskerne.

Det vil også være aktuelt at undersøge patienternes holdninger til antipsykotika, og det vil her være særligt interessant at sammenligne sygeplejerskers og patienters holdninger. Det vil kunne sætte fokus på, om sygeplejerskerne og patienterne deler de samme holdninger.

### 5.3 Studiets betydning for praksis

Holdningerne fra dette studie kan ikke generaliseres på baggrund af få informanter og generelt manglende data om dette tema. Men det kan give en lille indsigt i sygeplejerskernes holdninger til antipsykotika. Studiet kan være med til at belyse sygeplejerskernes ambivalente holdninger og belyse, at disse holdninger er vanskelige at få frem i det psykiatriske sundhedssystem. Psykiatrien er præget af et biomedicinsk menneskesyn og som har en stor magt i sygeplejerskernes handlinger og holdninger, som ikke nødvendigvis stemmer overens med deres egne subjektive holdninger og ønske om handlinger.

## 6.0 Konklusion

Det er vigtigt at få frem, at sygeplejerskerne handler ud fra de bedste intentioner i patientens behandling. Studiets fund viste, at sygeplejerskerne har en ambivalent holdning til antipsykotica, at sygeplejerskerne er i et dilemma i den måde de udfører psykiatrisk sygepleje på samt at de har et håb om mere miljøterapi i fremtiden.

Fundene viste, at sygeplejerskerne har en betydningsfuld rolle i behandlingen med antipsykotica ved patienter med skizofreni. De har en vigtig medmenneskelig rolle overfor patienten samtidigt med, at de også har en mere objektiv rolle. De administrerer medicinen, de motiverer patienterne til at tage medicinen, og deres observationer og rapporter er vigtige, når det bliver besluttet, om patienten skal starte på antipsykotika. Fundene viste, at de måtte bruge paternalistiske tilgange for at sikre patienternes indtagelse af medicin. Sygeplejerskerne beskrev, at tilgangene blev brugt på baggrund af omsorg for patienten, og at de følte, at de gjorde det rigtige for patienten.

Sygeplejerskernes holdninger er dannet af kundskaber, følelser og adfærd sammen med de normer og regler, sygeplejerskerne er underlagt i praksis. Fundene tyder på, at sygeplejerskerne mener, at antipsykotika er vigtigt i behandlingen af patienter med skizofreni, særligt i de tilfælde hvor de har en alvorlig grad af psykose. De ser det som et virksomt middel mod skizofrenisymptomer, som kan hjælpe patienterne til at leve et stabilt og godt liv. Samtidig gav sygeplejerskerne indtryk af at være usikre på, om antipsykotika var det rigtige for patienterne. Det bunder blandt andet i, at de kunne se en opblomstring af psykosesymptomer, selvom patienten brugte medicin, alvorlige bivirkninger og at situationer, hvor patienten var imod antipsykotika, var vanskelige at stå i. De forstår og

anerkender de negative virkninger af antipsykotika, men de mener, at det på mange punkter handler om at opveje de gode og dårlige virkninger imod hinanden. Men på trods af denne ambivalens, fortsætter sygeplejerskerne med at give antipsykotika. Det kan vise, at sygeplejerskerne er meget præget af det biomedicinske paradigme, hvor antipsykotika er vigtigt. Det kan også illustrere den magt og stærke paradigmer der eksisterer i praksis, som sygeplejerskerne er underlagt og som præger deres måde at arbejde og tænke på.

Fundene belyste også, at sygeplejerskerne ønsker mindre medicin i fremtiden og mere miljøterapi. Det kan illustrere, at sygeplejerskerne ikke er helt enige i, at antipsykotika skal fylde meget i behandlingen, men at det derimod er andre elementer, der bør fylde mere i behandlingen af patienter med skizofreni. Det kan belyse det dilemma sygeplejerskerne er i, hvor de er fastlåste i en bestemt psykiatrisk sygepleje, hvor et vigtigt element er antipsykotika og at de i fremtiden har et håb om at kunne løsrive sig fra det.

Dette studie har givet en kundskab om at sygeplejersker har ambivalente holdninger til antipsykotika, og at de ønsker en fremtidig psykiatrisk sygepleje med mindre antipsykotika.

# 7.0 Litteraturliste

Aarre, T. (2018). *EN mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget

Bell, J. & Waters, S. (2014). *Introduktion till forskningsmetodik*. (5. udg). Studentlitteratur.

