

Kunnskapsbasert praksis ved vurdering av skjerming på psykiatriske sengeposter

-En kvalitativ studie av helsepersonellens erfaringer



DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET

2018-2020

Masterstudium: Rus og psykisk helsearbeid, heltid

Veileder: Universitetslektor Unn Elisabeth Hammervold

Student: Elise Undheim

Kull: Høst 2018

Antall ord i besvarelsen: 19106

Forord

Masteroppgaven er et resultat av 2 års tverrfaglig studie i psykisk helsearbeid og rus ved universitetet i Stavanger. I løpet av disse to årene har jeg blitt introdusert for dyktige fagfolk som har inspirert og utfordret. Studien har gitt meg mulighet til å fordype meg i et tema jeg brenner for. Jeg har vært opptatt av å styrke pasientens rolle på psykiatriske sengeposter. Nå ønsker jeg å takke de som har bidratt til kunnskap, motivasjon og inspirasjon i prosessen.

Mine åtte informanternes erfaringer, som helsepersonell på sengeposter, har vært uunnværlige og jeg retter en stor takk til dere for bidrag i studien.

Min veileder Unn Elisabeth Hammervold ved universitetet i Stavanger har vært en pådriver gjennom frustrasjon og glede. Takk for ditt engasjement og alle faglige refleksjoner vi har hatt sammen.

På grunn av en spesiell tid samfunnet har stått i, har prosessen til den endelige masteroppgaven vært særlig utfordrende. Jeg ønsker å takke min medstudent og gode venn, Linn Øksnevad. Sammen har vi, på grunn av stengte biblioteker, sittet i leiligheten og kjent på oppturer og nedturer. Takk for gode refleksjoner og støtte.

Stavanger, juni 2020

Elise Undheim

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Sammendrag | 5 |
| 1 Innledning | 6 |
| 1.1 Bakgrunn for studien..... | 6 |
| 1.1.1 Tidligere forskning..... | 7 |
| 1.2 Hensikt og problemstilling..... | 9 |
| 1.2.1 Avgrensning..... | 10 |
| 1.2.2 Forforståelse..... | 10 |
| 2 Skjerming i psykisk helsevern | 10 |
| 2.1 Skjerming og lovverk..... | 11 |
| 2.2 Skjerming og seclusion..... | 12 |
| 2.3 Skjerming som metode..... | 13 |
| 3 Kunnskapsbasert praksis | 14 |
| 3.1 Forskningsbasert kunnskap..... | 15 |
| 3.2 Erfaringsbasert kunnskap..... | 15 |
| 3.3 Brukererfaring..... | 16 |
| 4 Teoretisk rammeverk | 17 |
| 4.1 Personlig recovery..... | 17 |
| 4.1.1 CHIME- elementene..... | 18 |
| 4.1.2 Hjelperens rolle i recoveryorientert praksis..... | 19 |
| 4.1.3 Kritikk mot recovery-orienteringen..... | 20 |
| 4.2 "Den totale institusjon"..... | 21 |
| 5 Metode og metodiske overveielser | 22 |
| 5.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming..... | 22 |
| 5.2 Det kvalitative forskningsintervju..... | 23 |
| 5.2.1 Rekruttering..... | 26 |
| 5.2.2 Presentasjon av informantene..... | 27 |
| 5.3 Forskningsetiske vurderinger..... | 28 |
| 5.4 Utvalg..... | 28 |
| 5.5 Intervjuprosessen..... | 28 |
| 5.6 Transkribering..... | 28 |
| 5.7 Analyse..... | 29 |
| 5.7.1 Teksten blir lest åpent og naivt..... | 30 |
| 5.7.2 Strukturell analyse..... | 30 |
| 5.7.3 Formulere en helhetlig forståelse..... | 32 |
| 5.8 Overførbarhet, validitet og reliabilitet..... | 33 |
| 6 Presentasjon av funn | 33 |
| 6.1 Erfaringsbasert kunnskap..... | 34 |
| 6.1.1 Personalets erfaringer med diagnoser..... | 34 |
| 6.1.2 Personalets erfaringer med den enkelte pasient..... | 35 |
| 6.1.3 Personalets observasjon av tilstanden..... | 36 |
| 6.2 For syk for deltakelse..... | 37 |
| 6.2.1 Personalet i ekspertrollen..... | 37 |
| 6.2.2 Pasienten i rollen som passiv mottaker av behandling og omsorg..... | 38 |
| 6.3 Institusjonelle og kulturelle forhold..... | 40 |
| 6.3.1 Manglende rom for refleksjon over praksis..... | 41 |
| 6.3.2 Skjerming som rutine..... | 42 |
| 7 Diskusjon | 43 |

| | |
|---|-----------|
| 7.1 Resultatdiskusjon | 43 |
| 7.1.1 Institusjonelle og kulturelle rammer..... | 45 |
| 7.1.2 Roller under gjensidig påvirkning | 49 |
| 7.2 Diskusjon av metode | 60 |
| 8. Oppsummerende konklusjon..... | 61 |
| 8.1 Implikasjoner for praksis | 62 |
| 8.2 Videre forskning..... | 63 |
| Litteraturliste | 64 |
| Vedlegg 1: Informasjonsskriv | |
| Vedlegg 2: Samtykkeskjema | |
| Vedlegg 3: Intervjuguide | |

Sammendrag

Skjerming er et tiltak som benyttes hyppig på psykiatriske sengeposter. Dagens skjermingspraksis problematiseres, ettersom brukere opplever skjerming som krenkende. Det er et sprik i profesjonelles behandlingsidealer og pasientenes tilbakemeldinger.

Litteraturstudier viser at skjerming har et generelt svakt kunnskapsmessig grunnlag.

Lite forskning foreligger om helsepersonellens beslutningsgrunnlag for vedtak om skjerming. Politiske føringer har satt kunnskapsbasert praksis på agendaen for å kvalitetssikre tjenestene. Hensikten med studien er å belyse helsepersonellens erfaringer med kunnskapsbasert praksis som metode ved vurdering av skjerming. Hvilke kunnskapskilder anvendes, og hvordan begrunner de disse?

Det er gjennomført en kvalitativ studie med intervju av 8 helsepersonell ved psykiatriske sengeposter. Miljøpersonale og faglig ansvarlige på postene er inkludert i studien. Analysen av datamaterialet er basert på en fenomenologisk hermeneutisk metode, videreutviklet av Lindseth og Norberg. Funnene er drøftet i lys av tidligere forskning, personlig recovery som perspektiv og Goffman sine teorier om ”den totale institusjon”.

Resultatene viser at beslutningsgrunnlaget helsepersonellet beskriver ikke følger prinsippene i kunnskapsbasert praksis, da de hovedsakelig anvender egenerfaring som kunnskapskilde. Institusjonelle og kulturelle rammer bidrar til at helsepersonellet kommer i en ekspertrolle, ettersom den medisinske modellen har hegemoni på sengepostene. Dagens skjermingspraksis er til hinder for pasientenes muligheter for medvirkning, da de ikke blir anerkjent som deltaker i beslutningsprosesser.

En holdningsendring må til, hvor personalet stiller spørsmål til rådene diskurser. Målet er å øke fokuset på kunnskapsbasert praksis som arbeidsmodell, som vil gagne pasientene, helsepersonellet og utviklingen av tjenestetilbudet. Kunnskapen skal være et bidrag i arbeidet for å redusere spriket mellom helsepersonell som utøver helsehjelp og brukere som opplever skjerming negativt.

1 Innledning

Min interesse for skjerming ved psykiatriske sengeposter oppstod da jeg startet i jobb etter endt vernepleieutdanning. Pasientenes tilbakemeldinger om skjermingspraksisen skapte en uro i meg. De sammenlignet oppholdet på skjermingsavsnittet med å være i fengsel. En opplevelse av at vi forsøkte å tyne dem til deres ytterpunkt. Personalet svarte med forståelse, og sa at de aldri hadde klart å være på skjerming så lenge. Likevel begrunnet personalet ofte skjermingspraksisen med stimulireduksjon. For meg var ikke stimulireduksjon tilstrekkelig legitim grunn til å overhøre pasientenes protest.

1.1 Bakgrunn for studien

Skjerming blir i dag brukt som behandling og kontroll i psykiatriske sengeposter (Norvoll, 2007). 20-35% av pasientene som er innlagt blir skjermet (Helsedirektoratet, 2012). Sterk behandlingsforståelse og vektlegging av beskyttelse, samt lang varighet kjennetegner den norske skjermingstradisjonen.

De psykiatriske sykehusene har gjennom årene blitt anklaget for å være fengselsaktige og passiviserende oppbevaringsinstitusjoner (Norvoll, 2007). Inhumane og dårlige sosiale vilkår kommer særlig til uttrykk ved skjermingsavsnittene.

Litteraturen viser at brukere kan oppleve skjerming forskjellig, og at opplevelsene kan være komplekse og sammensatte (Norvoll, 2007). Det kan variere fra brukere som er fornøyde eller aksepterer skjermingen, til de som opplever det som en dramatisk personlig begrensning, traumatisk, krenkende, og tidvis som straff (Karlsson, 2004). Andre kan ha delvis motstridene opplevelser; de kan være meget kritiske til pleien og omsorgen de mottok ved skjerming, samtidig som de gir uttrykk for trygghetsopplevelsen av betydningsfulle møter med enkelte av personalet (Karlsson, 2004).

Norvoll og Husum gjennomførte i 2011 en systematisk litteraturstudie hvor de undersøkte forskjellige forståelser mellom personal som utfører tvang i psykisk helsevern, og brukere som har erfart tvangen som noe negativt. I studien fant de store uenigheter mellom personalet og brukerne. Forskerne valgte å beskrive uenighetene som en forståelseskluft.

Forståelseskluften bestod av ulike meninger og opplevelser knyttet til menneskesyn, synet på tvang, psykiske lidelser, relasjon og kommunikasjon og i synet på brukervedvirkning og innsikt. Norvoll og Husum (2011) peker på et behov for mer forskning rundt den såkalte

forståelseskloften, for å øke kunnskapen og bidra til å redusere og bedre bruken av tvang.

Med bakgrunn i et sprik i profesjonelles behandlingsidealer og pasientenes tilbakemeldinger har min interesse for beslutningsgrunnlaget for vedtak om skjerming vokst frem.

En måte å styrke beslutningsgrunnlaget på er å jobbe kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis (KBP) er en relevant modell for kvalitetssikring av tjenestene (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007). Gjennom en trinnvis prosess skal man tette kunnskapshull ved å systematiske innhente beste tilgjengelig evidens, kritisk evaluere evidensen og anvende kunnskapen i praksis (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Tre kunnskapskilder skal integreres i denne prosessen; den best tilgjengelige forskningskunnskapen, klinisk ekspertise og brukerens preferanser og verdier.

Politiske føringer peker på et økende krav til kunnskapsbasert yrkesutøvelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Nasjonal strategi for kvalitetsutbedring i helse- og sosialtjenestene (2005) beskriver særlig viktigheten ved at helsevesenet i større grad tar i bruk ny og relevant kunnskap. Kravene korrelerer med kunnskapsbasert praksis som arbeidsmodell. Til tross for økt fokus på kunnskapsbasert praksis er utbredelsen overraskende lav i helsetjenestene (Kunnskapssenteret, 2011). Lav utbredelse av kunnskapsbasert praksis gjenspeiles i et velkjent ”gap” mellom forskning og praksis. Det er ofte en langsom og tilfeldig vei fra forskning og utvikling av ny kunnskap innen helsefagene, til de blir tatt i bruk (Røkholt, Davidsen, Johnsen og Hilli, 2017).

1.1.1 Tidligere forskning

Et systematisk litteratursøk er gjennomført for å oppsumere tilgjengelig forskning innen det aktuelle temaet. Jeg har brukt databasene Medline, Chinal og Psyck info. Databasene representerer medisinske, sykepleiefaglige og psykologiske artikler. Som søkeord har jeg brukt “evidence based practice”, “knowledge-based practice”, “seclusion” og “isolation”, ettersom ulike land bruker ulike begreper og praksiser.

For å avgrense søket til det psykiske helsefeltet har jeg tatt med “psychiatric” AND/OR “mental health”. Avslutningsvis har jeg vurdert den enkelte artikkels kvalitet og relevans i forhold til problemstillingen min. Flere litteratursøk ble gjennomført innledningsvis til studien, og repetert i slutten av mai, 2020.

Søkene viste at begrepet “evidence based practice” er mest brukt, og gir flest relevante artikler innen psykisk helsevern og skjerming. Når det gjelder begrepene “seclusion” og

“isolation” gav “isolation” noen flere treff. Likevel gav kombinasjonen “evidence based practice” og “seclusion” flere artikler av relevans for studien. “Evidence based practice”, “seclusion”, “psychiatrich” og/eller “mental health” gav opptil 13 treff i databasene. De ulike databasene gav mer eller mindre samme treff.

Oppsumert peker litteratursøket på at store deler av forskningen omfatter effekten av ulike kunnskapsbaserte intervensjoner for å redusere bruken av skjerming og belter. Flertallet av studiene beskriver “seclusion” som en skjermingspraksis tilnærmet lik bruk av isolasjon i Norge. Tre av artiklene beskrives nærmere, med bakgrunn i deres relevans for min studie.

Artikkelen av Finke (2001) oppsummerer tilgjengelig forskning på skjerming som intervensjon på barn. Her blir en vid forståelse av begrepet skjerming brukt, som også tilsvarer tvangsmiddelet isolasjon i Norge. Studier som omhandler voksne psykiatriske pasienter inkluderes, da det er lite forskning på barn og skjerming. Finke (2001) problematiserer hvordan litteraturen presenterer teorier som viser et behov for skjerming av psykiatriske pasienter. Flertallet av teoriene støttes ikke av forskning. Den tilgjengelige forskningen inkluderer heller ikke kontroll grupper eller måler pasientens opplevelse av bedring eller nedgang i innleggelser.

Den systematiske litteraturgjennomgangen til Finke (2001) presenterer forskning fra starten av 80-tallet. Artikkelen hennes vil derfor være av liten relevans da skjermingspraksisen har gjennomgått store endringer de siste tiårene. Likevel kan konklusjonen være dagsaktuell. Den tilgjengelige forskningen viste at pasienter, både voksne og barn opplever skjerming som skadefull og traumatiserende. Skjermingspraksisen når ikke de terapeutiske målene, men blir en metode for å kontrollere miljøet i motsetning til en terapeutisk intervensjon. Hun konkluderer med at bruk av skjerming ikke er kunnskapsbasert praksis.

Manglende kunnskapsmessig grunnlag for skjerming understøttes i litteraturgjennomgangen til Norvoll, Ruud og Hynnekleiv (2015). Her implementeres artikler fra perioden 1930-2013. Fagutviklingsarbeid og debatt rundt skjerming har synliggjort svakheter ved metodens teori og utforming. Det blir presisert at skjermingsmetoden er i mindre grad forskningsbasert, da det ikke foreligger effektstudier rundt pasientenes opplevelse av nytte ved skjerming som terapeutisk intervensjon. Det er en uoverensstemmelse mellom utbredelsen av skjerming som metode i akuttpsykiatrien og det kunnskapsmessige grunnlaget.

Espinosa, Harris, Frank, Armstrong-Muth, Brous, Moran og Giorgi-Cipriano (2015) gjennomførte en intervensjonsstudie blant ansatte på et psykiatrisk sykehus i New York. De implementerte kunnskapsbasert praksis for å endre kulturen i avdelingene. Resultatet ble et mer terapeutisk miljø hvor bruk av skjerming og beltesenger ble redusert gjennom flere intervensjoner. Flere forbedringer kom når det ble brukt mindre tvangsmessige tiltak, både når det gjelder forebygging av vold og skade, pasientens og personalets tilfredshet.

På bakgrunn av presentert forskning som omhandler kunnskapsbasert praksis og skjerming synes det å være et kunnskapshull når det gjelder helsepersonellens egne erfaringer om temaet. Studier som eksplisitt adresserer kunnskapsbasert praksis og beslutningsgrunnlaget for vedtak om skjerming er fraværende.

1.2 Hensikt og problemstilling

Målet med masterstudien er å utvikle ny kunnskap om helsepersonellens erfaringer med kunnskapsbasert praksis, ved vurdering av vedtak om skjerming. Jeg vil undersøke helsepersonellens erfaringer av å bruke ulike kunnskapskilder i beslutningsprosesser ved skjerming. Studien vil være av eksplorerende art; hva viser seg når helsepersonell snakker om kunnskapsbasert praksis? Forskingen skal være et bidrag i arbeidet for å redusere forståelseskloften mellom helsepersonell og pasienter. Videre håper jeg artikkelen kan bidra til økt fokus på pasientens stemme i psykisk helsevern.

Med utgangspunkt i temaet: Kunnskapsbasert praksis ved skjerming på psykiatriske sengeposter, er problemstillingen: *Hvilke erfaringer har helsepersonell med kunnskapsbasert praksis som metode ved vurdering av skjerming på psykiatrisk sengepost?*

Jeg har valgt en åpen problemstilling, da kunnskapsbasert praksis og skjerming har mange sider, og jeg ønsker å ivareta mangfoldet i temaet.

Forskningsspørsmålene gir innhold til problemstillingen og retning til studien. De er uformet gjennom forskningsarbeidet, og konkretiseres slik:

- Hvilke kunnskapskilder bruker helsepersonell ved vurdering av skjerming på psykiatrisk sengepost?

-Hvordan begrunner de bruken av kunnskapskilder?

1.2.1 Avgrensning

Datainnsamlingen avgrenses til helsepersonellens egne erfaringer av kunnskapen. Ledere, pasienter og pårørende sine opplevelser og erfaringer, er ikke direkte representert i studien. Helsepersonellet er de som tar avgjørelsene ved spørsmål om skjerming, og det vil være av stor betydning å innhente deres erfaringer rundt temaet.

Sykehusposter blir særlig omtalt av brukere når de snakker om misnøye med tvang. Jeg har valgt å undersøke bruken av kunnskapsbasert praksis på psykiatriske sengeposter.

Tvangsbruken er høyest innenfor sykehusene (Norvoll og Husum, 2011).

1.2.2 Forforståelse

Kunnskapsutvikling skjer ikke i et vakuum, men påvirkes av forskeren i alle ledd (Malterud, 2017). Som forsker starter man med et sett meninger og forforståelse om temaet man skal forske på. Disse betingelsene er det avgjørende at leseren får innsikt i. Det gir leseren en forståelse av kunnskapens rekkevidde og begrensninger (Kvale og Brinkmann, 2015).

Min forforståelse er preget av min erfaring som helsepersonell på psykiatrisk klinikk ved en sikkerhetspost og de mange menneskene som har vært på skjermingsavdelingen i ulike tidsaspekt. Jeg ble ansatt der som nyutdannet og hadde derfor et økt fokus på kunnskapsbasert praksis. Min motivasjon for å skrive denne oppgaven er knyttet til de erfaringer jeg selv har gjort meg rundt bruk av skjerming som behandling og kontroll.

2 Skjerming i psykisk helsevern

Det første psykiatriske asylet i Norge kom i 1855 på Gaustad (Hummelvoll, 2012). De psykiatriske asylene var basert på en medisinsk psykiatri. Institusjonaliseringen skulle være helbredende gjennom et miljøskifte, og skjerme pasientene fra sosiale omgivelser som ble tillagt skadelig effekt. Man måtte fjernes fra det sosiale livet.

Asylavdelingene ble ofte inndelt etter pasientens atferd (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2018). Enecelle og isolat ble benyttet allerede fra asylenes begynnelse. Det ble vanlig å forflytte pasienten mellom ulike typer avdelinger og isolatrom, etter hvordan deres rolige eller urolige atferd utspilte seg. Rommene skulle fungere som disiplinære og terapeutiske celler. Psykiatrien hadde sterkt vekt på reduksjon av urolig atferd, og er blitt

kritisert for å overskygge empatiske responser på pasientens redsel og lidelse under behandlinger, eksempelvis ved ECT- behandling (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009).

