

**Helsepersonells erfaringer med ettersamtaler med pasienter
ved bruk av skjerming i psykisk helsevern
En kvalitativ studie**



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Rus- og psykisk helsearbeid

Masteroppgave (40 studiepoeng)

Antall ord: 22 306

Student: Anita Heggenes

Veileder: Unn Elisabeth Hammervold, universitetslektor/stipendiat

Dato: 08.06.2020

Førord

Flere personer har bidratt til denne masteroppgaven.

Først og fremst vil jeg takke min dyktige og engasjerte veileder, Unn Elisabeth Hammervold.

Jeg vil også takke Karin Smedvig for god hjelp med rekruttering av deltakere.

Masterprosessen har til tider vært svært krevende, og jeg vil takke min gode venninne og medstudent Susanne, for alle turene vi har gått og delt våre opp- og nedturer. Jeg vil videre takke min nærmeste familie og samboer for støtte og oppmuntring, og min tante, Torunn, for gjennomlesing av oppgaven. En stor takk rettes også til de sykepleierne, psykologene og legene som deltok i denne studien.

Jeg har hatt stor glede av å studere og lære, og jeg opplever at jeg har utviklet meg både faglig, som person og som medmenneske.

Koronapandemien har preget det siste semesteret, og våren 2020 har vært annerledes og krevende. Den uvanlige situasjonen har medført utfordringer også når det gjelder ferdigstilling av masteroppgaven. Direkte innvirkninger er blant annet at de planlagte masterseminarene ble avlyst, og at veiledningen har foregått over telefon og video. Jeg har brukt de ressursene jeg har hatt tilgang til, men har i noen tilfeller ikke lyktes med å anskaffe originallitteratur. Denne våren har vist meg at man i en utfordrende tid må gjøre det beste ut av det man har, og at med god støtte er det likevel mulig å nå målet.

Stavanger, juni 2020

Anita Heggnes

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
1.1.1 Skjermingens omfang	7
1.1.2 Lovbestemmelser	8
1.1.3 Ettersamtalens bakgrunn og hensikt	9
1.1.4 Ettersamtalens innhold og omfang	10
1.2 Litteratursøk	12
1.3 Tidligere forskning	12
1.4 Problemavgrensning og problemstilling	13
1.5 Formål og hensikt	14
1.6 Videre oppbygging	15
2.0 Teoretisk referanseramme	15
2.1 Goffmans teori om «total institutions»	16
2.2 Goffmans teori om stigma	18
2.3 Recovery – en behandlingsfilosofi	18
2.3.1 Identitet og ansvarliggjøring	20
3.0 Metodologi og metode	22
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring og forståelse	22
3.2 Design	24
3.3 Metodiske vurderinger	25
3.4 Rekruttering	27
3.5 Utvalg	28
3.6 Gjennomføring av intervju	28
3.7 Transkribering	29
3.8 Valg av analysemetode	30
3.8.1 Beskrivelse av analyseprosessen	31
3.9 Forskningsetiske overveielser	32
3.9.1 Informasjon til deltakerne og samtykke	33
3.9.2 Deltakernes anonymitet	33
3.9.3 Risiko og belastning for deltakerne	34
4.0 Presentasjon av funn	34
4.1 Hvilke faktorer erfarer helsepersonell som betydningsfulle for gjennomføring av ettersamtale ved bruk av skjerming?	35
4.1.1 Tidspunkt med hensyn til pasientens tilstand og funksjonsnivå	35
4.1.2 Relasjonen mellom pasient og helsepersonell og helsepersonellets rolle overfor pasienten	37
4.1.3 Helsepersonellets opptreden	38
4.2 Hvordan erfarer helsepersonell pasientenes motivasjon for ettersamtale ved bruk av skjerming? -Og hvordan forstår de dette?	39
4.2.1 Helsepersonell erfarer at pasientene er tilbakeholdne og viser motstand mot ettersamtaler	39
4.2.2 Manglende forståelse og interesse og følelse av nytteløshet	40
4.2.3 Helsepersonell oppfatter at ettersamtalene fremkaller ubehag hos pasientene og pasientene oppfattes fremtidsfokuserende	41

4.3 Hvordan erfarer helsepersonell verdien av ettersamtaler ved bruk av skjerming for pasienter og helsepersonell?	43
4.3.1 Brukermedvirkning som kan bidra til læring og forebygging	44
4.3.2 Reparere relasjon og styrke identitet ved å redusere stigma	46
4.3.3 Praksisfjern prosedyre	48
5.0 Diskusjon	49
5.1 Studiens funn	49
5.2 Studiens metode	57
5.3 Implikasjoner for videre forskning	61
6.0 Konklusjon	62
6.1 Studiens betydning for praksis	62
7.0 Litteraturliste	64
8.0 Vedlegg	71
8.1 Vedlegg 1: Utdrag fra søksprotokoll	71
8.2 Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	73
8.3 Vedlegg 3: Intervjuguide	77
8.4 Vedlegg 4: Utdrag av analysen	78
8.5 Vedlegg 5: Godkjennelse fra personvernombudet ved det aktuelle sykehuset	80
8.6 Vedlegg 6: Rutine for ettersamtaler etter vedtak i Phvl kap. 4	83
8.7 Vedlegg 7: Mail til Helsedirektoratet	87