Besenius, C., Clark-Carter, D. & Nolan, P. (2010) Health professionals' attitudes to depot injection antipsychotic medication: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, June*. Vol. *17*(5). 452-462. Hentet fra: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2850.2010.01550.x

Buciek, K. (1996) *Fra problem til metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Buss, N. (2009) Sygeplejersker i psykiatrien. I Buus, N. (Red.), *Psykiatrisk sygepleje*. (1. udg. s. 21-122). København: Nyt Nordisk forlag Arnold Busk

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. (2. udg.). Studentlitteratur.

Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. (2. udg.). Oslo: Universitetsforlaget.

da Silva, A.B (2012). Prinsippbasert etikk og yrkesetikk – helseetikk. I da Silva, A.B (Red.). *Etik og menneskesyn i helsetjeneste og socialt arbeid*. (1. utg., 4. opl., s. 131-173). Oslo: Gyldendal Akademisk.

da Silva, A.B (2012). Menneskesynets relevans for helseetik. I da Silva, A.B (Red.). *Etik og menneskesyn i helsetjeneste og socialt arbeid*. (1. utg., 4. opl., s. 95-130). Oslo: Gyldendal Akademisk.

De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/b.-hensyn-til-personer-5---18/

Elo, S. & Kyngås, H. (2008) The qualitative content analysis process. *Jan research methodology*. 62(1) doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Gadamer, H-G. (2007) *Sandhed og metode – grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. (2. udg. 1.oplag). Academica

Gilje, N. (2017) Hermeneutik – teori og metode. I Jarvinen, M. & Mik-Meyer, N. (Red.), *Kvalitativ analyse – syv traditioner*. (1. udg., 1. oplag, s. 127-152). Hans Reitzels Forlag.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research:concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*(24), 105-112.

Gøtzsche, P. (2015) *Dødelig psykiatri og organisert fornektelse*. (1. udg. 1. opl.). København: abstrakt forlag

Hammer, J. (2017, 27. januar). På vei mot et paradigmeskifte. *Sykepleien*. Hentet fra https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/01/pa-vei-mot-et-paradigmeskifte

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser

Hummelvoll, J.K (2005). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (3. udg. 2. opl.). København: Hans Reitzels forlag

Hybholt, L. (2009) Miljøterapi i behandlingspsykiatrien. I Buus, N. (Red.), *Psykiatrisk sygepleje*. (1. udg. s. 281-308). København: Nyt Nordisk forlag Arnold Busk

Høier, B. (2015). *Medikamentfri behandling for psykisk syke i alle helseregioner*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/medikamentfri-behandling-for-psykisk-syke-i-alle-helseregioner/id2464240/.

Jensen, N.K., Andersen, J.R. & Buus, N (2009). Lovgivning, etik og moralsk beslutningstagning i psykiatrien. I Buus, N. (Red.), *Psykiatrisk sygepleje*. (1. udg. 95-120). København: Nyt Nordisk forlag Arnold Busk

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. udg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norheim, A. (2012) Pleiekulturens betydning for en god profesjonell omsorg – et etisk perspektiv. I da Silva, A.B (Red.). *Etik og menneskesyn i helsetjeneste og social arbeid*. (1. utg., 4. opl., s. 228-256). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norvoll, R. (2016) Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykisk helse – en utdypning. I Norvoll, R (Red.). *Samfund og psykisk helse – samfunnsvitenskapelige perspektiver*. (1. udg. 3. opl. s. 37-72). Oslo: Gyldendal Akademisk

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. udg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2012) *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe

Martinsen, K. (2010) *Øjet og Kaldet*. (2. udg. 1. oplag). København: Munksgaard Danmark

Raaheim, A. (2002). *Sosialpsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thagaard, T. (2016). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ matode*. (4. udg). Bergen: Fagbokforlaget.

Simpson, A. & Buus, N. (2009) Tværfagligt teamwork i psykiatrien. I Buus, N. (Red.), *Psykiatrisk sygepleje*. (1. udg. s. 64-75). København: Nyt Nordisk forlag Arnold Busk

Sørensen, N.Ø. (2009) Perspektiver på magt. I Buus, N. (Red.), *Psykiatrisk sygepleje*. (1. udg. s. 122-139). København: Nyt Nordisk forlag Arnold Busk

Øye, C. & Norvoll, R. (2016) Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrolperspektiv. I Norvoll, R (Red.). *Samfund og psykisk helse – samfunnsvitenskapelige perspektiver*. (1. udg. 3. opl. s. 73-96). Oslo: Gyldendal Akademisk