Skjerming som begrep og metode ble først omtalt i boken Psykiatrisk sykepleie av Ingebjørg Løkensgard (1977), hvor skjerming beskrives som beskyttelse mot krav fra omgivelsene, egen atferd og inntrykk.

Bruken av skjerming vokste raskt i omfang fra 1980-tallet (Pedersen, Hatling & Røhme, 2007). Metoden overtok gradvis for isolat og fast-vakt på pasientrommet. John Gunderson og medarbeideres tenkning om miljøterapi var et innflyteleserikt bidrag som utdypet skjerming som miljøterapeutisk metode (Norvoll, Ruud, & Hynnekleiv, 2015).

Begeistring og behandlingsoptimisme for metoden førte til skjermingstiltak ovenfor andre pasienter enn de psykotiske. Behandlingstenkningen ble etterhvert endret fra grupperettet til individorientert miljøterapi. I fagbidrag før 2000 blir skjerming beskrevet som en grensesettende og stimulusbegrensende metode (Norvoll, Ruud, & Hynnekleiv, 2015). Skjerming skulle inngå som et element i beskyttelsesvariabelen, som ble representert av Gunderson og medarbeideres fem miljøterapeutiske variabler. De beskriver beskyttelse som det å trygge, skjerme eller ta hånd om, gjennom psykodynamisk teori (Gunderson, Will, & Mosher, 1983).

Skjerming blir i dag sett på som en del av det psykiske helsearbeidet ved psykiatriske sykehus. Det en gjør for pasienten skal hjelpe vedkommende til bedring, dette er også et mål i arbeidet når man skjermer en pasient (Hummelvoll, 2012).

2.1 Skjerming og lovverk

Bruk av skjerming blir regulert i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern §4-3 hvor det står:

Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten (Psykisk

helsevernloven, 1999).

Skjermingen skal være begrunnet i behandlingsmessige hensyn eller i hensyn til andre pasienter. Skjerming kan innebære at pasienten henvises til opphold på sitt eget rom, på en skjermet enhet eller lignende (Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner, 2006). Med skjermet enhet menes lokaler som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i avdelingen.

Selv om skjermingsmetoden er omtalt i psykiske helsevernloven betegnes den ikke som et tvangstiltak. Samtidig lyder § 7 i Forskriften om bruk av skjerming slik: ”En pasient kan holdes tilbake dersom vedkommende forsøker å forlate stedet hvor skjermingen blir gjennomført” (Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner, 2006). Pasienten kan holdes tilbake på sitt rom, noe som kan oppleves som tvang. I Ot prp nr 11 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998) understrekes det at skjerming ikke er et tvangsmiddel. Samtidig viser departementets egen drøfting at det er elementer av tvang i tiltaket, og skjermingstiltak over 24 timers varighet skal vedtaksfestes, samt at det er klageadgang for slike vedtak på lik linje med bruk av tvangsmidler. Strengere lovregulering er et resultat av pasientenes klager på skjerming som isolasjon og tvang (Norvoll, Ruud, Hynnekleiv, 2015).

Helsemyndighetene har i senere tid uttrykt bekymring for at skjerming har utviklet seg til å bli en ny isolatplattform. Fra 2001 til 2005 økte antall skjermingsvedtak og antall pasienter utsatt for slikt vedtak med over 150 prosent, mens bruk av isolasjon sank kraftig (Pedersen, Hatling og Røhme, 2007). Lovendringer for vedtak om skjerming spiller en stor rolle for denne økningen.

Det er et uttalt mål at pasienten skal ta aktiv del i sin behandling (Thoresen, Paulsen, Ørstavik og Nytingnes, 2004). I Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) § 3.1 understrekes pasientens rett til ”å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forvarlige undersøkelses og behandlingsmetoder. Loven fordrer samarbeid mellom personal og pasient. Leger, sykepleiere og helsepersonellet for øvrig må legge fra seg noe av sin autoritære makt. Helsepersonellet må tilpasse medvirkningen etter den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

2.2 Skjerming og seclusion

Bruk av skjerming er vanskelig å sammenligne internasjonalt på grunn av ulike begreper, ulik lovgivning og praksis (Norvoll, 2007). Skjerming slik vi forstår det i Norge er et særnorsk

fenomen. Store deler av den internasjonale litteraturen bruker begrepet “seclusion”, som grovt sett faller inn under isolasjonsbegrepet i Norge. Seclusion impliserer en praksis hvor pasienten er i et sparsomt møblert rom med hensikt å håndtere en situasjon som kan ende i uro eller utagering. Døren kan være låst, uten personalet på rommet men med hyppige tilsyn (Sailas & Fenton, 2000). Forskningsresultatene om “seclusion” vil derfor ikke være direkte overførbare til norske forhold. Norge og Danmark er de eneste landene som bruker skjerming som et begrep atskilt fra isolat (Norvoll, 2007). Hovedforskjellen mellom seclusion og skjerming er at personalet er sammen med pasientene eller lett tilgjengelige, døren kan aldri låses ved skjerming (Psykisk helsevern forskriften, 2011).

2.3 Skjerming som metode

Bruk av skjerming i Norge har som hensikt å hjelpe pasienten til indre samling, beskytte medpasienter og gi personalet oversikt slik at de kan fungere terapeutisk (Hummelvoll, 2012). Betegnelsen skjerming dekker ulike tilnærminger. Studier viser at skjermingstiden kan variere fra timer til måneder (Norvoll, 2007).

Den terapeutiske effekten ved skjerming er fortsatt uklar, og dermed fått mye oppmerksomhet (Vatne, 2006). Brukerundersøkelser viser at mindretallet av de som har blitt skjermet på eget rom eller avsnitt har fått utbytte av behandlingsformen. I en nasjonal undersøkelse fra 2007 mente 31 prosent at de hadde stort utbytte av skjerming (Bjerkan, Lilleeng, & Pedersen, 2009). 21 prosent rapporterte at de ikke hadde fått noe utbytte av behandlingsformen. Funnene viser hvordan opplevelsen av behandlingmessig effekt ved skjerming varierer.

Kvalitative studier viser at opplevelsen av tvang ved skjerming er generelt sterkere enn behandlingstenkningen tilsier (Cusack, Cusack, Mcandrew, Mckeown & Duxbury, 2018). Lite anerkjennende tilnærminger og militante kommunikasjonsformer forsterker følelsen av tvang. Faktorer som medvirker til tvangsopplevelser er nakent interiør, innelukking, belterom og sosial isolering fra medpasienter og omverdenen.

Pasienter kan oppleve negative følelser som frykt, omsorgssvikt, tap av autonomi og gjenoppleve barndomstraumer på grunn av skjerming (Cusack et.al., 2018). Videre er også helsepersonellet utsatt for å oppleve fysiske skader, frykt, tap av empati, traumer og stress.

En systematisk litteraturgjennomgang fra 2020 (Hawsawi, Power, Zugai & Jackson)

undersøkte sykepleiere og pasienters opplevelse av tvangsmiddelbruk. Bruk av skjerming, mekaniske tvangsmidler, kortvarig fastholding og tvangsmedisinering omfattes her av begrepet tvangsmiddel. Både personalet og pasientene opplevde en praksis med tvangsbruk som negativt. Omsorgen ble forstyrret, den terapeutiske relasjonen ble skadet og man opplevde ulike traumer. Sykepleierene beskrev en intern kamp mellom å føle at tvangsbruk var uetisk, og deres faglige plikt til å håndtere aggresjon når ikke andre muligheter var tilgjengelige. Pasientene opplevde på sin side tvangen som maktmisbruk, ydmykende og straffende heller en terapeutisk omsorg.

Med bakgrunn i felles opplevelser av tvang argumenterer forfatterne for delte intervensjoner og løsninger for å hindre bruk av tvang. Alternative intervensjoner til tvang hvor personalet og pasientene går sammen om intervensjonsplanlegging, implementering og evaluering er i mindre grad blitt forsket på. Hawsawi et al (2020) oppsummerer at tjenestemottakerne bør motta recovery-orienterte, traumebevisste og brukersentrerte tjenester som kan bidra til å minske bruken av tvang.

På en annen side viser oversiktsartikkelen til Norvoll og Husum (2011) ulike perspektiv hos personalet og pasientene når det gjelder bruk av tvang, inkludert skjerming på psykiatrisk sengepost. Kunnskapsbasert praksis kan sikre at pasientenes perspektiv også blir ivaretatt ved beslutninger om skjerming.

3 Kunnskapsbasert praksis

Helsepersonelloven (1999) pålegger helsepersonell å utøve sitt fag, faglig forsvarlig. Det forventes at den kliniske praksisen er basert på oppdatert og troverdig forskningskunnskap. Helseprofesjonenes yrkesetiske retningslinjer legger videre føringer for hvordan helsepersonellet har en plikt til å holde seg faglig oppdatert om forskning og utvikling (Fellesorganisasjonen, 2019).

Til tross for klare føringer, får ikke 30-40% av pasienter i helsevesenet behandling som følger vitenskapelig standard. 20-25% av pasientene utsettes årlig for unødvendig eller skadelig behandling (Nortvedt og Jamtvedt, 2009). En strategi for å motvirke slik behandling, er innføring av kunnskapsbasert praksis som metode. De regionale helseforetakene jobber aktivt for å fremme kunnskapsbasert praksis, og flere har dette som strategisk satsingsområde (Helse

og omsorgsdepartementet, 2011).

Kunnskapsbasert praksis har sin opprinnelse fra det engelske begrepet ”evidence based medicine”. I 1992 ble evidence-based medicine introdusert i medisinsk litteratur (Dawes et al., 2005, s. 3). I praksis viser begrepet at man skal integrere best tilgjengelig kunnskap, gjennom systematisk forskning med kunnskapen fra individuell klinisk ekspertise. Tilnærmingen ble etter hvert innlemmet i andre helseprofesjoner og man så et behov for å utvide konseptet.

Fellesbetegnelsen ”Evidence-based practice” har vunnet frem, og på norsk har ”kunnskapsbasert praksis” som begrep, funnet feste (Nortvedt & Jamtvedt, 2009). På norsk defineres kunnskapsbasert praksis som ”... å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen” (Nortvedt et al., 2012, s. 17).

Å jobbe kunnskapsbasert betyr at man først og fremst er bevisst kunnskapskildene man tar i bruk, og integrerer ulike kilder i møte med pasienten (Nortvedt et al., 2012). Man bør basere handlingene på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. De ulike kunnskapskildene blir i modellen likestilt.

3.1 Forskningsbasert kunnskap

Forskningsbasert kunnskap kan forklare årsaksforhold og fenomener, gi forståelse for enkeltpasienters opplevelser og erfaringer, si noe om effekten av tiltak eller beskrive forekomsten av en tilstand (Nortvedt et al., 2012). Forskningskunnskap kan være veiviser for valg og beslutninger i pasientnære situasjoner.

3.2 Erfaringsbasert kunnskap

I møte med mennesker er ikke forskningskunnskap alene tilstrekkelig (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2013). Praksisen farges av det som kalles faglig skjønn, taus kunnskap eller klinisk ekspertise. Gjennom å være involvert i noe over lengre tid tilegnes man kunnskap og ferdigheter som blir til erfaring. Erfaringsbasert kunnskap er dermed subjektiv og individuell, ervervet gjennom praksis (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2013). Den kan gjøres intersubjektiv gjennom å dele kunnskapen med andre. Erfaringsbasert kunnskap trekkes frem

som særlig viktig for å unngå en mekanistisk og uheldig bruk av forskningsresultater. Den blir beskrevet som hjørnesteinen i helsefaglig utdanning (Nortvedt et al., 2012).

3.3 Brukererfaring

Med bakgrunn i utviklingen i helsevesenet, er pasienten i større grad naturlig å inkludere i beslutningsprosesser knyttet til behandling (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Pasienten representerer nå en kunnskapsressurs for tjenesteyterne. Denne demokratiseringen gjør at deres syn skal imøtekommes og vektlegges ved beslutninger som omhandler deres liv.

Helsepersonellet må da legge til rette for at pasienten får den informasjonen han eller hun trenger for å kunne gjøre informerte valg, eller uttale sine preferanser og verdier (Nortvedt et al., 2012). Dette kan innebære at helsepersonellet selv trenger støtte og kompetanse i å løfte frem pasientens ønsker og behov.

Gjennom de tre ulike kunnskapskildene kan man utøve helsefaglig praksis med best tilgjengelig kunnskap, og hjelpe pasienten til å ta en optimal beslutning i den aktuelle situasjon (Nortvedt et al., 2012). For å få dette til er empati og evne til kommunikasjon nødvendig. Kontekst-begrepet kommer inn som et bakteppe for alle kunnskapsbaserte valg (Nortvedt et al., 2007). Konteksten dette foregår innenfor må også tas i betraktning. Den påvirker alle elementene i modellen. Konteksten knyttes til kultur, forståelsesramme, etiske forhold og ressurser.

Metoden kan støtte helsepersonellet i å ta velinformerte valg, i praksis blir den derfor sett på som et alternativ til autoritetsstyrt praksis (Nortvedt et al., 2007).

Det understrekes at kunnskapsbasert praksis har blitt kritisert og skapt en debatt som har vekket mye engasjement. En diskusjon har vært ”hva barnet skal hete”. Det engelske begrepet ”evidence-based” er blitt kritisert for manglende integrering av ulike kunnskapskilder (Dawes et al., 2005). Det oppfattes av mange som om man bare tar i betraktning den forskningsbaserte kunnskapen. På en annen side er ikke det norske begrepet ”kunnskapsbasert” uproblematisk (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2013). Det hevdes å underkommunisere betydningen forskningsbasert kunnskap har. Videre i norsk debatt har kunnskapsbasert praksis vært hevdet å være en kokeboktilnærming til den enkelte pasient.

4 Teoretisk rammeverk

Funnene i studien diskuteres med bakgrunn i teori basert på min forforståelse og tolkning av resultatene. Teori om personlig recovery kan bidra til å synliggjøre hvilke konsekvenser skjermingspraksisen har for den enkeltes muligheter for tilfriskning.

Videre har Goffmans teorier om samhandling inspirert meg. I lys av resultatene ble hans begrepsapparat for å sette ord på det som skjer i interaksjon mellom helsepersonellet og pasienten relevant.

4.1 Personlig recovery

På bakgrunn av desentralisering av det psykiske helsevernet på 1970-tallet ble stemmene til de som selv hadde opplevd bedring fremmet (Slade, 2009). Den antipsykiatriske bevegelsen forsøkte å fremheve betydningen av å verdsette menneskelige erfaringer og opplevelser, heller en å behandle personer fra diagnostiske merkelapper (Hummelvoll, 2012). Det ble stilt spørsmålsteget med hva som defineres som normalt, og rettet kritikk mot diagnosesystemets rigiditet. Som en følge av deres vitnesbyrd fikk recovery en ny dimensjon. Fokuset var ikke å bli frisk av sin lidelse, men å finne ut av hvordan leve et trygt liv med verdighet og autonomi, uavhengig av hvilke kort skjebnen hadde tildelt dem (Davidson & Roe, 2007).

Selv om fokuset på bedring har lange røtter, er selve anvendelsen av recovery-modellens begrepsinnhold forholdvis ny (Hummelvoll, 2012). Fenomenet recovery kan forstås som et perspektiv, visjon eller som et veiledende prinsipp, som representerer et tankeskifte i helse- og omsorgstjenestene (Hummelvoll, 2012). Man deler recovery i personlig og klinisk recovery. Personlig recovery har et annet fokus enn klinisk recovery. Her er recovery en prosess, heller enn resultat. Målet er ikke å bli symptomfri, men å kunne leve et tilfredsstillende liv (Karlsson og Borg, 2017). Anthony (1993, s. 15) definerer recovery slik:

“Recovery is a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even within the limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.”

Perspektivene i recovery harmonerer med sentrale politiske satsningsområder i psykisk helse de siste årene. I ”Sammen om mestring” anbefales recovery som et sentralt faglig perspektiv

som bør prege tjenestetilbudene (Helsedirektoratet, 2014). Menneskerettigheter, pasient- og brukerrettigheter, sosial inkludering, humanisme, medvirkning og deltagelse vektlegges.

4.1.1 CHIME- elementene

Recovery bygger på egenerfaringer til personer med psykisk helse- og/eller rusvansker. De har formidlet hva som har vært til hjelp for å endre rolle fra pasient, til å leve et godt liv på egne premisser (Slade, 2009). Erfaringene og opplevelsene kan sammenfattes i fem hovedkategorier som representerer en forståelse av hva personlig recovery kan være; samhörighet, håp, identitet, mening og selvstendighet. De fem kategoriene utgjør akronymet CHIME (Leamy, Bird, Boutillier, Williams & Slade, 2011).

Håp er sentralt i personlig recovery (Slade, 2009). Håp leder til handling, man har positive mål til forskjell fra å unngå negativt utfall. Helsepersonell bør derfor jobbe på en slik måte som fremmer håp og optimisme.

Mangel på håp kan ha ødeleggende konsekvenser. Det skaper en selvoppfyllende profeti å bli fortalt fra en ekspert at man aldri vil kunne jobbe, få familie eller leve et normalt liv igjen. Videre ser man at slike utsagn ofte er feil. Man vet i dag at personer med alvorlige psykiske lidelser kan oppnå tilfriskning. Noen opplever at de blir helt bra, og andre klarer å leve et selvstendig liv med noe støtte fra hjelpeapparatet (Almvik & Borge, 2017). Å formidle håp som helsepersonell vil derfor være en viktig faktor i bedringsprosessen men også faglig forsvarlig.

Som helsearbeider må man jobbe ut ifra en holdning som fremmer muligheter og tro på at brukeren kan leve et meningsfullt liv til tross for sin psykiske lidelse (Karlsson & Borg, 2017). Fokuset blir på brukerens ressurser fremfor mangler og symptomer. Ved at personen finner mening som gir en forståelse av tidligere erfaringer, kan man bygge håp for fremtiden (Slade, 2009).

Gjennom deltagelse i meningsfulle aktiviteter kan man ivareta og utvide vanlige sosiale roller (Hummelvoll, 2012). Bedring støttes opp av deltagelse, sosial integrering og inkludering i det ordinære arbeidslivet. Bedring er dermed ikke et ledd i en tiltakskjede for å komme ut i arbeid.

Videre trekker Leamy et al (2011) frem identitet i sin litteraturgjennomgang som viktig faktor i recoveryprosessen. Den enkelte må oppbygge eller utvikle en ny identitet. Slik kan man overvinne stigmatisering.

Selvstendighet, eller empowerment går ut på at den enkelte får økt kontroll over faktorer som påvirker helsen (Leamy et al., 2011). Det er en prosess som kan skape mestring gjennom myndiggjøring. Da må helsepersonellet overføre noe av makten til brukerne av tjenesten, og likestille fagkunnskap og brukerkunnskap.

Opplevelsen av samhörighet kan skapes gjennom støtte fra andre. Å være en del av samfunnet kan bidra positivt (Leamy et al., 2011). Her kommer viktigheten av å snakke med andre som har vært i samme situasjon, og dele erfaringer i eksempelvis støttegrupper.

4.1.2 Hjelperens rolle i recoveryorientert praksis

Pyskisk helsearbeid er endringsarbeid gjennom mellommenneskelige forhold som foregår i møter, samtaler og samarbeid (Bøe & Thomassen, 2017). Tradisjonelt har pasienter i psykisk helsevern vært i en rolle hvor man tar imot råd og behandling iverksatt av ”eksperter” (Karlsson & Borg, 2017). Det har vært antakelser om at det finnes et objektivt svar på hva som er god behandling og at fagutdannede kan definere hva som er til pasientens beste (Pedersen & Nortvedt, 2017). Gjennom en recoveryorientert praksis vil samarbeidet bestå av to eksperter.

Brukeren har sin ekspertise fra levde erfaringer med psykiske helseproblemer (Karlsson & Borg, 2017). Brukerkunnskapen er grunnleggende i recoverytenkningen. Det handler om personens egne opplevelser av livsutfordringer, hjelp og tiltak. Denne kunnskapen må anerkjennes og ha en sentral plass i samarbeid og tjenestetilbudene.

Helsearbeideren har ekspertise i fagkunnskap, til å støtte opp under den enkeltes arbeid med å finne sin egen vei mot et godt liv. Profesjonsrollen innenfor et recoveryperspektiv er å være en medvandrer, hvor relasjonelle ferdigheter er avgjørende uten at fagkunnskap underkjenner (Almvik & Borge, 2017). For at tjenestetilbudet skal gagne pasienten må helsearbeideren sette seg inn i den enkeltes perspektiv (Pedersen & Nortvedt, 2017). Slik ser man hvordan recovery perspektivet og kunnskapsbasert praksis henger sammen. Dersom helse- og sosialarbeidere skal jobbe kunnskapsbasert må de få tak i og

anvende brukerens ønsker, behov og preferanser, men også vedkommendes erfaringsbaserte kunnskap om seg selv og sin situasjon. Brukeren skal med andre ord få innflytelse på kunnskapsgrunnlaget (Kunnskapscenteret, 2011).

Recovery handler om personens egen kunnskap om hva som hjelper, i motsetning til et sykdomsbasert perspektiv der fagpersonens kunnskap om sykdommen, står i sentrum (Slade, 2009). Sykdommen utgjør bare en liten del av mennesket i sin kontekst. Recovery er ikke bare en personlig prosess, men de rundt har rollen som rådgiver, støttespiller, kartleser og veiviser der personen selv er i førersetet hevder de videre.

Nasjonale føringer har satt fokus på helsefremming, ressurser og muligheter i psykisk helsearbeid. Pasientene skal være den som er i førersetet, og delta i avgjørelser rundt seg selv og tilbudet (Karlsson & Borg, 2017).

4.1.3 Kritikk mot recovery-orienteringen

Det er flere måter å forstå og vurdere bedring på, ettersom det ikke eksisterer noe allmenn enighet om hvordan "recovery" skal defineres (Hummelvoll, 2012). Bedring er et vidt fenomen som uttrykkes på ulike måter. Dette betyr at det ikke er noe rett måte for en person å være i recovery, ingen fremgangsmåte fungerer for alle (Slade, 2009). Samtidig er bedring noe alle har erfaring med, og kjennes derfor igjen når det opptrer.

Recovery-begrepet har fått kritikk for å være for tvetydig. Tvetydigheten kan føre til at recovery omgjøres til en metode. Man kan da miste det fellesmenneskelige med begrepet. Hjelpesøkene og hjelpere skal være likestilte i behovet for å dele erfaringskunnskap, slik kan de vokse å "finne frem" (Karlsson & Borg, 2017).

Davidson, O'Connell, Tondora og Lawless (2005) peker på hvordan recovery-tilnærmingen kan føre til økt sosialt press om at den enkelte må hente seg inn igjen. Dette kan skape et press som fører til at mennesker tar nye utfordringer for tidlig, eller er urealistiske med bakgrunn i begrensningene lidelsen innebærer for personen. Et viktig poeng er derfor å anvende recovery-begrepet slik at man oppmuntrer istedenfor å kreve, at personen gjenvinner sosiale roller og opplevelse av tilhørighet i samfunnet.

En slik anvendelse av begrepet korrelerer med Topot, Larsen og Bøe (2020) sin versjon av den mye refererte recovery-definisjon til Anthony. De problematiserer hvordan definisjonen tar utgangspunkt i en personlig reformasjon. Recovery fremstår da som noe som skjer bare med den enkelte person, uavhengig av de sosiale og materielle omgivelsene. At

recovery er en individuell prosess synes å være for smalt, hevder forskerne. De inkluderer i en ny formulering av Anthony sin definisjon; relasjoner og samfunnstilhørighet, gjennom en sosial modell.

4.2 "Den totale institusjon"

Erving Goffman var sosiolog og har skrevet flere kjente essay. Goffman beskriver i *Anstalt og menneske* fra 1967 hvordan den strukturelle utformingen ved psykiatriske asyl kan forstås som en "total institusjon". Boken er skrevet ut fra forskningsarbeide har gjorde på et sykehus i USA på midten av 50-tallet.

Han definerer den totale institusjon som "... et oppholds- og arbeidssted, hvor et større antall likestilte individer sammen fører en innelukket, formelt administrert tilværelse, avskåret fra samfunnet utenfor i en lengre periode." (Goffman 1967, s. 9). Fengsel er eksempel på en slik "total institusjon". Det kan forstås som et samlebegrep for institusjoner som har ulike særegenheter men hvor felles betingelser og utfordringer går igjen. Institusjonene har innebygde rammer mot sosialt samspill og omgang med verden utenfor. Rammene kan bestå av restriksjoner, fysiske barrierer osv. Organisasjonen former en særegen kultur som gir institusjonen et bestemt preg, eksempelvis sykehuskultur. Studien viste hvordan institusjonens faste rammer og begrenset kontakt med omverdenen, gjorde at pasientene ble "institusjonalisert" (Goffman, 1967).

To typer mennesker preger den totale institusjonen: personalet og pasientene, eller de "ansatte" og "innsatte". Goffman hevder at det er et stort gap mellom disse gruppene. Personalet har et annet liv utenfor institusjonen. Det hierarkiske skille mellom gruppene kommer tydelig frem. Pasientene føler seg ofte mindreverdige og svake, i motsetning til personalet som har en tilbøyelighet for å føle seg høyerestående. Personalet legger premissene på institusjonen gjennom regler og rutiner. De bestemmer, setter grenser og sanksjoner. Karakteristiske trekk ved institusjonene er at pasientene ikke får informasjon som angår dem. Deres ønsker og behov ble i mindre grad løftet frem og ivaretatt av personalet (Goffman, 1967).

Goffman bruker begrepet moralsk karriere som han ilegger personens selvoppfattelse, individualitet og sosiale posisjon. Karriere defineres som "i en utvidet forstand for å referere til en hvilken som helst sosial del av enhver persons kurs gjennom livet" (Goffman, 1967, s.

119). Goffman mener at innleggelse i psykiatrisk sykehus innebærer en degraderende karriere. Studien viste at pasientens vurdering av seg selv og relasjon til andre ble påvirket. Pasientene ble fratatt grunnleggende rettigheter som selvbestemmelse, som fikk konsekvenser for pasientenes moralske karriere, også i tiden etter oppholdet. Innskrenkningen i personligheten og fallet i status etableres ved sosial isolasjon mot omverdenen. Pasienten blir fratatt hans eller hennes normale sosiale roller.

Goffman (1990) forklarer i boken “Stigma: Notes on the Management og Spoiled identity”, hvordan den sosiale interaksjonen mellom normale og stigmatiserte forløper. Personens stigma påvirker sosial samhandling da det oppstår sosiale spenninger. De normale reagerer på personens annerledeshet. Stigmabegrepet refererer til personer som defineres av omgivelsene som avvikere fordi de har et stigma. Mennesker med stigma går igjennom ulike prosesser. Den stigmatiserte lærer å godta sitt stigma og gjør den sosiale interaksjonen med normale lettere. Den stigmatiserte vet gjennom prosessene hvordan vedkommende skal beherske sosiale spenninger og kontrollere informasjonene om seg selv ovenfor andre.

5 Metode og metodiske overveielser

Som beskrevet innledningsvis vil denne studien belyse erfaringer rundt bruk av kunnskapsbasert praksis gjennom en kvalitativ metode. I dette kapitlet presenteres studiens design, forskningsmetode og refleksjoner rundt forskerprosessen.

5.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Studien er forankret i en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapstradisjon. Man har sådan en grunnleggende forståelse av at mennesker kan forstå verden på ulike måter (Kvarv, 2010). I valget av en vitenskapsteoretisk tilnærming må man som forsker ta stilling til spørsmål av epistemologisk og ontologisk karakter. Forskerens forståelser om hva kunnskap og virkelighet er, får dermed konsekvenser for hvilke metoder som er relevante (Thornquist, 2018).

Edmund Husserl blir beskrevet som grunnleggeren av fenomenologien. Han var opptatt av hvordan mennesket ikke kan være sikre på om omverdenen eksisterer, men på vår bevissthet ettersom vi oppfatter en omverden (Husserl, 1913). Fenomenologien tar derfor utgangspunkt i å forstå menneskelige handlinger og hendelser ut fra aktørens eget subjektive perspektiv

(Thornquist, 2018). Den forsøker å finne mening i det som er felles for de subjektive opplevelsene.

Filosofen Gadamer (1960) på sin side er kjent for å utvikle hermeneutikk, som betyr å fortolke og å forstå. Hermeneutikken søker mening gjennom en fortolkningsprosess av leste tekster. Alle fortolkninger er basert på individets forforståelse, hvor man forsøker å utvikle en annerledes forståelse av fenomenet (Gadamer, 1960).

I følge Ricoeur fortolker man en tekst når man beveger seg i en hermenutisk ”spiral” mellom naiv lesning, strukturanalyse og en fortolket overgripende helhet. Paul Ricoeur er en fransk filosof og fenomenolog. Det teoretiske utgangspunktet for denne studien bygger på Ricoeur sin fortolkningslære. Lindseth og Norberg (2004) har utviklet en fenomenologisk-hermeneutisk analysemodell med utgangspunkt i Paul Ricoeur. Analysemodellen vil bli nærmere beskrevet i punkt 3.7.

Den fenomenologisk- hermeneutiske vitenskapstradisjonen danner utgangspunkt for at helsepersonell erfarer bruken av kunnskapsbasert praksis på ulike måter, og at forskning som fører til en utvidet forståelse av deres erfaringer kan være nyttig i behandling av pasienter. Min faglige bakgrunn gjennom erfaring som vernepleier ved en psykiatrisk sengepost påvirker min forforståelse av temaet.

5.2 Det kvalitative forskningsintervju

Introduksjonen til masteroppgavens tema viste at erfaringsaspektet rundt bruk av kunnskapsbasert praksis i beslutningsgrunnlaget, har vært lite forsket på både nasjonalt og internasjonalt. Spesielt innenfor konteksten psykisk helsevern og skjerming. Vi kjenner svært lite til erfaringer helsepersonell har med å vurdere skjerming som tiltak på psykiatriske sengeposter. Mangelfull kunnskapsstatus ble bærende for valg av design. Utforskende forskningsdesign egner seg der kunnskapen på forskningsområdet er mangelfull. Forskeren må møte forskningsfeltet åpen for mønstre og temaer som kommer til syne slik de åpenbarer seg, uten substansielle føringer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Temaet for studien peker mot kunnskapsutvikling som innebærer spørsmål til hvile erfaringer og opplevelser helsepersonellet har i sin praksis når de vurderer skjermingen.

Problemstillingen viser et behov for en kvalitativ, utforskende design. I min studie var

dybdeforståelse av helsepersonellets erfaringer med kunnskapsbasert praksis ønskelig å oppnå. Utforskende design kan bidra til å oppnå denne dybdeforståelsen om temaet (Polit og Beck, 2008).

Kvalitativ forskning bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolking (hermeneutikk) (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvalitativ metode gir dybdekunnskap om fenomener, hvor forskeren er aktiv deltaker i kunnskapsproduksjonen (Malterud, 2017). Kvalitativ metode vil derfor være velegnet i lys av studiens formål. Kvalitativ forskningsintervju egner seg best til å forstå verden ut i fra intervjupersonens side (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 29). Ved denne metoden kan vi finne ut hva informantene selv mener er viktige sider av fenomenet å belyse. Der de med egne ord får beskrive sine subjektive opplevelser og erfaringer. Gjennom personalets erfaringer får man tilgang til deres tanker, følelser og refleksjoner (Kvale & Brinkmann, 2015).

Studiens utgangspunkt er å studere helsepersonellets egne erfaringer og opplevelser. Resultatene formuleres i dagligtale som ligger så nær levd erfaring som mulig. Helsepersonellets opplevelsesverden blir presentert slik de med egne ord beskriver sine erfaringer. Dagligtalen viser seg gjennom sitat, heller en velformulert vitenskapelig språk. Med dette utgangspunktet er det naturlig å velge en kvalitativ metode med en fenomenologisk/hermeneutisk filosofi.

I valg av metoderedskap ble gruppeintervju og individuelle intervju vurdert som aktuelle. De gir begge en mulighet til å forstå verden fra helsepersonellets perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015). Med bakgrunn i min forforståelse av at rekruttering av informanter ville være utfordrende, særlig å få flere informanter fra samme post, ble individuelle forskningsintervju et naturlig valg. Individuelle intervju kan videre representere en tryggere og mer skjermet situasjon for utveksling av sensitivt stoff (Malterud, 2017, s. 137).

Utfordringer ved en slik datainnsamlingsmetode er at informanten er underlagt en maktrelasjon og svarene kan derfor i varierende grad være påvirket av omgivelsene (Kvale & Brinkmann, 2015).

5.3 Forskningsetiske vurderinger

En viktig del av forskningsarbeidet er å foreta etiske overveielser i alle ledd (Kvale & Brinkmann, 2015). All forskning som omgår mennesker gir forpliktelser hvor den enkelte skal beskyttes og respekteres ut i fra helse og rettigheter. Studien er gjennomført i tråd med de

etiske retningslinjene ved medisinsk og helsefaglig forskning i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 1964). Regional komite for Medisinsk forskningsetikk (REK), har retningslinjer og vurderer hvordan forskning på mennesker skal gjennomføres. I samråd med REK ble prosjektet vurdert ikke fremleggspliktig i oktober 2019. Prosjektet ble deretter forelagt det akutte helseforetaket og godkjent av deres personvernombud.

I forarbeidet var fokuset at informantene skulle få tilstrekkelig med informasjon. De fikk informasjonsskriv før intervjuet og oppklarende informasjon før selve intervjuet startet. Her ble de informert om bruk av lydopptak og sletting av transkriberingen ved prosjektet slutt. Det ble gjennomført debriefing etter hvert intervju, hvor deltakerne fikk anledning til å ytre sine opplevelser rundt intervjusituasjonen. Informantene gav skriftlig informert samtykke om at de frivillig deltok i forskningsprosjekt (vedlegg nr. 2). Det ble presisert at de kunne når som helst trekke seg fra studien. Ingen kompensasjon for deltakelse i studien ble gitt.

I kvalitative forskningsintervju er det viktig at informantene har tillit til forskeren. De ble informert om hvordan datamaterialet ble konfidensielt behandlet. Direkte pasient eller personalopplysninger ble ikke lagret på opptakeren eller i det transkriberte materialet. Opptaker ble oppbevart bak to låste dører. En kryptert datatjeneste ble brukt for å oppbevare de ferdig transkriberte intervjuene. Alle opptakene ble slettet etter ferdig transkribering desember 2019.

5.4 Utvalg

Et strategisk utvalg ble gjennomført med best mulig potensial til å belyse problemstillingen og styrke studiens pålitelighet. Utvalget settes sammen slik at det inneholder tilstrekkelig rikt og varierende materiale (Malterud, 2017). Et strategisk utvalg bidrar til relevante informanter som har erfart temaet, og kan uttale seg rundt dette på en reflektert måte (Kvale & Brinkmann, 2015).

For å fange opp erfaringspekteret jeg var ute etter, ble deltakelse i studien underlagt noen inklusjonskriterier. Informanten måtte ha en bachelorgrad i vernepleie/sykepleie, eller være utdannet lege/psykiater som hadde myndighet til å fatte vedtak om skjerming, også beskrevet som faglig ansvarlig i lovteksten. For å delta måtte h*n være ansatt ved en psykiatrisk sengepost med eget skjermingsavsnitt, og jobbet der i minst ett år.

På bakgrunn av studiens omfang ble ikke helsefagarbeidere, assistenter eller ledere inkludert.

Erfaringene til brukerne selv og deres pårørende er heller ikke representert i studien. Faglig ansvarlig ved sengepostene har overordnet myndighet til å fatte vedtak om bruk av skjerming. På bakgrunn av deres myndighet er det avgjørende å belyse deres erfaringer med å bruke kunnskapsbasert praksis når de vurderer skjerming. Sykepleiere og vernepleiere innehar primærkontakt funksjon til brukeren. De har pasientkontakt hele døgnet, og har derfor stor påvirkningskraft når faglig ansvarlig vurderer å fatte vedtak om skjerming. Dette korrelerer med min erfaring fra praksis, hvor det ofte er miljøpersonalet som løfter frem behovet for skjerming hos den enkelte.

Psykiatriske sengeposter ble valgt som arena for studien, på bakgrunn av deres skjermingsavsnitt som er spesielt diskutert i offentlige styringsdokumenter. Poster som ikke har egne avsnitt men bruker skjerming på pasientens eget rom i fellesmiljøet ble ekskludert. Det er grunn til å tro at det ikke oppleves like inngripende å bli skjermet i en åpen avdeling, i forhold til rammene som er på en skjermet enhet. Forskeren er av den oppfattelse at skjermingens varighet er annerledes dersom man ikke har mulighet til å ta i bruk egnede skjermingsavsnitt.

5.4.1 Rekruttering

Etter at den formelle søknaden til helseforetaket om forskningsfelt ble innvilget tok jeg kontakt med avdelingsledere på psykiatriske sengeposter. De var behjelpelige med rekruttering av helsepersonell som ønsket å delta i forskningsintervju. Slik ble de et mellomledd, for å unngå at helsepersonellet skulle føle seg presset til delta (Dalland, 2020). Fremgangsmåten samsvarer med forskningsetiske retningslinjer (Den nasjonale forskningsetiske komitè for samfunnsvitenskap og humaniora, 2016). Med utgangspunkt i regelverket som er utformet av norsk senter for forskningsdata (2016) og personvernloven (2000), ble et informasjonsbrev utformet til mulige informanter (vedlegg 2). Skrivet inneholdt informasjon angående forskningsprosjektet, anonymitet og taushetsplikt. Avdelingslederne informerte om studien og distribuerte informasjonsskriv på diverse møter i avdelingene. I utvalgsprosessen ble 8 psykiatriske sengeposter kontaktet via telefon. 7 poster hadde et eget skjermingsavsnitt som fulgte kriteriene.

5.4.2 Presentasjon av informantene

For tilstrekkelig utvalgsstørrelse har jeg basert meg på Malterud, Siersma og Guassora (2016) sin model for ”information power”. Artikkelen problematiserer en inkonsekvent bruk av ”metning” i kvalitativ forskning. ”Information power” indikerer at jo mer informasjon utvalget har som er relevant for studien, desto lavere mengde deltakere er nødvendig. Utvalgsstørrelsens ”information power” avhenger således av studiens mål, utvalgsspesifisering, bruk av tilgjengelig teorier, kvalitet i dialogen og analysestrategier.

Med bakgrunn i en smal problemstilling, et utvalg som presenterer opplevelser som ikke tidligere er beskrevet, og et utforskende forskningsdesign, vil et lite utvalg deltakere representere adekvat ”information power” for å utvikle ny kunnskap i forhold til målet med studien. Det foreligger lite forskning rundt temaet ”kunnskapsbasert praksis ved vurdering av skjerming”, noe som styrker utvalgets ”information power”.

Fokuset for denne studien er dybdekunnskap. Kvalitative studier kan derfor bestå av få personer (Patton 2002). Tre leger med behandlingsansvar og syv sykepleiere gav tilbakemelding at de var interessert i å delta. To sykepleiere trakk seg fra studien før intervjuet var gjennomført.