## 8.0 Tabeller og figurer

## Bilag 1

Interviewguide

**Briefing**

- Starter med at fortælle informant om at vi starter med en briefing, dernæst gennemgår vi spørgsmålene for afslutningsvis lave en debrifing af interviewet.
- Fortæller informant hvorfor jeg er her og formålet med opgaven
- Informant bliver forklaret anonymitet, konfidensialitet samt tavshedspligt
- Underskrive samtykke papirer
- Informant bliver informeret om at de kan trække sig ud af interviewet eller nægte at svare på spørgsmål
- Informeres om diktafonens funktion
- Jeg informerer om den sproglige barriere der kan forekomme mellem dansk og norsk og hvilke udfordringer det kan give.
- Jeg spørger tilslut informanten om vedkommende har nogen spørgsmål, inden jeg starter diktafonen.

| **Forskningsspørgsmål** | **Interviewspørgsmål** |
|---|---|
| Indledningsspørgsmål | • Alder<br>• Arbejder du på sykehus eller DPS<br>• Hvor mange år har du jobbet i psykiatrien som uddannet sygeplejerske<br>• Har du videre uddannelse indenfor psykiatri? |
| Erfaringer og holdninger til antipsykotica | • Hvilke tanker har du til antipsykotica i behandlingen af skizofreni lidelser?<br>• Hvilke fordeler og udfordringer finder du ved at bruge antipsykotica?<br>• Har du nogen gang været usikker om en patient med skizofreni burde få antipsykotica? *I så fald, hvorfor opstod usikkerheden?*<br>• Kan du fortælle om nogen episoder, hvor patienten ikke ville have medicin? Hvordan tacklede du det og hvad gør det med dig?<br>• Mener du at antipsykotica er et vigtigt redskab for at forbedre patientens psykiske tilstand? *Hvorfor tror du dette?*<br>• Hvor kompetent føler du dig til at behandle patienter med skizofreni uden medicin?<br>• Hvilke egenskaber tror du det kræves af en sygeplejerske hvis en patient med skizofreni ikke vil have antipsykotica?<br>• Hvordan opnår du viden og forståelse for antipsykotikas virkninger og bivirkninger? |

| | |
|---|---|
| | • Oplever du at medicinen fylder for meget eller for lidt i behandlingen af patienter med skizofreni?<br>• Hvem bestemmer om en patient skal begynde eller afslutte antipsykotica og føler du dig inddraget i beslutningen? |
| Afslutningsvis | • Hvad tror du den fremtidige sygepleje vil fokusere mest på i behandlingen af skizofreni lidelser – medicin eller medicinfrie alternativer? *Hvorfor tror du dette?*<br>• Har du nogen yderligere kommentarer? |

Debrifing

- Diktafon slukkes
- Jeg spørger ind til informantens oplevelse med interviewet
- Informant bliver spurgt om vedkommende har generelle spørgsmål til opgaven
- Tilslut vil informanten blive takket for deltagelse og påmindet om at tage kontakt ved yderligere spørgsmål eller kommentarer.

## Bilag 2

Forespørgelse om deltakelse i forskningsprosjekt

# SYGEPLEIERS HOLDNINGER TIL ANTIPSYKOTICA I BEHANDLINGEN AV SCHIZOFRENI LIDELSER

Dette er et spørsmål til deg om at delta i et forskningsprosjekt for at undersøke hva sykepleiere på Stavanger Universitets Sykehus samt på DPS mener om antipsykotica i behandlingen av schizofreni lidelser. Du er blitt spurt av din leder om du ville delta, på bakgrunn av at du har minst 5 års erfaring med schizofreni lidelser samt medisinsk behandling.

### Hva innebærer prosjektet?

Igjennom et intervju bliver du spurt omkring dine holdninger, erfaringer m.m omkring antipsykotica. Dine uttalelser blir tatt opp via en diktafon og anvendt senere til min oppgave. Intervju varer ca. 30-60 min.

I prosjektet vil jeg innhente og registrere opplysninger om deg. De opplysninger som bliver registeret er at du jobber på et sykehus/DPS, ditt kjønn og et ca. antall år (eksempel 5-10 års erfaring, 10-15 års erfaring osv) erfaring med antipsykotica i behandlingen av schizofreni lidelser. Hvis det blir aktuelt, vil en ca. alder på deg komme til uttrykk, f. eks at deltageren er mellom 30-40 år gammel.

### Mulige fordeler og ulemper

Det vurderes ikke til at ha alvorlig skade på din profesjon, men du kan reflektere over din arbeidsmetode og bruk av antipsykotica i behandlingen av schizofreni lidelser.

### Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker at delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten at oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve at få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker at trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Cilla Hansigne Hansen på tlf 0045 53781090 eller på mail cilla_hansen@hotmail.com

Opplysningene om deg blir anonymisert og slettet i midten av juni 2020.

### Godkjending

Forskningsavdelingen ved SUS har godkjent prosjektet d. 15.01.2020

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig, Universitet i Stavanger, og prosjektleder, Cilla Hansen et selvstendig ansvar for at sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjekt har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og dit samtykke.

Du har rett til at klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

### KONTAKTOPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Cilla Hansen, tlf. 0045 53781090 eller på mail cilla_hansen@hotmail.com

Personvernombud ved institusjonen er personvernombudet@sus.no

### Jeg samtykker til at delta i prosjektet og tilatte at mine personopplysninger brukes som det er beskrevet.

---

Sted og dato | Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

## Bilag 3

| Meningsenhed | Kondenseret mening | Kode | Kategori | Tema |
|---|---|---|---|---|
| S2: Pause. Det første jeg kommer på det er at det har jeg har set en veldig bedring av symptomer ved bruk av antipsykotica. Og samtidig er der det perspektivet at det ikke er helt uproblematisk heller. Det er lidt todelt. Ja. | Antipsykotica hjælper patienter, men samtidig skaber det også problemer for patienten | Usikkerhed omkring brugen af antipsykotica | Usikkerhed omkring den antipsykotiske behandling | Ambivalens til antipsykotisk behandling |
| S2: Ja, jeg vil gi selv om det er vanskelig. Det er jeg ikke i tvil om det. Så må man jo bare man må gå nogen runder med sig selv og på en måte og som regel bliver den jo så ligger man jo ned de følelsene som kommer opp når man tenker igjennom det. Vi snakker også mye sammen vi kollegaene. Det er jo. Det er jo ganske gjengs og få tenke tenke i de baner da. Da er det en god hjelp at kunne drøfte det litt at hvis vi står flere sammen om det. Det synes jeg. Ja. | Selvom det er følelsesmæssigt vanskeligt at give antipsykotica ved tvang, tvivles det ikke at det er det rigtige at gøre for patienten. Disse tanker opstår ofte og derfor er det vigtigt at drøfte sine tanker med kollegaer, for at sikre at vi gør det sammen | Kollegaer bekræfter hinanden i at antipsykotica hjælper patienten | Ambivalens | Ambivalens til antipsykotisk behandling |

## Bilag 4

**PERSONVERNOMBUDET SIN VURDERING AV MASTERPROSJEKT;**

*Sykepleieres holdninger til antipsykotica i behandlingen av scizofreni lidelse*

Personvernombudet har gått igjennom prosjektdokumentene og gjort følgende vurdering;

*Formål*

*Formålet med studien er å avdekke sykepleiere sine holdninger til antipsykotica i behandlingen av scizofreni lidelse. Resultatet kan muligens bidra til å skape et inntrykk av om sykepleierne i praksis er klar for en fremtid, som kan by på mindre medisin og flere medisinfrie alternativer.*

Prosjektet har et tilstrekkelig klart definert formål i henhold til personvernforordningen art. 5 nr 1. b)

*Behandlingsgrunnlag*

Prosjektet er samtykkebasert. Det skal innhentes informativt samtykke fra de prosjektet ønsker å inkludere.

Det skal ikke behandles særlige kategorier av personopplysninger i prosjektet. Prosjektet skal samle inn personopplysninger gjennom å intervjue sykepleiere.

Prosjektet har tilstrekkelig behandlingsgrunnlag i forordningen art 6 nr 1 a).

*De registrertes rettigheter*

Personvernombudet vurderer at de registrertes rettigheter i prosjektet er tilstrekkelig ivaretatt, i henhold til personvernforordningen kapittel III.

Informasjonsskriv/samtykkeskjema

Informasjonsskriv/samtykkeskjema bør være utformet på norsk. Dette for å sikre at de an ønsker å inkludere forstår alle informasjon.

*Varighet/sluttdato*

Prosjektet forutsettes avsluttet senest innen **15.06.20.** Alle innsamlede data må innen den dato være fullstendig anonymisert eller slettet.

Informasjonssikkerhet

Dersom det skal benyttes frittstående PC, eller benyttes minnepinne må data krypteres. Koblingsnøkkel må lagres adskilt med to låsbare hindringer adskilt fra innsamlede personopplysninger som også må være nedlåst med to låsbare hindringer. For øvrig forutsettes det at prosjektet oppfyller personvernforordningen artikkel 32 vedr. personopplysningssikkerheten.

*Konklusjon*

Personvernombudet vurderer at prosjektet gjennomføres i henhold til de grunnleggende personvernprinsipper jf personvernforordningen kap II, artikkel 5, videre at de registrertes personvern er tilstrekkelig ivaretatt i prosjektet.

Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som det går frem av prosjektdokumentene.