Utvalget bestod tilslutt av 8 informanter som representerer variasjon i form av alder, kjønn, videreutdanning og arbeidserfaring. Informantene jobbet ved fem forskjellige sengeposter. Sengeposter for affektive og psykoselidelser, sikkerhetspost og akuttpost. Skjermingsavsnittet var i større grad utformet likt på disse postene, selv om rutinene og behandlingen på skjermingen varierte.

Variasjoner i fenomenet, med bakgrunn i ulike kontekster, eksempelvis variasjoner på avdelingen, kulturer og erfaringer kan sikre rike beskrivelser. Variasjon i kvalitativ forskning har betydning for om man klarer å belyse problemstillingen fra ulike sider (Malterud, 2017).

Det endelige utvalget besto av fem personer med grunnutdanning som sykepleier, og tre personer med grunnutdanning som lege. Av hensyn til aidentifisering beskriver jeg utvalget kun med tekst, ikke i tabellformat:

*Informantene varierte i alder fra mellom 25-50 år

*Fire av informantene var menn og fire kvinner

*Utvalget hadde 6 etniske, norske informanter og to med annen etnisk bakgrunn

*Alle sykepleierne hadde vært ansatt på en psykiatrisk sengepost med skjermingsavdeling i størsteparten av sin yrkeskarriere, som varierte mellom 2-21 år

*Legene hadde jobbet på psykiatrisk sengepost fra 1 år til 13 år

Informantene tildelte jeg, men hensyn til aidentifisering, nummer.

5.5 Intervjuprosessen

Alle data i studien er innhentet gjennom kvalitative dybdeintervju med helsepersonell.

Intervjuene var grundig forberedt og gjennomført for at intervjuene best mulig skulle gi meningsfull kunnskap (Malterud, 2017)

Semistrukturert intervjuguide (vedlegg 1) ble utarbeidet med bakgrunn av teori og tidligere forskning på området. Intervjuguiden besto av formulerte, innledende spørsmål og en sikkordsoversikt over aktuelle temaer. Dette for å fremme spontanitet, men samtidig sikre relevans i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s.46). De første spørsmålene var faktaorienterte som er lette å besvare. På denne måten kom samtalen lett i gang.

Intervjuene ble gjennomført på ulike kontorer ved de psykiatriske postene og varte i henholdsvis fra 40 til 58 minutter. Samtaler før og etter båndopptaket omhandlet hva som ville foregå og hvordan informantene opplevde å delta i prosjektet.

Min rolle under intervjuet var å oppmuntre til rik refleksjon over og videreutvikling av det som først ble sagt. Jeg ba om utdypninger og eksempler og spurte spørsmål i hensikt å oppklare at jeg hadde forstått det som ble sagt riktig. Jeg stilte også noen direkte spørsmål i forhold til det informanten fortalte, alltid i hensikt å få mer informasjon om fenomenet det ble snakket om. Intervjuene ble spilt inn på digitale lydfiler.

5.6 Transkribering

Det ble tilstrebet å transkribere hvert intervju før det neste tok sted. Etter hver transkribering ble intervjuet evaluert, og disse erfaringene ble brukt i de senere intervjuene. Ifølge Kvale og Brinkman (2015) er det av verdi at intervjueren transkribere ut intervjuet. Dermed valgte jeg å

gjøre arbeidet selv. Av 8 intervju på til sammen 9,5 timer ble det skrevet ut 106 sider. For å sikre at intervjuene var korrekt gjengitt gikk jeg gjennom materialet en gang til.

5.7 Analyse

Etter transkribering av data står man igjen med materialet som skal fortolkest og sammenfattes. Ved valg av analyse er studiens forskningsspørsmål avgjørende (Malterud, 2002). Forskeren stiller spørsmål til materialet med utgangspunkt i å finne svar på det studien var ment å undersøke. Analyseprosessen er preget av en induktiv tilnærming til dataen og refleksjon over egen forforståelse. Tidligere forskning og teori på temaet preger også analysen.

Egen yrkeserfaring ved å arbeide og vurdere skjermingsvedtak på psykiatriske sengepost, er etter min oppfatning verdifullt for å forstå og kunne sette seg inn i helsepersonellens erfaringer. I analyseprosessen ble jeg mer bevisst hvordan egen forforståelsen hindret meg i gå åpent inn i datamaterialet. I starten av analysearbeidet tok jeg meg selv i å lete etter data som bekreftet mine hypoteser. Utover i arbeidet med den transkriberte teksten var vi tre stykker som vurderte analyseringen opp mot den helhetlige teksten. Slik fikk jeg lagt min forforståelse mer til side, og ble konfrontert i analysearbeidet.

Modellen som ble benyttet i dataanalysen av tekstmaterialet er utviklet av Lindseth og Norberg (2004). En fenomenologisk-hermeneutisk analysemetode åpner for at det tekstlige datamaterialet kan forsås i en større sammenheng. Tilnærmingen initierer en forståelse av mennesket i verden, og fortolkning av kontekstuelle faktorer erfaringer beveger seg i (Lindseth og Norberg, 2004). På bakgrunn av problemstillingen og forskningsspørsmålene, var en slik tilnærming aktuell for min tekstanalyse. Metoden er velegnet for forskning innen sykepleier og medisin. Dette på bakgrunn av økt forståelse av mening som gjør den relevant og overførbar til klinisk praksis.

Analysemetoden beskrives slik jeg forstår og brukte den som en tretrinns modell. Alle tre trinnene bygger på hverandre mellom helhet, del og helhet for til slutt og ende ut i en helhetlig forståelse. Slik blir det en dialektisk prosess hvor man beveger seg fra forståelse til forklaring, fra forklaring til ny forståelse.

5.7.1 Teksten blir lest åpent og naivt

Selve analyseprosessen starter allerede under intervjuet. Den intuitive og naive forståelsen formes i selve intervjuene og transkriberingen. For å få en bredere følelse av erfaringene ble tekstene lest nøye gjennom, repeterende. Dette blir av Lindseth og Norberg (2004) beskrevet som trinn en i prosessen. Jeg formulerte en tekstlig naiv forståelse til hvert av intervjuene, anbefalt av Lindseth og Norberg (2004). Jeg noterte mulige teorier som ville være relevante i lys av erfaringene som viste seg. Det var utfordrende å skille hva som var viktig å få frem for informantene, og hva som kom frem for forskeren. Man kan fort komme i stiasjonen hvor man plukker ut temaene som synes å være ”rette” for forskeren selv.

5.7.2 Strukturell analyse

Tekstene ble så gjennomgått for å identifisere meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene besto av avsnitt eller deler av setninger som uttrykte kun en mening. En avgrenset meningskonstruksjon av det hver informant hadde sagt. Videre ble en systematisk og strukturert dekontekstualisering gjennomført. Det innebar at de meningsbærende enhetene ble flyttet til et dokument for kondensering. Denne kondenseringen løfter frem kjernen av innholdet i meningsenhetene (Lindseth & Norberg, 2004).

Hvert kondensat fikk så en eller flere sub-temaer knyttet til seg, som sa noe om hvilken erfaring kondensatet uttrykte. Gjennom prosessen ble koder som uttrykte samme eller lignende meningsinnhold lagt i grupper. I tråd med en fenomenologisk tilnærming, ble formuleringen av kondenseringen og sub-temaene gjort nært opp til intervjuteksten (Lindseth og Norberg, 2004).

Analysen viste seg å være en tidkrevende prosess hvor jeg gikk fram og tilbake fra naiv forståelse, de personlige fortellingene og sub-tema, frem til formulerte temaer. Jeg beveget meg i en hermeneutisk sirkel, hvor tolkningene min var i stadig bevegelse (Gadamer, 1960). Først i forhold til det enkelte intervju med meningsbærende enheter og videre så jeg det enkelte intervju opp mot de ulike intervjuene. Gjennom å se resultatdelen opp mot teori gav det muligheter for ny kunnskap og endring av min egen forforståelse. Jeg var fornøyd med analysearbeidet når delene harmonerte med helheten. Mange meningsenheter plasserte seg under naturlige overskrifter.

Under analysearbeidet hadde jeg og min veileder fokus på min forforståelse av dagens

skjermingspraksis og beslutningsgrunnlaget. Jeg ble utfordret og måtte reflektere over hvordan jeg kondenserte og formulerte frem temaer. Dermed ble jeg mer bevisst egen rolle, og det ble mulig å omtolke å lytte til det mangfoldet av betydninger som lå i intervjupersonenes uttalelser.

Materialet fra studien var tekst fra åtte intervju. Funnene representerer erfaringer som på ulike vis var viktige for alle informantene. Det kom tydelig frem i analysearbeidet hva som var formidlet av kun en eller to informanter.

Figur 1: Skjematisk eksempel på den strukturelle analysen

| Meningsenhet | Kondensert meningsenhet | Subtema | Tema |
|---|--|--|--------------------------|
| Det handler bare om konkret erfaring hos henne. Hva vi hadde sett fungerte og ikke (8). | Sett hva som fungerte og ikke | Personalets erfaringer med den enkelte pasient | Erfaringsbasert kunnskap |
| Men jeg tenker også dette med den tidligere erfaringen med pasientene, at vi selv har sett hva som har fungert og ikke (7). | Bruke det vi har sett fungerer | | |
| Når man vet arbeidsdiagnosen, så vet man jo for eksempel at ved behandling av mani så trenger man en eller annen form for skjerming (4). | Arbeidsdiagnosen sier om man trenger skjerming | Personalets erfaringer med diagnoser | |
| De som er maniske de som ikke tåler så mye stimuli, eller de som ikke klarer å skjerme seg selv på rommet (2). | Maniske tåler ikke stimuli, må skjermes på rom | | |
| Dersom vi ser at det er en bedring så vil vi prøve de ut i åpen avdeling. Så ut i fra hvordan vi observerer pasientene vil vi jo gi dem mer friere tøyler da (1). | Observerer pasientene og prøver de ut i åpen | Personalets observasjon av tilstanden | |
| Etter hvert når vi ser noe bedring pleier vi å løsne litt opp å gi litt stuetid i åpen avdeling (8). | Løsner opp når vi ser bedring | | |

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| Folk kommer med innspill så blir en enige da etter diskusjon hva som er best og mest fornuftig for den pasienten (5). | Vi blir enige om hva som er best for pasienten | Personalet i ekspertrollen | For syk for deltakelse |
| Å da er det sånn at man gjør det man tenker er riktig for å kunne gi god behandling (4). | Gjør det man tenker er riktig for behandlingen. | | |
| Det har jo ofte en tendens til å komme litt brått på pasientene (1) (skjermingsvedtaket). | Avgjørelsen kommer brått på | Pasienten i rollen som passiv mottaker av behandling og omsorg | |
| Jeg tenker nok at den er veldig lav (brukermedvirkning). De er for dårlige (3). | For dårlige til å medvirke | | |
| I den kliniske hverdagen er det såpass høyt tempo at man må få ting gjort. Så da gjør man jo ofte det som alltid blir gjort (4). | Gjør det som alltid blir gjort, må få ting gjort. | Manglende rom for refleksjon over praksis | Institusjonelle og kulturelle forhold |
| Jeg opplever vel ikke at det blir så veldig mye diskutert om. Vi kunne nok vært flinkere til å bruke det selv (forskning) (1). | Forskning blir ikke diskutert | | |
| Jeg tror ikke jeg baserer meg så mye på forskning. Det er bare sånn ”sånn gjør vi det” og det ser ut til at det funker og at det ikke er noen bedre alternativer (4). | ”Sånn vi gjør det” ser ut til å funke | Skjerming som rutine | |
| Men det er jo ofte erfaring fordi, ja, jeg vet ikke. Det bare blir sånn (2). | Vet ikke hvorfor erfaring brukes | | |

5.7.3 Formulere en helhetlig forståelse

Siste trinnet i analysen var å formulere en helhetlig forståelse av datamaterialet (Lindseth og Norberg, 2004). Trinnet innebar igjen et forsøk på å komme nær teksten å rekontekstualisere den. Den helhetlige forståelsen blir presentert i kapittel 6 og videre diskutert i kapittel 7. Ikke alle mulige forhold, fenomener og sammenhenger som trådte frem var mulig å belyse. De

mest betydningsfulle erfaringene i helsepersonellens praksis som informantene brakte på banen er presentert og reflektert over. Den helhetlige forståelsen etablerte et teoretisk blikk på materialet.

5.8 Overførbarhet, validitet og reliabilitet

Pålitlighet også kjent som reliabilitet, representerer studiens repeterbarhet (Malterud, 2017). Menneskelige møter kan være vanskelig å reprodusere til å bli identiske. Gjennom refleksivitet i planlegging, gjennomføring og analysearbeidet vurderer jeg at studiens pålitelighet har blitt sikret. Jeg har hatt fokus på trygghet og skape et godt møte med informantene. Målet har vært å nå frem til en ”autentisk” forståelse av de jeg har intervjuet.

Validiteten referer til om studien undersøker det den har til formål å gjøre. Å validere er å stille spørsmål om relevans gjennom alle ledd i forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann, 2015). Man overveier hva resultatene gir gyldig kunnskapen om, og under hvilke betingelser. Det er et samsvar mellom temaet som skal undersøkes og den kvalitative metoden. Svarene deltakerne har gitt vil være gyldige ettersom de har fått uttale seg fritt, og må antas at de har gitt sanne svar som representerer deres opplevelser. Alle ledd i prosessen er beskrevet i monografien for å bidra til transparens.

En annen viktig del av forskningsarbeidet er å ta stilling til hva funnene er sant om, beskrives som intern validitet. Undersøker studien det som var formålet med studien?

Forskning skal bidra til å skape ny erkjennelse som kan brukes utover studiens rammer (Malterud, 2017). Man snakker om generaliserbarhet i kvantitativ forskning, og **overførbarhet** ved kvalitativ forskning. Overførbarhet betyr ikke at kunnskapen kan gjelde under alle omstendigheter for ethvert formål. Forskeren må aktivt vurdere hvilken overførbarhet funnene har ut over studiens sammenheng, dette beskrives som ekstern validitet. Kontekst og feltet der kunnskapen er innhentet, bestemmer kunnskapens rekkevidde (Malterud, 2017).

6 Presentasjon av funn

Med bakgrunn i analytiske lesninger blir resultatene presentert. De svarer på problemstillingen og forskningsspørsmålene. På spørsmålet om hvilke kunnskapskilder

helsepersonellet anvender i deres beslutningspraksis viser resultatene at de bruker erfaringsbasert kunnskap. Praksisen begrunnes med at pasientene er for syke for deltakelse og institusjonelle og kulturelle forhold.

Temaene er basert på helsepersonellens erfaringer slik de ble formidlet under intervjuene, og på min strukturering av erfaringene. Subtema underbygger det informantene fremhevet. Både tekstnære beskrivelser og utdrag fra intervjuene danner grunnlaget for temaene. Gjennom å inkludere utdrag fra den transkriberte teksten, får leseren et direkte innblikk i informantenes erfaringer og perspektiver.

6.1 Erfaringsbasert kunnskap

På postene jobber miljøpersonalet, leger og psykologer tverrprofesjonelt når de vurderer rammene og tiltakene rundt pasientene. Behandlingsmøtene er arena for diskusjon. Her diskuterer personalet sine erfaringer, observasjoner og meninger rundt bruk av skjerming opp mot den enkelte pasient. Informantene la vekt på personalets ervervede erfaringskunnskap gjennom praksis, når de reflekterte over kunnskapskilder ved beslutningsgrunnlaget for skjerming.

6.1.1 Personalets erfaringer med diagnoser

Det trer frem i intervjuene hvordan helsepersonellens erfaringer med ulike diagnoser påvirker vurderingen. Diagnosen legger noen føringer for behandlingen generelt, og bruk av skjerming spesielt. Noen diagnoser gir et større fokus på stimulireduksjon, som er vanskelig å gjennomføre i åpen avdeling.

-Når man vet hva arbeidsdiagnosen er, så vet man jo for eksempel at ved behandling av mani så trenger man en eller annen form for skjerming (Informant 4).

Personalet har opparbeidet en felles forståelse av hva som fungerer for de ulike diagnosene. Den felles forståelsen bygger på erfaringer fra praksis. Kunnskapen om diagnosen blir ført videre og illegges stor vekt for om pasienten bør skjermes. En lege beskriver hvordan personalgruppen tenker sammen, når de vurderer skjerming:

-Det er jo ofte maniske vi har, det er jo målgruppen. Hva trenger en manisk pasient (Informant 2)?

Avgjørelsen om skjerming blir beskrevet som en medisinsk vurdering. Slik legges grunnlaget

for om det blir fattet vedtak om skjerming. Hovedtrekkene viser at andre forhold ikke har relevans. Pasienten har ikke samtykkekompetanse. Personalets forståelse og erfaringer med de ulike diagnosene legger også føringer for behandlingen, inne på skjermingsavsnittet. En lege beskriver miljøterapien slik:

-Har vi en manisk pasient så tenker vi jo at personalet sitter i stuen og er tilstede og tilgjengelig, men tar lite kontakt med pasienten (Informant 8).

Til tross for fokus på diagnoser, beskriver to av informantene viktigheten med å gi individuell behandling. Den tilpassede behandlingen ble knyttet til rammene på skjermingen. De to informantene ønsket å fremme en mer fleksibel miljøterapi. Noen kunne drikke kaffe på kveldstid, røyke, få tilbud om aktiviteter, andre ikke. En slik praksis grunnet i at pasientene er forskjellige. Å se den enkeltes behov var derfor viktig.

Den enkeltes behov var i mindre grad fremtredende når det var snakk om vurderingen rundt skjerming. En individuell vurdering av skjerming bestod i hovedsak av personalets egne erfaringer med pasienten.

6.1.2 Personalets erfaringer med den enkelte pasient

Helsepersonellet viste til egen praksiskunnskap når de reflekterte over vurderingsgrunnlaget for bruk av skjerming. Opparbeidet erfaring av den enkelte pasient ble ilagt stor verdi hos alle informantene.

-Det handler bare om konkret erfaring hos henne. Hva vi hadde sett fungerte og ikke (Informant 8).

Gjennom erfaring fikk personalet en forståelse av hva som fungerer og ikke for den enkelte pasient. Flere av pasienten ble beskrevet som gjengangere på postene. Skjerming var ofte avgjørende for at tilfriskningsprosessen skulle gå fortere.

-At man tenker sånn erfaringsvis så vet vi at hvis vi får de inn på skjerming og minsker stimuli så vil det hjelpe (Informant 2).

En av informantene hevdet at lengre arbeidserfaring med psykisk syke pasienter, gjorde at personalet raskere klarte å "se" om pasienten var i behov for skjerming. Noen av de andre informantene var mer opptatt av hvordan terkselen for å iverksette skjerming, ble påvirket av

erfaringer. Lengre erfaring kunne øke personalets tålmodighet og i større grad akseptere avvikende atferd i åpen avdeling.

Erfaringen informantene uttrykker kommer gjennom observasjoner. Personalet kan se når en behandling fungerer og ikke for pasienten. Observasjon av pasienten trer frem som et viktig verktøy for innhenting av informasjon, når helsepersonellet vurderer vedtak om skjerming.

6.1.3 Personalets observasjon av tilstanden

Personalets observasjon av pasientens helsetilstand ble et mål for om pasienten var i behov for skjerming. Samtlige av informantene hevdet at vurderingen tok utgangspunkt i den observerte kunnskapen. Hva helsepersonellet observerer av symptomer og generell atferd vil derfor ha stor betydning for pasientens behandlingsopplegg. Gjennom et ”klinisk blikk” kan de se når symptomtrykket er så høyt at pasienten må på skjerming. På samme måte vurderer de bedring og mulighet for å komme tilbake til åpen avdeling.

-Dersom vi ser at det er en bedring så vil vi prøve de ut i åpen avdeling. Så ut i fra hvordan vi observerer pasientene vil vi jo gi dem mer friere tøylar da (Informant 1).

Flere av informantene snakket om spesielle rammer på skjerming. Skjermingsrommene kan minne om glattceller. Det er lite muligheter for aktiviteter. Behandlingen skal være preget av ro og stillhet. Miljøpersonalet skal kontrollere og trygge.

-Når jeg begynte her og gikk inn på skjerming for første gang så ble jeg veldig sjokkert. (...)Det kan jo minne litt om fengsel tror jeg (4).

Konteksten som informantene beskrev blir i mindre grad tatt med i vurderingen. En lege tydeliggjør dette slik:

-Jeg tenker ikke så mye hvordan det er på skjerming men mer tilstanden til pasienten. Er de i behov for skjerming så er det det vi har (Informant 4).

Hvordan personalet observerer helsetilstanden til pasienten vil dermed være avgjørende for pasientens videre opphold på posten. Miljøpersonalet rapporterer og dokumenterer symptomer. Ut i fra rapportene i journalen og egne observasjoner gjør behandlerne en vurdering om pasienten er i behov for å minske stimuli, eller om det foreligger sikkerhetsmessige årsaker for skjerming.

Personalet hadde ofte ulike observasjoner av helsetilstanden. Eksempelvis de som jobbet nattevakt, kunne ha en helt annen oppfatning av sykdomsbilde til pasienten, enn dag- og kveldsvaktene. Sykepleierne problematiserte hvordan behandlerne ofte ikke hadde den samme erfaringen med pasienten. De hadde mindre kontakt med pasientene iforhold til miljøpersonalet, i løpet av en uke. Ulike observasjoner skapte dermed diskusjoner og uenigheter, som ble tatt opp på behandlingsmøtene. En av informantene opplevde at diskusjonene fungerte som en ”sikkerhetsmekanisme”, slik at en persons forforståelse og fordommer ikke skulle avgjøre om en pasient måtte på skjerming.

Videre presenteres helsepersonellets begrunnelse for praksisen.

6.2 For syk for deltakelse

Ulike forhold spiller inn når helsepersonellet begrunner valg av kunnskapskilder ved vurdering av skjerming. Personalets syn på pasienten er en faktor. De mener pasientene som er i behov for skjerming er for syke til å ha innsikt i egen situasjon, og har dermed ikke noe å tilføye i beslutningsprosessen. Personalets holdning til seg selv og pasienten kan beskrives ved hjelp av roller. Personalet tar en ekspertrolle og pasienten blir tildelt en rolle som passiv mottaker av behandling, dette utdypes videre under.

6.2.1 Personalet i ekspertrollen

Gjennomgående kommer det frem en type holdning på de ulike postene som i større eller mindre grad påvirker vurderingen. Personalet har en forståelse om at de er eksperter i pasientens liv. På bakgrunn av erfaring mener informantene at de vet hva som er det beste for pasienten.

Etiske dilemmaer viser seg når noen av informantene tar opp hvordan personalet eksempelvis fremprovoserer en atferd for å kunne gi injeksjon. Man har en forståelse om at pasienten er i behov for medikasjon, og blir da villig til å trå over noen grenser. En av informantene problematiserer hvordan en slik holdning viser seg når personalet vurderer skjerming. Skjermingen blir da brukt som straff og kontroll. En ”ovenfra og ned” holdning kommer til uttrykk slik:

-Likevel så føler jeg nok at vi tenkte på hva vi mente var best for han. Siden han var såpass psykotisk (Informant 1).

Personalet vet hva som fungerer best for pasienten. De gir også uttrykk for at de vet hvordan pasienten har det. En av informantene hevder at det er det samme for pasienten om han/hun er på skjerming eller i åpen avdeling. Etter hans oppfatning er ikke forskjellene store.

-Dersom det er på grunn av en psykiatrisk lidelse spiller det ikke noen rolle for de (å være på skjerming), virker det som. De klager hvertfall ikke noe på det (Informant 5).

Personalet legitimerer vurderingen ved at de ønsker det beste for pasienten. For å oppnå bedring i helsetilstanden må pasienten innordne seg postens forståelse av god behandling. Det kommer frem tilfeller hvor pasienter er blitt skrevet ut da de ikke føyer seg til behandlingen personalet ønsker å tilby. Å innta rusmidler blir også beskrevet som ødeleggende for at personalet kan gi rett behandling.

En av informantene problematiserer den eksisterende holdningen underveis i intervjuet. Når jeg spør om pasientenes erfaringer rundt det å være på skjerming, svarer vedkommende:

-Vi har på en måte, vi danner oss et eget inntrykk av hvordan de føler at de har det uten at vi vet det selv (Informant 6).

To av informantenes utsagn tyder på alternative holdninger til pasientene. Informant 2 var opptatt av hvordan man møter pasienter på skjerming. Hun opplevde flere etiske dilemmaer rundt medarbeidernes samhandling med pasienten. Noe som kunne resultere i økt bruk av tvang når enkelte var på jobb. Slik satte hun fokus på viktigheten med å møte pasientene med respekt.

Informant 8 var særlig bevisst viktigheten av å vise respekt for pasienten under vurderingen av skjerming. Ofte måtte det iverksettes vedtak til tross for at vedkommende hadde dårlige erfaringer med skjerming. Da var måten personalet møtte pasienten på prekær. Å gi god tilstrekkelig informasjon på en respektfull måte. Pasientene skulle oppleve at de ble hørt.

6.2.2 Pasienten i rollen som passiv mottaker av behandling og omsorg

Resultatene fra dybdeintervjuene viser at pasientene er for dårlige etter helsepersonellens oppfatning, til å kunne påvirke beslutningsgrunnlaget. Brukererfaring får dermed tildelt liten eller ingen verdi i prosessen. Slik begrunner helsepersonellet bruk av egen erfaringskompetanse.

-Her får en vell strengt tatt bare beskjed om hvordan ting skal være. De har særdeles lite medvirkning (Informant 7).

Brukermedvirkningen blir beskrevet som lav. Pasientene får ofte beskjed når personalet har kommet til enighet og behandler har fattet vedtaket, at de må flytte på skjerming. Noen av informantene reflekterer over hvordan vedtaket om skjerming kan komme som et sjokk for pasientene. Praksisen begrunnes med at pasientene ikke kan ha noe reell medvirkning.

Behandlerne opplever at innhenting av brukererfaring er et krav som må krysses av på vedtaket, men har ingen verdi for praksis. De har utarbeidet en standard tekst i avsnittet om medvirkning for at papirarbeidet skal gå fort. En lege uttrykker sin mening slik:

-Jeg synes ofte at det er meningsløst. Det har så lite å si for om jeg fatter det vedtaket (Brukererfaring) (Informant 4).

To av informantene fremhever bruk av ettersamtale for å innhente brukerkunnskap. Ettersamtale er ifølge dem ikke en innarbeidet praksis, til tross for lovpålagte føringer. Pasientens rolle som passiv deltaker i beslutningsgrunnlaget understrekes av en sykepleiers refleksjon over praksis:

-Det er litt vanskelig for meg å si hvordan de erfarer det (skjerming). Det kommer jo sjeldent frem hva de mener (Informant 6).

Utfordringer knyttet til dialog med pasienten, beskrives av to informanter. De opplever vansker med å innhente informasjon om hvordan skjermingen har vært og hva pasienten tenker kunne vært gjort annerledes. På samme måte erfarer de at vedkommende ikke er mottakelig for informasjon. Vansker med å uttrykke seg og forstå informasjon, grunner i pasientens helsetilstand. Pasienten er for syk til å kunne uttrykke meningsfulle erfaringer og opplevelser som helsepersonellet kan ha nytte av.

Selv om pasienten ilegges en passiv rolle i vurderingen begynner flere av informantene å reflektere over hvordan det er å være pasient på skjerming, under intervjuet.

-Men det må være kjedelig å måtte være der inne. Å stå i det spennet, at det hjelper. Utrolig krevende behandling å være med på (Informant 4).

De tenker at pasientene på skjerming kan føle seg begrenset, hjelpeløse og utrygge. Det å bli overstyrt, og få så lite stimuli må være vanskelig. En av informantene prøver å sette seg i pasientenes situasjon når de bli tvangsinnlagt. Han tenker at det må være inngripende.

Å ta pasientens perspektiv kommer ikke frem som en kunnskapskilde når personalet skal vurdere skjermingen eller behandlingen på skjerming generelt. Refleksjonen synes å komme frem på bakgrunn av spørsmål om etiske forhold rundt bruk av skjerming.

Informant 8 skiller seg ut ved analysering av intervjuene. Hun setter ord på hvordan brukerens erfaringer har betydning for vedtaket om skjerming og utformingen av behandlingen på skjermingsavsnittet generelt. Følgende utsagn viser en alternativ holdning til brukerkunnskap:

-Vi gir alltid rom slik at de får snakke om hvordan de opplever det å være på skjerming. (...) Vi tar hensyn til det, og vi tar og med oss det til neste gang dersom de kommer tilbake (8).

Hun forteller videre at dersom pasienten gir uttrykk for at skjerming er veldig belastende, har personalet ekstra oppmerksomhet på å gi individuell behandling. Sammen vurderer de om det er noen tiltak som er mulig å lette på, for at pasienten skal få det bedre.

Hun er særlig opptatt av hvordan vurderingen skal være helhetlig. Personalets erfaringskunnskap er ikke tilstrekkelig alene som kunnskapskilde. Det som foreligger av forskning og brukerens erfaringer med skjermingen, må også tas med i vurderingen. Etiske aspekter vurderes, da skjerming blir beskrevet som tvang og de ikke tar lett på bruk av tvang. Til tross for at hun opplever å iverksette vedtak som utløser tvang som vanskelig, sitter hun igjen med en god opplevelse av skjermingspraksisen. Opplevelsen grunner i reflekterte vurderinger.

6.3 Institusjonelle og kulturelle forhold

Institusjonelle og kulturelle rammer påvirker den kliniske hverdagen i stor grad. Dette kommer tydelig frem ved vurdering av skjerming. Personalet har gjennomgående en felles forståelse og enighet rundt bruk av skjerming. Skjermingsavsnittene blir sett på som psykiatriens intensiv avdeling. De institusjonelle og kulturelle forholdene viser seg når informantene begrunner bruk av erfaringskompetanse som kunnskapskilde.

6.3.1 Manglende rom for refleksjon over praksis

Helsepersonellet beskriver en praksis uten endring, da de har inntrykk av at nåværende arbeidsmåter fungerer tilstrekkelig. Diskusjon rundt forskning, brukererfaring og evaluering av praksis uteblir. Flere av informantene begynner å reflektere underveis i intervjuet, og stiller spørsmål ved nåværende praksis. Ingen klar arena for refleksjon, forskning og etikk viser seg. En av informantene problematiserer det slik:

-Det skal jo egentlig være evidensbasert. Men jeg har ikke hørt snakk om noe forskning her (...) (Informant 2).

Det kommer tydelig frem hvordan helsepersonellet har utfordringer med å holde seg faglig oppdatert da dette ikke er et fokus på postene. Høyt tempo i hverdagen blir beskrevet som en av grunnene til at man ikke setter seg ned og oppdaterer seg på forskning. Manglende kultur for refleksjon rundt praksisen påvirker også brukererfaring som kunnskapskilde.

-Nei jeg har ikke ett så veldig godt svar på det. Jeg synes jo at vi bør ta det mer i betraktning (brukererfaring) (1).

Dermed uttrykker helsepersonellet et mindre reflektert forhold til hvilke kunnskapskilder de anvender. Tre av informantene mener det foreligger lite forskning rundt bruk av skjerming. De opplever det som nyttig å ta i bruk forskning generelt i arbeidshverdagen. Når det gjelder skjerming spesielt, er forståelsen og bruken av skjerming så forskjellig fra land til land. Dermed beskrives kunnskapsgrunnlaget som ”tynt”. Slik begrunner en lege dagens skjermingspraksis:

-Det blir nok ikke forsket så mye på skjerming, det er vel vanskelig å forske på det. Så da gjør man jo det som alltid har blitt gjort og ser ut til å fungere (Informant 4)

Med bakgrunn i manglende forskning ser flere av informantene muligheter for at det kan være andre grunner enn skjermingen, som gjør at pasientene viser mindre symptomer på psykisk uhelse. Flere av informantene begynner å reflektere over mulige forhold som påvirker pasientens bedringsprosesser. Medisiner og tid blir gjentatt som viktige faktorer for pasientens helsetilstand. Noen av informantene stiller seg etterhvert undrende over at skjerming har høy legitimitet på sykehuset, ettersom det er tenkelig at skjermingsavsnittet i seg selv ikke har den effekten personalet har inntrykk av. En av informantene gjør seg noen tanker ved slutten av intervjuet, som understreker manglende arenaer for å refleksjon over praksis.

-Så når jeg sitter og tenker over det så er det utfordrende at vi er så invaderende som vi er, styrer så mye og tar så liten hensyn til hva pasienten ønsker på bakgrunn av noe vi tror fungerer (Informant 3).

Først under intervjuet begynner flere av informantene å reflektere og problematisere nåværende praksis.

6.3.2 Skjerming som rutine

Bruk av skjerming blir beskrevet som en rutine i behandlingen. Dette gjelder særlig ved enkelte diagnoser eller dersom en pasient har vært på permisjon og kommer tilbake i ruspåvirket tilstand. Personalet på postene har innarbeidet en forståelse av skjerming som en viktig del av behandlingen. Skjermingsrommene blir beskrevet som verdifulle. Ofte er det mangel på skjermingsplasser. Personalet må da vurdere hvem de mener er minst syke og som må flytte ut i åpen for å gi plass til noen som har større behov.

-Her er skjerming et standard tiltak på alle postene, noe av det første vi tenker på når folk er for syke eller det er sikkerhets- utfordringer (3).

En av informantene hevder at det foreligger prosedyre for bruk av skjerming eksempelvis dersom en pasient har ruset seg. Han referer da til sykehusets intranett som gir felles retningslinjer og prosedyrer for å sikre kvalitet. Senere i intervjuet påpeker han hvordan prosedyren kan være en uskreven norm på posten.

Hvordan kulturen på posten avgjør bruk av kunnskapskilder blir belyst av flere informanter. En av postene synes å ha innarbeidet seg normer for hva som er akseptabel atferd i det åpne miljøet. Dermed må pasientene innordne seg noen uskrevene husregler for å beholde friere rammer i åpen avdeling. En sykepleier reflekterte over hvordan han blir påvirket av personalgruppen når han begrunner skjermingen.

-Jeg tror bare at jeg sa vurderingen rett ut sånn. Det var det første jeg tenkte der og da, at pasienten var i behov for skjerming (6).

Oppsummerende anvender helsepersonell kunnskapsbasert praksis i liten grad da de kun viser til egen praksiskunnskap. Institusjonelle og kulturelle forhold viser seg når de begrunner skjermingspraksisen. En kultur hvor helsepersonellet opptrer i rollen som eksperter og

betrakter pasienten som en passiv mottaker av behandling og omsorg, uttrykkes av informantene. Informant 8 viser gjennomgående en annen tilnærming til beslutningsgrunnlaget for skjerming, og holdning til pasientene som sådan.

7 Diskusjon

Diskusjonsdelen består av en resultatdiskusjon og en metodediskusjon.

Innledningsvis blir forskningsspørsmålet ”*hvilke kunnskapskilder anvender helsepersonell når de vurderer vedtak om skjerming?*” gjort rede for. Muligheter for å forbedre praksisen trer frem, da helsepersonellet i mindre grad anvender forskningskunnskap og brukerkunnskap i vurderingen.

Videre diskuteres forskningsspørsmålet ”*hvordan begrunner helsepersonellet bruken av kunnskapskilder?*”, i lys av teori og funn. Jeg peker på mulige utfordringer ved at personalet i mindre grad er bevisste hvilke kunnskapskildene de anvender. Dominerende trekk viser manglende kompetanse, samt en manglende organisatorisk struktur og kultur som underbygger og støtter opp om kunnskapsbasert praksis.

Avslutningsvis diskuteres mulige konsekvenser praksisen får for den enkelte tjenestemottaker. Helsepersonell i rollen som ekspert er fremtredende i materialet. Studien setter søkelys på hvordan personalets manglende anerkjennelse til pasientens deltakelse ved beslutningsprosesser, kan bidra til en stillestående praksis rundt pasientens muligheter for medvirkning. Drøftingen representerer én mulig forståelse av informantenes bidrag og er organisert under to tematiske overskrifter.

Metodediskusjonen tar for seg mulige feilkilder som svekker validiteten og reliabiliteten til studien. Faktorer som i større eller mindre grad har bidratt til å sikre pålitelige og gyldige forskningsresultater synliggjøres.

7.1 Resultatdiskusjon

Mine funn belyser hvordan helsepersonell, både miljøpersonalet og behandlere, viser til deres egenerfaring og observasjonskompetanse ved vurdering av skjerming. Forskning og brukererfaring blir neglisjert som kunnskapskilder.

Sett i forhold til myndighetene sine føringer og gjeldende lovverk er beslutningsgrunnlaget som helsepersonellet beskriver problematisk, og ikke i tråd med den kunnskapsbaserte modellen (Nortvedt et al., 2007).

Det er et uttalt mål at brukerens preferanser og behov skal komme mer i fokus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Kunnskapsbasert praksis er en pasientsentrert tilnærming (Nortvedt et al., 2007). Når den utøves riktig, skal tilnærmingen være individualisert. For at praksisen skal være kunnskapsbasert må helsepersonellet ta hensyn til den enkelte pasient (Pearson, Field & Jordan, 2007). Jeg stiller spørsmål ved nåværende praksis som trer frem i resultatene, og kravene til en kunnskapsbasert praksis.

I helsetjenestene foreligger det store kunnskapshull som ennå ikke er forsket på (Hummelvoll, 2012). To av informantene peker på utfordringer knyttet til forskning rundt skjerming og behandlingseffekten. Det betyr at personalet må integrere erfaringsbasert kunnskap og klinisk skjønn, og ta i betraktning pasientens ønsker og erfaringer. Grunnlaget for beslutninger om skjerming blir imidlertid mer usikkert, enn om pålitelig forskningsbasert kunnskap var tilgjengelig (Nortvedt et al., 2007). I mange viktige spørsmål i psykisk helsearbeid mangler det evidens. Eksempelvis når det gjelder effekten av tvang og makt. Dette betyr at pasientens stemme og erfaringer er ekstra viktige å få frem (Pedersen & Nortvedt, 2017).

Det er flere grunner til at helsepersonellet ikke bør stole fullt og helt på egne erfaringer. Man kan bli lurt av egen erfaringsbasert kunnskap til å tro at et tiltak virker, selv om det faktisk ikke gjør det (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013). Pasienten får ikke den beste behandlingen da helsepersonellet går glipp av verdifull kunnskap fra oppdatert forskning og brukerpreferanser (Nortvedt et al., 2007). En endring av praksisen kan bidra til å unngå en uhensiktsmessig, kostbar og potensielt skadelig praksis.

I studien min viser helsepersonellet lite engasjement for selv å være oppdatert på relevant kunnskap, for å kunne utøve forsvarlig helsehjelp. De tar i mindre grad ansvar for sikre at tjenestene bygger på en kunnskapsbasert arbeidsmodell. Funnene i studien antyder en ansvarsfraskrivelse fra flere ledd i praksisfeltet.

Kunnskapsbasert praksis må implementeres på systemnivå (Nortvedt et al., 2007). Det er både avdelingens ansvar og hver enkelt helsepersonells ansvar å legge til rette forholdene, for å arbeide kunnskapsbasert.

Flere arenaer hvor personalet kan skape et fagmiljø som verdsetter og aktivt deler forskningsbasert kunnskap kan være fruktbart. Uformell deling av praktisk kunnskap er også viktig for å utvikle den erfaringsbaserte komponenten i kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2007). Funnene indikerer at personalet sprer kunnskap hovedsak i form av egne erfaringer til kolleger. Praksisen helsepersonellet beskriver kan forklares ved å se på de institusjonelle og kulturelle rammene for tjenesteytingen.

7.1.1 Institusjonelle og kulturelle rammer

Bruk av skjerming varierer mellom de ulike regionene og innen de ulike helseforetakene i landet (Helsedirektoratet, 2020). I Helsedirektoratet (2020) sin rapport om bruk av tvang i psykisk helsevern i 2018, ser man geografiske forskjeller både når det gjelder tvangsmidler og skjerming. I perioden 2015-2018 hadde region Vest høyere pasientrate enn de andre regionene. Midt-Norge og Nord hadde lavere pasientrate for både tvangsmidler og skjerming i 2018. Gjennomgående viser trekk fra foretakene i disse regionene et lavere omfang av tvang.

Man kan stille spørsmål til hvorfor det er så store geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet. Helsepersonellet skal forholdet seg til den samme lovteksten, fagkunnskapen, og man har et sett med etiske prinsipper som er overordnet.

Forskjellene sier noe om beslutningsgrunnlaget for vedtak om skjerming. Institusjonelle og kulturelle rammer legger premisser for praksisen, og belyser hvordan helsepersonellet begrunner vurderingen rundt vedtak om skjerming.

Følgende avsnitt illustrerer hvordan kulturen på sengepostene bidrar til en stillestående praksis, hvor personalet i mindre grad reflekterer over bruk av skjerming.

”Nei jeg har ikke et så veldig godt svar på det”

En viktig del av helsepersonellens arbeidshverdag er å reflektere og stille spørsmål ved behandlingen som blir gjennomført. Spesielt viktig er refleksjon rundt praksis som angår tvang og makt, som etablering av skjerming. Gode refleksjoner rundt bruken av tvang kan være en forutsetning for å gjøre gode valg og øke deltakelsen til pasienten (Pedersen & Nortvedt, 2017). Hummelvoll (2012) understreker viktigheten med grundige og reflekterte diskusjoner før en velger å skjerme en pasient. Vedtak om skjerming er et stort inngrep i

bevegelsesfriheten. Helsepersonellet må derfor jevnlig stille spørsmål om hva som er godt for den enkelte.

Egenskaper ved organisasjonen viser seg i studien min å være en hindring for å arbeide kunnskapsbasert. Ut i fra resultatene i studien kan det synes som helsepersonellet ikke stiller spørsmål til de etablerte diskursene rundt skjerming. En manglende kultur hvor personalet opplever at de kan reflektere over praksisen, trer frem. Dette kan bidra til en ubevisst bruk av kunnskapskilder ved beslutningsgrunnlaget for skjerming.

Skjermingspraksisen blir ikke evaluert for å sikre kvalitet, dermed er praksisen heller ikke i endring (Nortvedt et al., 2007). Helsepersonellet i denne studien begrunner vurderingen av vedtak om skjerming med spørsmål og undring. Intervjusituasjonen blir en mulighet til å reflektere over beslutningsgrunnlaget.

Helsepersonellet må spørre seg selv om de arbeider etter kunnskapsbaserte retningslinjer. Kritisk tenkning er en faktor som bidrar til en kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2007). En positiv holdning til å stille spørsmål over egen praksis, blir trukket frem som en kjerneegenskap for å kunne implementere kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2007).

Videre kan rom for refleksjon rundt dilemmaer, bidra til å skape innsikt og erfaring, som frembringer bedre dømmekraft (Hummelvoll, 2012). Refleksjon kan skape en empatisk tilnærming til pasienten. Det er grunn til å tro at økt refleksjon hos personalet kan bidra til en holdningsendring som er mer preget av empati, tillit, og hvor samarbeid med pasienten ansees som verdifullt (Pedersen & Nortvedt, 2017). En slik utvikling kan skape bedre dialoger, hvor pasienten anerkjennes av personalet som en deltaker i behandlingen.

Det psykiske helsevesenet har en spesiell mulighet til å utøve makt og atferdskontroll (Norvoll, 2013). Ved å reflektere rundt skjerming med jevne mellomrom kan man bevisstgjøre egne og kollegers handlinger og vurderinger i ulike situasjoner. Slik kan man identifisere og forebygge maktbruk relatert til skjerming i psykisk helsearbeid.

Makt og atferdskontroll er særlig relevant ved institusjoner som kan forstås som en ”total institusjon”. Følgende avsnitt belyser hvordan de institusjonelle rammene legger føringer for praksisen.

”Her er skjerming et standard tiltak på alle postene”

Resultatene fra studien kan forstås gjennom Goffmans (1967) teorier om den totale institusjon. Mye av Goffmans arbeid er fremdeles aktuelt i dagens samfunn. Karlsson (2016)

viser i sin bok hvordan arbeidet innen psykisk helse og rus går for sakte. De psykiske helsetjenestene må vise større vilje til å endre seg, og gjennomføre politiske intensjoner som blir vedtatt. Brukerne må nå få større reell innflytelse på utformingen av tjenestene. Historisk sett og i vår samtid foreligger det et objektivistisk kunnskapssyn som er rådende diskurs i psykisk helse- og rusfeltet (Karlsson & Borg, 2017). Helsepersonellet har et språk som skaper skiller, med ord som ”psykisk syk” eller ”maniker”. Ordene leder til handlinger basert på at de ikke vet hva som er best for dem (Karlsson & Borg, 2017).

Beskrivelsen av praksisen på skjermingsavdelingene viser hvordan flere av pasientene kan oppleve nærmest total utestengelse fra den dominerende samfunnskulturen. De blir bedt om å holde seg på rommet store deler av skjermingsoppholdet. Det er barrierer mellom skjermingsavdelingen og omgivelsene. Med tydelig og innebygd struktur gjennom låste dører. Pasientene kan ikke gå hvor, eller når de vil. Diagnosen setter rammer for miljøarbeidet inne på skjermingen. Fokuset er lite stimuli og aktivitet. Gjennom egne husregler og uskrevene normer er det skapt rammer for samhandlingen. Ifølge Goffman (1967) har de totale institusjonene favnende egenskaper av en totalitær karakter. Disse trekkene er tydelige i beskrivelsene av skjermings utforming og praksisen helsepersonellet beskriver når de vurderer skjerming. Pasientene har ikke noe liv utenfor institusjonen. Flere har restriksjoner på kontakt med omverdenen. Helsepersonellet vurderer og avgjør om skjerming er nødvendig, uavhengig av pasientens ønsker, verdier og preferanser. Kulturen på sengepostene viderefører på mange måter arven fra ”totale institusjoner”.

Goffmann (1967) beskriver hvordan kulturer utvikler seg i denne type institusjoner. Institusjonskulturen styrer mye av det som skjer. I studien til Goffman (1967) så personalet på pasientene som underordnet diagnostisert gruppe, ikke som individuelle selvbestemmende individer. Den totale institusjon er dermed lite innrettet mot den enkelte pasients behov og ønsker (Øye & Norvoll, 2013).

Sengepostene i studien min kjennetegnes av en institusjonskultur hvor personalet forstår pasientene som en gruppe som de fordeler sin samlede arbeidskraft på. Basert på deres erfaringer med ulike diagnoser har de laget noen regler og rutiner for å opprettholde sikkerhet og kontroll. Pasientene må stå i en behandling som blir beskrevet som krevende, ettersom personalet er av den oppfatning at det gir bedring.

Goffman (1967) var opptatt av hvilken rolle de romlige ordningene utgjorde for det sosiale livet som utspiller seg innenfor institusjonene. Det påvirker hvordan pasienten oppfatter seg

selv, og gjenspeiler pasientens sosiale og moralske status i institusjonen. Isolatrommet utgjør det rommet i institusjonen hvor pasienten har lavest sosial status.

Skjermingsrommet er av nyere dato, men det er grunn til å tro at det gjenspeiler praksisen på isolat. Skjermingsrommet utgjør i likhet med isolatet institusjonens mest lukkede rom.

Rommet kjennetegnes av påtvungen ensomhet og kontinuerlig observasjon for å øke informasjonen om pasienten (Norvoll, 2013).

Studien min viser hvordan pasienten har gått fra å være et medmenneske til å bli en pasient med diagnose, en ”maniker”. Deres sosiale status er så lav at det blir unaturlig å innhente deres brukererfaring rundt skjerming. De institusjonelle rammene bidrar til at helsepersonellet holder fast ved rollen som eksperter, og opprettholder pasientenes lave sosiale status.

Institusjonelle og kulturelle rammer som fremkommer av studien hevder jeg er til hindre for pasientenes medvirkning ved beslutningsprosessen rundt skjerming. Det er nærliggende å tro at den manglende medvirkningen også påvirker andre beslutninger rundt den enkeltes behandling ved sengepostene.

Den enkeltes behov for deltakelse må respekteres og erkjennes av personalet (Pedersen & Nortvedt, 2017). Gjennom eksempelvis fagdager og videreutdanninger kan kunnskapen blant personale styrkes. Refleksjon rundt den enkeltes ønsker for behandlingen kan styrke pasientens opplevelse av medvirkning i egen behandling. Vatne (2006) beskriver dette som myndiggjøring som mål, for økt brukermedvirkning. Funnene peker videre på en manglende kultur for endring og utvikling. Dette gjør at helsepersonellet ikke er bevisst hvor kunnskapen de tar i bruk kommer fra, eller reflekterer over dette. De ansatte har gjort skjerming tilnærmet en rutine på sengepostene.

Gjennomgående har informantene positive holdninger og forståelse av skjerming som en viktig intervensjon i miljøterapien. Ut i fra litteraturstudien til Norvoll, Ruud og Hynnekleiv (2015) mener jeg det er en uoverensstemmelse mellom helsepersonellens forståelse av skjerming og det kunnskapsmessige grunnlaget. Den faglige begrunnelsen, praksisen og effekten av skjerming har et generelt svakt kunnskapsgrunnlag. Studien deres viser behov for mer forskning på ulike typer skjerming og effekten av den (Norvoll et al., 2015).

Videre viste en brukerundersøkelse som inkluderte 721 pasienter at 33% hadde svært lite eller ingen utbytte av skjerming, 31% hadde stort utbytte (Bjerkan, Lilleeng og Pedersen,

2009). Det bør understrekes at svarprosenten hos tvansinnlagte var lav. Skjermingen sto for 62% av variasjonen i opplevd tvang (Sørgaard, 2004).

Hvorfor skjerming er et tiltak som benyttes hyppig på de psykiatriske sengepostene kan dermed forklares gjennom institusjonelle og kulturelle rammer. Den dominerende arbeidskulturen og praksien påvirker rollefordelingen på skjermingsavsnittene.

Konsekvensene disse rammene får for personalet og pasientene som aktører i vurderingen av skjermingen, utdypes i følgende avsnitt.

7.1.2 Roller under gjensidig påvirkning

Historien viser hvordan de profesjonelle hjelperne i hovedsak har definert hva som er god helsehjelp, og hva som er bra for pasienten (Pedersen, Norvoll & Bjørgen, 2017). Fra 1960-tallet ble pasientens stemme løftet frem fra et borgerrettighetsperspektiv gjennom politikken og ulike fagtradisjoner. Retten til medvirkning har blitt lovfestet, eksempelvis gjennom bruk av ettersamtale og retten til å uttale seg ved gjennomføring av tvangsvedtak (Psykisk helsevernloven, 1999). Pasienten skal gis så stor innflytelse som mulig før skjerming iverksettes (Psykisk helsevernloven, 2011). Til tross for politiske og lovpålagte føringer viser forskning hvordan brukerrettighetene blir forsømt (Norvoll & Husum, 2011). Norvoll og Pedersen (2017) understreker at pasienter fortsatt opplever å ikke bli sett, forstått, hørt eller involvert når de trenger hjelp for en psykisk lidelse.

Min studie støtter opp om tidligere forskning rundt medvirkning og tvang. Syv av åtte informanter innhenter ikke brukerens preferanser og erfaringer rundt skjerming eller tar disse med i vurderingen. Helsepersonellet foretar vurderinger ut fra observasjon og fortolkning av atferd. Personalet spør seg selv om pasienten er ”bedre” eller ”god nok” til å komme ut i åpen avdeling. Pasienten selv kan føle at lite er endret, hvor andre forhold er like problematiske (Vatne, 2006).

Praksisen informantene beskriver peker på en rollefordeling hvor helsepersonellet er eksperter og pasientene er underlagt deres ekspertise. Under det kommende sitatet diskuterer jeg hvordan rollefordelingen gir ulike konsekvenser for pasientens recoveryprosess, identitet, myndiggjøring og opplevelse av anerkjennelse.

”Likevel så føler jeg nok at vi tenkte på hva vi mente var best for han, siden han var såpass psykotisk”

Helsepersonellet blir gjennom deres beslutningspraksis tildelt en ”ekspertrolle”. Barbosa da Silva (2012) er opptatt av hvordan helsepersonellet kommer i en ekspertrolle ut i fra det medisinske perspektivet. De innehar vitenskapelig kunnskap gjennom utdanning og erfaring, og vet hva som er best behandling for ”lidelsen”.

Positivismen preger det filosofiske grunnlaget for den medisinske modellen. I positivismen tar man utgangspunkt i det observerbare. Menneskets atferd får derfor stor oppmerksomhet, motsetningsvis vies menneskets subjektive erfaringer liten oppmerksomhet (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009). Rollen som pasient og behandler er dermed fastlåste. En positivistisk medisinsk tilnærming til skjermingspraksisen nedgraderer viktigheten av den subjektive erfaringen til pasienten.

Slade (2009) hevder at psykisk uhelse hovedsakelig er subjektive erfaringer. Den indre subjektive verden av opplevelser må derfor være i sentrum ved forskning og behandling av psykisk uhelse. utfordringen er å få tilgang til de subjektive erfaringene. Man må da ta utgangspunkt i et epistemologisk grunnlag som implementerer det observerbare og generaliserbare. Dette kan være i form av forskningskunnskap, eksempelvis RCT-studier. Like viktig er subjektiv kunnskap som gir informasjon om den enkelte pasient sine erfaringer. Slade (2009) argumenterer for at konstruktivisme vil være et bedre epistemologisk fundament for å balansere mellom objektivisme og subjektivisme. En kunnskapsbasert praksis vil være forenelig med en slik tankegang hvor brukerkunnskap bidrar til et fokus på subjektiv kunnskap om den enkeltes liv.

Det psykiske helsefeltet er tidligere kritisert for å ikke ta på alvor personens subjektive kunnskap, men fokusere på helsepersonellens objektive forståelse av personen (Karlsson og Borg, 2017). Så tidlig som i 1988 beskrev pasienter tvangstiltaket som ydmykende når avgjørelsen ble tatt over hode på dem, og de ikke fikk delta (Hummelvoll, 2012). Pasientene ønsket at personalet skulle snakke til dem på en bedre måte, og forstå dem og deres situasjon (Norvoll, 2007).

De observerte symptomene og pasientens subjektive opplevelse av lidelsen kan stå i et motsetningsforhold til hverandre (Goffman, 1967). Pasienten kan ha en annen oppfatning av lidelsen eller oppleve ikke å lide. Dette kan skape et spenningsforhold mellom pasientens oppfatninger og omgivelsenes syn på pasienten. Ut i fra min studie vil det være nærliggende å

tro at et slikt spenningsforhold finner sted på de aktuelle sengepostene. Spenningsforholdet kan bidra til å øke forståelseskloften som Norvoll og Husum (2011) peker på i sin studie.

Gjennom Goffmans teori om den totale institusjon kan man forstå de ulike rollene til de "innsatte" og "ansatte", og konsekvenser av dem. Kjennetegn ved den totale institusjon var at den enkelte pasients behov og ønsker ikke ble tatt hensyn til (Goffman, 1967).

Goffmans funn er like relevante i dag, ettersom resultatene fra min studie peker på samme problematikk. Pasientene blir tvunget inn i rollen som psykisk syke og hjelpetrequende. De må anerkjenne institusjonens rutiner og regler. Dersom de utfordrer disse står de i fare for å havne på skjermingsavsnittet. Informasjon rundt vurderingen av skjerming får ikke pasienten før de må flytte. Beslutninger blir tatt uten dem. Deres stemme blir i større grad sett på som irrelevant for beslutningsgrunnlaget.

Funnene i studien min viser hvordan helsepersonellets vurderingspraksis bidrar til å opprettholde pasientenes lave sosiale og moralske status på institusjonen, og deres mulighet for å ha kontroll og oversikt over egen situasjon. Ekspertrollen fremmer forskjellene mellom "dem og oss", mellom "sterk og svak" (Barbosa da Silva, 2012).

Ifølge Goffman (1967) bidrar den totale institusjonen til fall i pasientens status gjennom tap av privatliv, daglige ydmykelser og sosial isolasjon, som kan ytterligere krenke pasientens identitet. Teori om stigma forklarer hvordan helsepersonellet i studien min har satt merkelapper på menneskene som er innlagt på skjermet avdeling. De er blitt til personer som "ikke har samtykkekompetanse", "mangler sykdomsinnsikt" og "psykotiske". Gjennom slike strategier utøver personalet en form for diskriminering av de innlagte. Når personalet sykeliggjør og reduserer identiteten til den enkelte til en sykdom kan det være et tidsspørsmål før personen selv begynner å dehumanisere seg selv og oppfatte seg selv som mindreverdig (Vatne, 2006). Dette kalles selvstigmatisering. Slik kan stigmatisering bli en relasjonell og tosidig prosess. Stigma begrepet omfatter da personalet i relasjon med "den andre", og en prosess hvor "den andre" lærer hva som er normalt og avvikende (Goffman, 1990).

Et resultat av dette kan være håpløshet (Vatne, 2006). Den enkelte kan oppleve å bli dømt til å ha en kronisk sykdom gjennom merkelappene psykiatrien setter på dem. Det kan ta fra pasientene håpet om en framtid. Handlingene og atferden defineres som symptom, heller enn å vise interesse for den enkeltes liv og det de forteller.

Bedringsprosessen baserer seg på pasientens oppfatninger og egenhandling (Vatne, 2006). Men det skjer ikke uavhengig av måten en blir møtt på av tjenesteyterne eller familie og

venner. Håp og mestring er sentrale kvaliteter i den enkeltes bedringsprosess. Det å ta kontroll over eget liv og oppleve å ha et liv, altså myndiggjøring, er essensielt.

Ut i fra funnene i studien min, hevder jeg at helsepersonellens svake forventninger til pasientene og stigma mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser er et hinder for å skape håp. Praksisen rundt beslutningsgrunnlaget vil i mindre grad fremme den enkeltes personlige recoveryprosess. De blir sittende fast i en negativ identitet eller oppfatning av seg selv.

For at pasienten skal komme i en myndiggjørende prosess, må hjelper-relasjonen basere seg på forsøk om å opprette likeverd. Personalet må dele makten med pasienten slik at den enkelte kan oppleve å ha kontroll over eget liv.

Studier viser at kvaliteten i relasjonen med pasienten har sammenheng med pasientens bedringsprosesser (Karlsson & Borg, 2017). Betingelsene for en god relasjon er at den er samarbeidende, fleksibel, ikke tvingende eller grensesettende, og tolerant og støttende (Vatne, 2006). Relasjonen bør skape håp hos pasienten. En slik tilnærming hevder at personalet har fokus på samarbeid og ikke konkrete tiltak de selv mener er best for pasienten.

Resultatene fra studien belyser hvordan helsepersonellet har etablert en subjekt- objekt relasjon til pasientene. Informantene observerer pasientene med egne ”briller”. En av informantene som skiller seg ut, rådfører sine observasjoner med pasienten og hans/hennes selvforståelse. Dersom man ikke sjekker ut våre observasjoner med den andre kan det oppleves som smertefult fordi individet blir fratatt sin egen selvopplevelse (Vatne, 2006). De resterende informantene i studien min gjør seg til eksperter på opplevelsen til pasienten, ved å definere den. Ved at pasientenes meninger og erfaringer ikke blir etterspurt, fratår helsepersonellet pasienten evne og rett til å ha en egen oppfatning av situasjonen.

Pasienter som har opplevd skjerming beskriver positive opplevelser relatert til respekt og varme, at de opplevde at noen brydde seg, kjennskap til rettigheter, samt informasjon om hva som skulle foregå (Olofsson 2001). En menneskelig og respektfull væremåte kombinert med informasjon er viktig for å motvirke krenkende opplevelser av tvang (Vatne, 2006).

Pasienter har rapportert om opplevelsen av klaustrofobi, avmakt, et kontrollerende system hvor de selv blir fratatt kontrollen (Vatne, 2006). Dette nevnes som negative opplevelser av skjerming og tvang. En skandinavisk studie peker på effekten av tvang som enten krenkende eller ikke (Høyer et al., 2002). En snakker altså ikke om grader av integritetskrenkelser.

Ut i fra funnene i min studie hevder jeg at beslutningspraksisen rundt skjerming vil i større grad bidra til å forsterke de negative erfaringene pasientene har satt ord på. Informantene retter lite fokus mot pasientens egen tilfriskningsprosess, eksempelvis pasienters eget håp, hensikt og mening med livet.

Vatne (2006) påpeker at både skjerming og tvang er hyppig anvendt i, og er et uttrykk for en tradisjon heller enn faglige vurderinger. Hun hevder at organisatoriske faktorer, mer enn diagnoser avgjør skjermingsbruken. Eksempelvis fysiske forhold, holdninger til bruk av skjerming hos de ansatte, antall og sammensetning av personalet, påvirker bestemmelsene om skjerming.

Forskningsstudier viser at de organisatoriske rammene ved behandlingsinstitusjoner gir en hjelperolle og pasientatferd som kan endre seg når pasienter flytter hjem (McGonagle & Allan, 2002). I en mer hjemlig kontekst gikk helsepersonellet fra en observerende rolle til en mer delaktig vi-relasjon preget av myndiggjøring. Ved institusjonene var de ansatte preget av roller som innebar en foreldre- barn relasjon, i kommunepsykiatrien ble pasienten i større grad behandlet som en voksen person.

Studien min viser hvordan helsepersonellet i hovedsak anvender en kilde til kunnskap. Dermed representerer praksisen det Slade (2009) beskriver som klinisk recovery. Klinisk recovery forsterker helsepersonellet i ekspertrollen. Pasientenes erfaringer med eksempelvis psykoseopplevelser som har mening, er fraværende i studien. Mennesket som opplever disse problemene og sammenhengen de lever i, blir borte. Det viser hvordan det allmennmenneskelige forsvinner, hvor pasienten har livserfaringer av betydning, drømmer og ressurser.

Slade (2009) beskriver klinisk recovery som et behandlingsrettet og resultatorientert perspektiv. Bedring blir da forstått som et resultat eller tilstand som ikke varierer mellom individer. Tilstanden kan observeres, og vurderes av en fagperson. Kartleggingen og evalueringen gir i liten grad rom for personens unike livssituasjon og forholdene rundt som skaper og opprettholder psykisk uhelse.

Helsepersonellet har en felles forståelse av skjerming som et nødvendig og effektivt tiltak i pasientens bedringsprosess. Medisin og ro blir beskrevet som viktige.

Slade (2009) peker på hvordan fagfolk mistolker bedring. Personen tar medisiner på skjerming, og helsepersonellet kan få inntrykk av at de gir ro og bedring. Den enkelte selv kan

oppleve at følelser og tanker blir dempet, som ikke trenger å bety håp og positivitet for den det gjelder (Slade, 2009).

”Hva trenger en manisk pasient?”

Utsagnet er illustrativt for hvordan personalet tenker i kategorier rundt pasientenes behov, ikke bare de som har blitt diagnostisert med en bipolar lidelse. Studien min viser hvilken sterk posisjon diagnoser har når det gjelder å definere og klargjøre problemer. Ut i fra helsepersonellens erfaringer med den aktuelle diagnosen avgjøres behovet for skjerming. Dilemmaer ved diagnoser er at de ikke tar hensyn til individets livssituasjon, meninger og synspunkter. Diagnosen kommer på bekostning av å se hele mennesket og dets situasjon (Aarre, 2018). Det særpregede ved mennesket forsvinner. Dette er krenkelser mange mennesker som søker hjelp for sine psykiske plager opplever i møtet med hjelpeapparatet (Ørstavik, 2008).

Å vurdere og se pasientens behov ut fra kategorier og diagnoser grunner i et medisinsk kunnskapsgrunnlag. Trond Aarre kritiserer utviklingen i psykisk helsevern i boken ”En mindre medisinsk psykiatri” (2018). Det dominerende kunnskapssynet bidrar til en tilnærming til psykiske lidelser som preges av paternalisme og ekspertløsninger. Aarres forståelse av dagens psykiatri korrelerer med funnene i min studie, som løfter frem helsepersonellet i rollen som eksperter og hvordan det medisinske perspektivet råder på sengepostene. Et medisinsk kunnskapsgrunnlag representerer et reduksjonistisk menneskesyn (Barbosa da Silva, 2012). Man står i fare for å redusere den andre som medmenneske. Inhumanitet, manipulering og kontroll i behandlingen blir da mer sannsynlig (Norvoll, 2013).

Flere stemmer og perspektiver kan gi muligheter for å bringe feltet psykisk helse videre heller enn fagfolks søken etter løsninger gjennom diagnoser og standardiserte behandlingsopplegg (Borg & Topor, 2014). Brukererfaring kan gi muligheter i forhandlinger og samarbeid om kunnskapsutvikling. Borg og Topor (2014) viser til viktigheten av å stimulere alle som gir bidrag til utvidelse av kunnskapsgrunnlaget, som videre er utgangspunktet for hjelpetiltakene.

Forskning på hva som fremmer pasientenes bedring peker på elementer som er mer eller mindre universelle, uavhengig av diagnoser (Karlsson & Borg, 2017).

I studien til Norvoll og Husum (2011) er personalets reduksjonistiske og lite anerkjennede syn et gjennomgående tema hos de misfornøyde brukerne. Dette påvirker videre relasjonen og kommunikasjonen under oppholdet på posten.

Hvordan personalet bør møte pasientene på skjerming og i vurderingen av skjermingen kan forklares ved hjelp av Hans Skjervheims teorier om samhandling. Hans Skjervheim var en norsk filosof som var opptatt av hvordan man møter andre. Essayet ”Deltakar og tilskodar” (Skjervheim, 1975) vil være relevant for hvordan personalet på sengepostene må være ”jeg” som skal møte ”du”, ikke ”det/objekt”. Han skiller mellom to ulike holdninger i møte mellom mennesker. Man kan som helsepersonell objektivere den andre og gjøre pasienten om til en ting eller en sak. Dette kaller han for en to-leddet relasjon. Man har en holdning hvor man ikke bryr seg om hva den andre sier. Dette kan knyttes til et maktperspektiv hvor man fratrar pasienten mulighet til å være deltaker i relasjonen.

Budskapet til Skjervheim (1975) er at man sammen deler saken, engasjementet og meninger. Dette beskriver han som en tre-leddet relasjon. ”Vi har her ein treledda relasjon, mellom den andre, meg og sakstilhøve som er slik at vi deler sakstilhøvet med kvarandre” (Skjervheim, 1975, s. 52).

Funnene i studien viser hvordan pasientene er ”tilskuere” og ikke ”deltakere” i beslutningsprosessen ved skjerming. Dette på grunn av helsepersonelllets ekspertrolle hvor brukerkunnskap blir neglisjert. Skjervheim (1975) presiserer at vi særlig står i fare for en to-leddet relasjon når det den andre personen sier, eller gjør, er svært urimelig eller underlig. Det kan være krevende å oppnå et hjelpeforhold som består i subjekt-subjekt relasjon når pasienten har store omsorgsbehov (Vatne, 2006). På sengeposter må man derfor være særlig bevisst hvordan man forholder seg til menneskene som er der. Personalet må anerkjenne at pasienten selv erfarer den psykiske lidelsen gjennom subjektive opplevelser..

Dersom helsepersonellet skal få til en tre-leddet relasjon i spørsmålet om skjerming, må man se på hvem som definerer kunnskapen. Insitusjonen kan ikke være styrt av diskurser hvor det er personaler som definerer ”hva som er sant”. Dette betyr i praksis ikke at personalet skal ha mindre makt, men utnytte pasientens kunnskaper ved å skape relasjoner som gir den enkelte mer reell makt og medvirkning (Pedersen & Nortvedt, 2017). Pasienter som har en alvorlig psykisk lidelse kan vurderes som ikke samtykkekompetente. Mange av disse pasientene kan likevel si noe om hvordan de har det og hva som hjelper dem i vanskelige situasjoner

(Pedersen & Nortvedt, 2017). Pasienten og personalet må sammen komme frem til hva som er sant og hva som er riktig behandling (Norvoll, 2013). Relasjonen preges da av at pasienten blir sett og møtt som en person med ressurser og ferdigheter, ikke som en kronisk psykiatrisk pasient (Vatne, 2006).

Det bør understrekes at helsepersonell har en etisk plikt til å fremme pasientens mulighet for selvstendige avgjørelser ved å gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon (Fellesorganisasjonen, 2019). Personalet har videre en plikt til å skape verdighet. Verdigheten kan styrkes gjennom erkjennelse av pasientens behov og rettigheter. Ut i fra resultatene vil pasientene mer eller mindre oppleve seg som usynlige. De blir ikke anerkjent, som i seg selv er en krenkelse (Pettersen & Simonsen, 2010).

Pasienter som vurderes å være i behov for å flytte på en skjermet enhet trenger også i denne prosessen anerkjennelse om at de er et individ med egne opplevelser, kunnskaper og meninger.

Vatne (2003) fant i sin studie to alternative tilnæringsformer i møte med pasienten, det korrigerende og anerkjennende perspektiv. Anerkjennende tilnærming er avgjørende for økt medvirkning når helsepersonellet skal vurdere skjerming og miljøterapien ved skjermingsavsnittet (Vatne, 2006). En anerkjennende tilnærming kan skapes ved at pasientens rettigheter og innlevelse i pasientens situasjon settes i fokus. Hanssen og Humerfelt (2010) mener respekt for at pasienten opplever situasjonen annerledes, men likevel blir anerkjent som deltaker i sin behandling er viktige elementer for inkludering. Det krever at personalet har positive holdninger til pasienten.

Fra resultatene i min studie, kan det diskuteres hvorvidt personalet innehar en slik holdning. Flere av informantene uttrykker en holdning til brukererfaring som ubrukelig og meningsløs.

De har i større grad pessimistiske bilder av pasientene. Dette er typiske trekk ved den "totale institusjon" (Goffman, 1967). Personalets bilde av pasienten skaper konsekvenser for den enkelte. I lys av Goffmans teorier (1990) kan pasientene sies å ha et stigma knyttet til sin identitet. De er i en situasjon Goffman beskriver som "the situation of the individual who is disqualified from full social acceptance" (1990, s. 9). Goffman beskriver stigma som sosialt diskrediterende, vedvarende som påvirker oppfatningen av en person i sin helhet.

Stigmatisering kan ha negative konsekvenser for den enkeltes livskvalitet. Pasienten kan få

merkelapper som ”manisk”, ”upålitelig”, eller ”voldelig”. Merkelappen knytter seg til noen negative egenskaper som skiller personen fra andre. Skille mellom ”oss” og ”dem” gjør at den enkeltes identitet som gal eller farlig, kan forsterkes. Det blir i mindre grad skapt samarbeidsrelasjoner som kan gi opplevelsen av likeverd. Videre vil de negative egenskapene føre til avvisning og isolering av den stigmatiserte (Goffman, 1990).

Holdninger endres i samspill med andre (Pettersen og Simonsen, 2010). Min studie viser at samhandlingen mellom pasienten og personalet må øke, slik skapes arenaer for medvirkning og holdningsendringer (Thoresen et al., 2004).

Direkte erfaringer med pasienten kan påvirke personalets holdninger (Goffman, 1963). I møte med skjermingspasientene kan de ha uheldige erfaringer med en pasient med selvskadning eller dersom de selv blir slått. Det er da viktig å la pasienten få en ny sjanse, selv om man har erfaringer som tilsier noe annet (Hanssen og Humerfelt, 2010).

For at praksisen på skjerming skal styrke pasientens bedringsprosesser trenger de fagpersoner som har selvstendighet og nysgjerrighet til å samarbeide med den enkelte og nettverket på meningsfulle måter (Borg & Topor, 2014). Måter som ikke er fastlåste av tvangspregede retningslinjer og rammer som representerer barrierer mot pasientens bedringsprosess. De trenger fagpersoner som forsøker å lytte til personens egen forståelse av sin situasjon. Virksomme relasjoner skapes gjennom samarbeid og respekt. De muliggjør dialog, å dele, respondere og forstå (Karlsson & Borg, 2017).

Jeg mener at personalet må i større grad invitere og legge til rette for et slikt samarbeid. Samarbeidets viktigste redskap er samtale eller dialog mellom de ulike deltakerne som inngår i samarbeidet. Ved at helsepersonellet gir god informasjon, og tar seg tid til å ha ettersamtale med brukeren rundt den enkeltes opplevelser av skjerming, vil man i større grad kunne forsterke positive erfaringer pasienter beskriver om tvang.

Samarbeid rundt skjerming kan være problematisk. Pasienten er kanskje ikke engasjert eller aktivt deltakende og klar for samarbeid (Borg & Topor, 2014). Da er det viktig å huske at bedringsprosesser går opp og ned. Helsepersonellet må tåle å stå i de dilemmaer svarene til pasientene kan gi (Borg & Topor, 2014).

Det kan være utfordrende å dele på makten under skjermingsoppholdet. At den enkelte pasients erfaringer anvendes som kunnskapskilde ved vurderinger betyr ikke at de profesjonelle skal underkjenne sin faglige erfaring og kompetanse (Karlsson & Borg, 2017).

Personalet bør tilstrebe å være lydhøre mot personens ønsker og mål for livet. De må anerkjenne menneskers erfaringer.

Funnene i studien viser at pasienten i mindre grad har muligheter til å delta i beslutningsprosesser. Det vil da være vanskelig å få til et godt samarbeid hvor man deler feedback. Dette kan være barrierer for å skape selvstendighet eller empowerment for recoveryprosessen.

En representant fra en post hadde imidlertid en annen holdning til praksisen rundt skjerming. Det er uklart om det avspeiler informantens private oppfatninger, eller om måten å møte pasienten på er verdier som grunner i en av postenes kultur. Funnene kan vise hvordan vedkommende bryter med de institusjonelle og kulturelle rammene. Erfaringene informantene beskriver belyser hvordan ulike roller får konsekvenser for praksis, som videre gir noen konsekvenser for pasienten og recoveryprosesser.

Informanten er opptatt av pasientens erfaringer med skjerming, og søker å innhente disse aktivt. På den måten anerkjennes den enkeltes erfaringer, som kan bidra til en mer positiv identitet. Å gi pasienten informasjon undervegs i vurderingen og begrunne hvorfor tiltak ble iverksatt ble beskrevet som viktig av informanten. På den måten kan man i større grad bygge en relasjon på samarbeid og likeverd som videre kan skape håpefulle praksiser.

Brukerorganisasjoner har kritisert en tradisjonell behandling i psykisk helsevern som de ikke føler seg hjemme i (Aarre, 2018). De mener at psykiatrien har et fokus på pasientens manglende innsikt og irrasjonalitet, som innebærer en paternalistisk tankegang hvor brukeren ikke får anledning til “å prøve seg ut”. De har fremhevet tilfriskningsperspektivet som en motvekt.

Personlig recovery tar utgangspunkt i personens ønsker, ressurser, mål og verdier. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer (Helsedirektoratet, 2014). Man tar da noen risikoer ettersom eventuelle “feilskjær” kan være en viktig kilde til læring om hvordan den enkelte kan mestre problemene sine på best mulig måte (Pedersen m.fl., 2017).

Gjennom et større fokus på pasientenes egne ressurser i behandlingen ville man fremhevet WHO sin erklæring om en tro på menneskets potensielle egenkraft til endring og utvikling (Rogan, 2014). Slik sender man signal om en grunnleggende forståelse av brukerens egen rolle i endringsarbeidet. Da legger man til rette for en positiv personlig og sosial identitet.

Personlig recovery som tilnærming krever en holdningsendring av helsepersonellet

spesielt. For at pasienten skal sees på som en ekspert og likeverdig samtalepartner må man ta utgangspunktet i et holistisk menneskesyn. Da blir forholdet preget av en ”jeg-du-relasjon” hvor begge parter har kunnskap og erfaringer som er viktige for personens helse (Barbosa da Silva, 2006). Et slikt kunnskapssyn utfordrer den tradisjonelle ekspertrollen til helsepersonellet (Aarre, 2018).

Helsepersonellet i studien har tilegnet seg en tradisjon rundt beslutningspraksisen, hvor de har en bestemt måte å forstå og handle overfor pasientene. Gadamer (1960) og hermeneutikken er relevant iforhold til hjelpernes forståelse og fortolkning av praksis. De har en forståelseshorisont med en rekke samlede oppfatninger, både bevisste og ubevisste når de vurderer skjermingen. Handlingene hvor helsepersonellet neglisjerer brukerens erfaringskunnskap er basert på fordommer.

Gadamer (1960) snakker om en *horisontsammensmelting*, hvor man forsøker å forstå den andre og anerkjenne den andres forståelse. Det betyr ikke at en de ulike partene må ha lik forståelse, men forskjelligheten er klarlagt. En hermeneutisk tilnærming til pasientenes ytringer rundt skjerming mener jeg vil være hensiktsmessig. Det er i møte med forskjellige fordommer at en blir bevisst sine egne (Vatne, 2006). Ved å inkludere pasientenes perspektiver i større grad, kan praksisen utvikles til tjenestemottakernes fordel. Slik informantene i min studie beskriver praksisen, blir ikke pasientenes stemmer hørt og hjelperne får heller ikke da utvidet sin forståelseshorisont.

For å skape en horisontsammensmelting må helsepersonellet gå inn i en dialog med den enkelte pasient (Vatne, 2006). Dialog kan gi innsikt i pasientens ønsker for behandlingen. To parter uttrykker da sine fordommer i form av antakelser. Antakelsene blir spørsmål som prøves ut i forhold til den andres oppfatninger (Vatne, 2006). Gjennom et hermeneutisk vitenskapsteoretisk perspektiv må helsepersonellet forsøke å forstå pasientens atferd slik den viser seg i relasjonen, og gjennom dialog undre over pasientens fordommer eller oppfatninger. Anerkjennelse av den andres oppfatninger er viktig i en hermeneutisk fortolkning (Gadamer, 1960).

Vurdering av skjerming trer frem som en situasjon i behandlingshverdagen som gir muligheter for deling av opplevelser som kan medføre anerkjennelse. Dersom situasjonen blir sett på som kritisk eksempelvis av sikkerhetsmessige årsaker, kan det være at vurderingen og gjennomføringen av vedtaket skjer hurtig. En mulighet er da å komme i dialog med pasienten når han/hun får beskjed om vedtaket, og være lydhøre til deres opplevelser og oppfatninger av

situasjonen. Det å gi god informasjon, og fortelle om den enkeltes rettigheter er viktige faktorer for at tvungen oppleves som mindre krenkbar.

Flere av informantene i min studie manglet informasjon om den enkeltes meninger og opplevelser av det å være på skjerming. Flere hevdet at de kjente pasientene og visste hva de hadde behov for, uten å spørre dem selv. Funnene korrelerer med studien til Hanssen og Humerfelt (2010)

Brukernes tilbakemeldinger kan gjøre de ansatte mer bevisste sine handlinger, som igjen bedrer praksisen (Andreassen, 2004). Med bakgrunn i innsikt i pasientens situasjon kan man gjøre faglige vurderinger, som skaper vilje til å anerkjenne pasienten som deltaker i beslutningsprosessen. En kunnskapsbasert praksis hvor man anvender alle de tre kunnskapskildene vil dermed ivareta pasienten best mulig og krenke minst mulig.

7.2 Diskusjon av metode

Ifølge Malterud (2017) er vitenskapelighet ikke knyttet sammen med en bestemt forskningsmetode, men hvordan kunnskapen innhentes og håndteres. Fokus på åpenhet rundt valg og vurderinger som blir lagt til grunn er essensielt.

I kvalitativ metode er forskeren en aktiv deltaker i kunnskapsproduksjonen (Malterud, 2017). Forskerens perspektiver bestemmer hvilken side av virkeligheten som beskrives, fortolkes og analyseres. Å forholdet seg til disse forutsetningene innebærer refleksivitet. Refleksivitet kan forstås som en holdning som forskeren må vedlikeholdes. Min forforståelse og innsikt i emnet kunnskapsbasert praksis ved skjerming, kan ha preget tolkning og analyse av datamaterialet i denne studien. Elementer som bekrefter tidligere antagelser kan tre lettere frem. Jeg har derfor vært særlig bevisst å tilsidesette min forforståelse, for å oppdage nyanser rundt temaet. Å forholdet seg til slike forutsetninger innebærer refleksivitet (Malterud, 2017). Sammen med veileder og medelever har jeg stilt spørsmål til forskningen i form av tvil og ettertanke.

Basert på Malteruds (2017) forståelse av forskerens rolle i forskningsprosessen, kan forskeren aldri være nøytral. Men når man gjør rede for forforståelsen og erkjenner at det påvirker forskningen i alle ledd, vil man bli mer objektiv.

Studien representerer stemmene til 8 informanter. Gjennom et større utvalg kunne studien blitt mer nyansert. Likevel mener jeg utvalget belyser problemstillingen. Utvalget inkluderer

variasjon i kjønn, alder og arbeidserfaring.

Pilotintervju ble gjennomført for å teste intervjuguiden og erfare intervju som metode. Jeg fikk da muligheten til å justere spørsmålene og oppfølgingen slik at jeg stod igjen med empiriske data med best mulig informasjonsstyrke (Kvale & Brinkmann, 2015).

Jeg erfarte viktigheten ved å gi informantene god tid til å svare på spørsmålene. Flere av spørsmålene kunne oppfattes å være utfordrende ettersom temaet representerte noe personalet sjeldent reflekterte over. Etter første intervju valgte jeg å presisere at de kunne ta seg god tid. Jeg så hvordan dette gav mer utdypende svar, og informantene begynte å reflektere høyt under intervjuet.

Med min bakgrunn som vernepleier på psykiatrisk sengepost kunne jeg sette meg inn i fortellingene til informantene og komme med relevante oppfølgingsspørsmål. Jeg ble trygg i rollen som intervjuer som jeg tror videre påvirket informantenes opplevelse av intervjuet. Jeg opplevde informantene å være særlig åpne om deres holdninger til brukermedvirkning og anvendelse av forskning.

I analysearbeidet satt vi tre stykker å så på meningsenhetene for videre kondensering. Dette mener jeg bidro til å øke troverdigheten til studien, da det ikke bare er forskeren alene med sine forforståelser som ser på materialet.

8. Oppsummerende konklusjon

Funnene i studien korrelerer med tidligere forskning, hvor de psykiatriske sykehusene fortsatt er forankret i en diagnostisk kultur og tenkning som passiviserer heller enn aktiviserer pasientene (Terkelsen, 2010). Det kan synes å være et misforhold mellom helse- og sosialpolitiske visjoner om utviklingen av et nytt psykisk helsevern, og det som er det dominerende kunnskapssynet innen ledende profesjoner i feltet (Ekeland, 2011). I den kliniske hverdagen blir pasientens perspektiv mindre vektlagt og inkludert, enn i helsepolitiske føringer. Brukermedvirkning blir en slags “overflatetenkning”, og inkluderes ikke nødvendigvis i personalets kliniske tenkning og samhandlingsrelasjon med pasienten.

Den medisinske modellen har fortsatt hegemoni på sengepostene. Dermed kommer helsepersonellet i en ekspertrolle som kan bidra til stigmatisering og krenkelser for

pasientene. Studien peker på hvordan ulike roller får konsekvenser for praksis, som videre kan gi konsekvenser for pasientene. Det representerer en behandlingskultur som har klart å overleve tross store endringer i det psykiske helsefeltet.

Diskusjonen viser hvordan pasientene mister muligheter, da de ikke blir invitert med i beslutningsprosessen. Praksisen kan påvirke deres bedringsprosess da den ikke fremmer myndiggjøring, håp og en positiv identitet for pasienten. Det er derfor essensielt å anvende andre kilder til kunnskap enn personalets erfaringskunnskap. Tidligere forskning viser at flere pasienter opplever skjerming som belastende og lite helsefremmende. Da er det ekstra viktig at helsepersonellet løfter frem kunnskapsbasert praksis som arbeidsmodell og er bevisste og åpne for å endre praksisen.

Med bakgrunn i litteratursøkene som er gjort i forbindelse med oppgaven ser man at det foreligger forskningsbasert kunnskap om hvordan avdelinger kan redusere bruk av skjerming med enkle midler, og unngå potensiell skadevirkning

Jeg mener studien viser nødvendigheten av en kunnskapsplattform som i større grad legitimerer pasientenes erfaringskunnskap også ved psykiatriske sengeposter. At subjektivitet og menneskelig erfaring etableres som førsteperspektiv, vil bety at ”brukerkunnskap” bidrar til en konkurrerende, og ikke bare en supplerende epistemologi. Et perspektivskifte fra ekskludering til integrering, fra hovedvekt på sykdommen og lidelsen i seg selv, til fokus på mennesker med psykiske lidelser og deres livssituasjon. Dette vil bety at ”psykiatriske pasienter” i større grad oppfattes og møtes som subjekter og aktører (Ørstavik, 2008). En forutsetning for endring er anerkjennelse av mennesker med psykiske problemers kunnskap og erfaring, samt en reell endring av deres posisjon.

8.1 Implikasjoner for praksis

Studien viser nødvendigheten av å øke både kunnskap og etisk bevissthet rundt skjerming som intervensjon, og kunnskapsbasert praksis på psykiatriske sengeposter.

Studier som både setter fokus på pasientens opplevelse av bedring, og måler den psykiske effekten av skjerming som intervensjon over tid er nødvendig. Slik kan man knytte teori til forskningsfunn.

Når mulighetene gir seg, begynner informantene å reflektere over praksisen. Jeg mener det sier noe om et behov for refleksjonsgrupper og veiledning. Her kan både personalet, pasienter

og pårørende delta. Det må i større grad fokuseres på brukererfaring, for å minimere forståelseskløften.

Studien peker på noen utfordringer rundt rollefordeling, stigmatisering og brukermedvirkning som personalet må ta i betraktning for å bedre praksisen. Det er forskerens håp at denne studien er et lite bidrag i diskusjonen om hvordan skjerming utøves. Videre håper jeg funnene kan bidra til en mer reflektert og bevisst praksis og bruk av kunnskapskilder. Dette vil komme pasientene til gode.

8.2 Videre forskning

Studien inviterer til forskning på beslutningsprosesser rundt skjerming fra pasientenes perspektiv. Hvordan bør skjermingspraksisen utformes for at pasientene opplever at den fremmer psykisk helse? Dette er en type forskningsbasert kunnskap det ikke finnes mye av i dag. Det er naturlig å tenke at en da kan finne andre viktige aspekter og dette kan bidra til en bredere forståelse av skjerming som intervensjon.

Pasientenes ulike opplevelser av skjerming og personalets beskrivelser av skjerming som en viktig del av behandlingen gir grunn til å peke på behovet for mer forskning rundt skjermingens terapeutiske effekt.

Litteraturliste

- Aarre, T. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget
- Almvik, A. & Borge, L. (2014). *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Andreassen, T. A. (2004). Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat. 13, Instituttet, Oslo.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-21.
- Barbosa da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjenste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjerkan, A-M., Lilleeng, S. & Pedersen, P.B. (2009). *Bruker- undersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helse- vern for voksne*. (Rapport 978 – 82 – 14 – 04784 – 4). Trondheim: SINTEF.
- Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. 2013. *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3.utg.). Oslo, Gyldendal akademisk forlag.
- Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: Å skape rom for hverandre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cusack, P., Cusack, F. P., Mcandrew, S., Mckeown, M. & Duxbury, J. (2018). An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 1162–1176. Doi: 10.1111/inm.12432
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Davidson, L., O'Connell, M.J., Tondora, J. & Lawless, M. (2005). Recovery in Serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487. Doi: 10.1037/0735-7028.36.5.480
- Davidson, L. & Roe, D. (2007). Recovery form versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of mental health*, 16(4), 459-470. Doi: 10.1080/09638230701482394
- Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., ... Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*, 5(1), 1-7. Doi:10.1186/1472-6920-5-1
- Ekeland, T.J. (2011). *Ny kunnskap- ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Porsgrunn: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Espinosa, L., Harris, B., Frank, J., Armstrong, J., Brous, E., Moran, J., & Giorgi-Cipriano, J. (2015). Milieu improvement in psychiatry using evidencebased practices: the long and winding road of culture change. *Psychiatric nurse*, 29(4), 202-207. Doi: 10.1016/j.apnu.2014.08.004.

Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument: for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Oslo: FO.

Finke, L. (2001). The Use of Seclusion Is Not Evidence-Based Practice. *Journal of Childs and Adolescent Psychiatric Nursing* 14(4), 186-190. Doi:10.1111/j.1744-6171.2001.tb00312.x

Gadamer, H-G. (1960). *Sannhet og metode*. Oslo: Pax.

Goffman, Erving. (1967). *Anstalt og menneske: den totale institution socialt set*. Viborg: Pauldan.

Goffman, Erving. (1990). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Basic Books, Inc.

Gunderson, J., Will, O., & Mosher, L. (1983). *Principles and practice of milieu therapy*. New York : Jason Aronson.

Hanssen, H., & Humerfelt, K. (2010). *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hawsawi, T., Power, T., Zugai, J., & Jackson, D. (2020). Nurses' and consumers' shared experiences of seclusion and restraint: A qualitative literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 1-15. Doi:10.1111/inm.12716

Helsedirektoratet. (2012). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2011* (IS-2035). Hentet fra <file:///Users/eliseundheim/Downloads/tvang.pdf>

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (IS-2076). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helsedirektoratet. (2020). *Tvang i psykisk helsevern: status etter lovendringene i 2017* (IS-2888). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--status-etter-lovendringene-i-2017/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf/_attachment/inline/85a9149b-ea29-49aa-8aa7-1ea772f28cc9:4b63d871193b01dad429f6b77d744bfl1e1e80a02/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). God kvalitet- trygge tjenester. (Meld. St. 10 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>

Helse og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. (Meld. St. 16 (2010-2011)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/?ch=1>

Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. (Prop. 11 1998-1999). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-11-1998-99-/id159399/sec1>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hente fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Husserl, E. (1913). *Ideas: General Introduction to Pure Phenomenology*. Kluwer academic publishers.

Høyer, G., Kjellin, L., Engeberg, M., Kaltialo-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjonsdóttir, M. & Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in mental health care system. *International journal of Law and Psychiatry* 25, 93-108.

Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsson, B. (2016). *Det går for sakte- i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsson, B. (2004). *Mani som fenomen og lidelse: pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitete i Oslo.

Kunnskapssenteret (2011). *Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i sepsialisthelsetjenesten*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvarv, S. (2010). *Vitenskapsteori: tradisjoner, posisjoner og diskusjoner*. Oslo: Novus.

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C., Williams, J & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry* 199(6), 445-452. Doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733

Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). Phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153

- Løkensgard, I. (1977). *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Oslo: Univers
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for norsk legeforening*, 122(25), 2468-2472.
- Malterud, K., Siersma, V.D., & Guassora, A.D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview. *Studies: Guided by Information Power*. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. Doi:10.1177/1049732315617444.
- McGonagle, I.M. & Allan, S. (2002). A comparison of behavior in two differing psychiatric long-stay rehabilitation environments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 493-499.
- NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, M. W. & G. Jamtvedt. (2009). Engasjerer og provoserer. *Sykepleien*, (7), s. 64-9. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forskning/160594.pdf>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom: Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter* (Doktoravhandling). Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Oslo.
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse- samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norvoll, R. & Husum, T. L. (2011). *Som natt og dag? Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/2245/Som-natt-og-dag-3.pdf>
- Norvoll, R., Ruud, T. & Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 135, 35-9. Doi:10.4045/tidsskr.14.0124
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighets>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. California: Sage

Publications.

- Pearson, A., Field, J. & Jordan, Z. (2007). *Evidence-based clinical practice in nursing and health care: Assimilating research, experience and expertise*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Pedersen, P.B., Hatling, T. & Rhøme, K. (2007). *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005: Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller?* Trondheim: SINTEF Helse.
- Pedersen, R., Norvoll, R. & Bjørgen, D. (2017). Pasientens perspektiv i psykiske helsetjenester. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.). *Etikk i psykiske helse-tjenester* (s. 87-116). Oslo: Akademisk.
- Pedersen, R. & Nortvedt, P. (2017). *Etikk i psykiske helse-tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Personopplysningsloven. (2000). Lov om behandling av personopplysninger m.v av 14. April 2000 nr. 31. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Pettersen, K-S. & Simonsen, E. (2010). *Anerkjennelse og profesjon*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Psykisk helsevernforskriften. (2011). Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (FOR-2011-12-16-1258). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1258>
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Rogan, T. (2014). Fra Opptappingsplan til samhandlingsreform. I A. Almvik & L. Borge (Red.). *Å sette farger på livet: Helhet og sammenheng i psykisk helsearbeid* (3. utg.). (s.15-28). Bergen: Fagbokforlaget.
- Røkholt, G., Davidsen, L., Johnsen, H.N. & Hilli, Y. (2017). Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk sygeplejeforskning*, 7(3), 195-208. DOI: 10.18261/ISSN.1892-2686-2017-03-03
- Sailas, E. E. S., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illness. . *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).
- Skjervheim, H. (1975). *Deltakar og tilskodar*. Oslo: Instituttet for sosiologi.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness*. Cambridge University Press.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (IS-1162). Hente fra <https://www.napha.no/multimedia/2007/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015.pdf>

Sørsgaard, K.W. (2004). Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. *Nord J Psychiatry* 58(4), 299–304. Doi: 10.1080/08039480410005819.

Terkelsen, T.B. (2010). *Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling: En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forsås og kontrolleres*. Doktoravhandling. Bergen: Universitet i Bergen.

Thoresen, B., Paulsen, C. T., Ørstavik, S., & Nytingnes, O. (2004). *Brukermedvirkning i psykisk helse*. Oslo: Rådet for psykisk helse.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.

Topor, A., Larsen, I.B. & Bøe, T.D. (2020). *Recovery- fra personlig reformasjon til sosial transformasjon*. Mad in Norway. Hentet fra <https://madinnorway.org/2020/05/recovery-sosial-transformasjon/>

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vatne, K. (2003). *Korrigere og anerkjenne: Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, UiO.

Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 02/2008 (Volum 5), 111-119.

Øye, C. & Norvoll, R. (2013). Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (73-97). Oslo: Gyldendal Akademisk.

World medical association declaration of Helsinki. (1964). Hentet fra <http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf>

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Kunnskapsbasert praksis ved vurdering av skjerming på psykiatrisk sengepost”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å innhente kunnskap om helsepersonells erfaringer med kunnskapsbasert praksis. Du er valgt ut til å forespørres ettersom du jobber på en psykiatrisk sengepost som har en egen skjermet enhet. Jeg trenger dine refleksjoner og erfaringer av å bruke ulike kunnskapskilder i beslutningsprosesser ved skjerming.

Litteraturgjennomganger viser et sprik i profesjonelles behandlingsidealer og pasientenes tilbakemeldinger. Lite forskning foreligger om helsepersonellens beslutningsgrunnlag for vedtak om skjerming. Hensikten med studien er å belyse helsepersonellens erfaringer med kunnskapsbasert praksis som metode ved vurdering av skjerming. Målet er at kunnskapen skal være et bidrag i arbeide for å redusere spriket mellom helsepersonell som utøver helsehjelp og brukere som opplever skjerming negativt

Hva innebærer studien?

Det vil bli gjennomført individuelle intervju hvor det blir satt av ca. 45 min. Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker.

Mulige fordeler og ulemper

Studien vil ikke innebære noen fordeler eller ulemper for de inkluderte, da alt av data vil bli anonymisert. Dersom noen spørsmål medfører ubehag for informanten, kan han/hun velge å ikke svare på det aktuelle spørsmålet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Båndet slettes etter intervjuet er skrevet ned. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når den publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker noe. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Elise Undheim, Mobiltelefon: 40103856.

Personvern

Opptakene vil bli lagret på et kryptert dataprogram, som bare undertegnede og veileder vil ha tilgang til. Dataen vil bli anonymisert straks de er transkribert.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Kriterier

Kriteriene for deltakelse i studien er at du må jobbe på en psykiatrisk sengepost med eget skjermingsavsnitt. Ha et ansettelsesforhold som sykepleier/vernepleier eller behandlingsansvarlig ved sengeposten.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Intervjuguide

Introduksjonsspørsmål

- Innledning med repetisjon av studiens formål og metode. Informer om frivillighet, anonymitet, konfidensialitet, mulighet for å trekke seg, samt bruk av båndopptaker.

-Alder, arbeidserfaring, utdanning, erfaring med skjerming

- Kan du fortelle meg om den skjermede enheten på posten?

Kunnskapsbasert praksis

-Kan du beskrive så detaljer som mulig en situasjon hvor du vurderte at en pasient burde skjermes?

-Hva er ofte bakgrunnen for at pasienter blir skjermet?

- Hvilke type kunnskap tar du i bruk når du skal vurdere om en person bør skjermes?

-Hvilken kunnskap mener du bør veie tyngst i beslutningsgrunnlaget om skjerming?

Erfaringsbasert kunnskap

-På hvilken måte opplever du at skjerming påvirker pasientens helsetilstand?

-Hvordan bruker du dine tidligere erfaringer når du skal vurdere skjerming?

-Kan du beskrive så detaljert som mulig en situasjon hvor din erfaring var avgjørende i vurderingen av skjerming?

- Har du opplevd uenighet mellom personalet rundt deres erfaringer med skjerming?

Bruerkunnskap

-Hvordan innhenter du og anvender pasientens erfaringer ved vurdering av skjermingstiltak?

-Kan du beskrive så konkret som mulig en situasjon hvor personalet og pasienten var uenige om skjermingen?

-Hvordan opplever du pasientens medvirkning ved vurdering av skjerming?

Forskningsbasert kunnskap

-Hvilke erfaringer har du med å bruke forskningsbasert kunnskap i din vurdering av skjerming?

Etiske aspekter

-Beskriv etiske vurdering rundt skjerming som intervensjon, hvordan virker det inn på hva som blir tenkt og gjort?

-Har du kjennskap til om posten bygger på noen behandlingsfilosofier eller verdigrunnlag?

Avslutning

-Helt til slutt lurer jeg på om det er noe du ønsker å tilføye?

-Hvordan synes du samtalen var?

Avslutte med å takke for hjelpen, informere om sletting av opptak.