Sammendrag

Målet med studien var å utforske helsepersonells erfaringer med ettersamtaler med pasienter ved bruk av skjerming i psykisk helsevern. Studiens teoretiske referanseramme inkluderte Goffmans teori om «totale institusjoner» og stigma, samt behandlingsfilosofien «recovery», med vekt på identitet og ansvarliggjøring. Studiens metode var kvalitativ, og datainnsamlingen ble gjennomført ved syv semistrukturerte individuelle intervjuer av sykepleiere, psykologer og leger/psykiatere. Intervjuene ble analysert i tråd med Lindseth og Norbergs fenomenologisk-hermeneutiske analysemetode. Analysen resulterte i 9 temaer: 1) Tidspunkt med hensyn til pasientens tilstand og funksjonsnivå, 2) Relasjonen mellom pasient og helsepersonell og helsepersonellets rolle overfor pasienten, 3) Helsepersonellets opptreden, 4) Tilbakeholdenhet og motstand mot å snakke om skjermingen, 5) Manglende forståelse og interesse, og opplevelse av nytteløshet, 6) Ettersamtalene fremkaller ubehag og pasientene oppfattes fremtidsfokuserede, 7) Brukermedvirkning som kan bidra til læring og forebygging, 8) Reparere relasjon og styrke identitet ved å redusere stigma, og 9) Praksisfjern prosedyre. Den overordnede forståelsen av funnene var at helsepersonellet levde i en spenning mellom særtrekkene i «totale institusjoner» og ønsket om å jobbe mer recovery-orientert. Ettersamtaler som fenomen levde tilsynelatende i en spenning mellom disse ytterpunktene, der helsepersonellet ble dratt mellom dem. Studiens betydning for praksis kan forhåpentligvis blant annet være at helsepersonell i større grad bevisstgjøres betydningen av sin relasjon til og rolle overfor pasienten når de tilbyr og gjennomfører ettersamtaler. Jeg håper at studien kan bidra til å belyse viktigheten av å inkludere pasientperspektivet i utarbeidingen av rutiner for ettersamtaler. Det er etter min oppfatning nødvendig med mer forskning på området, særlig på pasientperspektivet.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Tvangsbruk i psykisk helsevern var flere ganger tema det første året på masterprogrammet i Rus- og psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger (UiS). Dette er også til stadighet tema i norske medier. Man kan lese om pasienter som opplever uverdige og krenkende behandling, og om tilfeller der behandlingen strider mot lovgivningen. Tvangsbruk skal så langt det lar seg gjøre unngås, men noen ganger er tvang uunngåelig (Hagen, Barbosa da Silva & Thelle, 2016, s.166). Da er det svært viktig at omstendighetene rundt tvangsbruken på best mulig måte ivaretar pasientens autonomi og verdighet. En av utfordringene ved tvangsbruk er at tvang i mange tilfeller strider mot etiske prinsipper. Prinsippet om respekt for pasientens autonomi, velgjørhetsprinsippet samt ikke-skade-prinsippet er alle under angrep i en tvangssituasjon (Pedersen & Nortvedt, 2017, s. 197-202). Ifølge Hagen et.al. (2016, s.166) krenkes også pasientens verdighet, menneskeverd og integritet i en tvangssituasjon.

Omstendighetene under og etter tvangsbruken er betydningsfulle for hvordan helsepersonell kan ivareta pasienten på best mulig måte. Ifølge rundskrivet fra Helsedirektoratet «Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer» (2017, s.54) er formålet med ettersamtaler læring, forebygging av nye episoder og kvalitetsutvikling. Det kan tenkes at informasjon som åpenbarer seg i en ettersamtale kan ha en uvurderlig funksjon når det gjelder hvordan man håndterer nye tvangssituasjoner, men også ikke minst for hvordan pasienten håndterer sin opplevelse av tvangen. Ettersamtaler kan derfor anses som viktige både i form av «debrifing» og refleksjon, og kan antakelig også bidra til bedre innsikt i hvordan man som helsepersonell opptrer og behandler pasienter under og etter tvangssituasjoner.

Gjennom studiet har jeg utviklet og forsterket min interesse for ulike menneskesyn som kommer til uttrykk i psykisk helsevern, samt for pasientens rett til medvirkning. Slik jeg forstår det, er ettersamtaler et element i styrkingen av pasientens rett til medvirkning, samt et element i vern om pasientens personlige integritet. Ettersamtaler gir pasienten mulighet til innflytelse på sitt opphold og sin behandling (jf. Psykisk helsevernforskriften §15, 2011).

Min forforståelse knyttet til temaet har jeg i hovedsak utviklet gjennom studiet, der vi blant annet har hatt undervisning i pasientrettigheter, menneskesyn, etikk og ulike behandlingsfilosofier. Jeg har selv ingen erfaring med å arbeide innen psykisk helsevern, og min faglige bakgrunn er at jeg er utdannet barnevernspedagog og arbeider som miljøterapeut i en akutt barnevernsinstitusjon. Jeg har erfaring med at noen av prosedyrene som

gjennomføres, i endel tilfeller bare blir et dokument, og at de ikke alltid bidrar konstruktivt og hensiktsmessig. Jeg har også lagt merke til hvordan kravet om dokumentasjon gjør at hensikten med det arbeidet som gjøres, drukner. Da det har vært mye fokus på psykisk helsevern, tvang og pasienters rettigheter gjennom studiet, ble jeg nysgjerrig på om min erfaring gjenspeiler seg i andre institusjoner. Lovendringen fra 1. september 2017 i «Psykisk helsevernloven» og kunnskapen jeg har tilegnet meg om betydningen av å inkludere pasientene i egen behandling, jamfør deres rett til medvirkning, ledet meg inn på temaet for denne studien.

1.1.1 Skjermingsens omfang

I rapporten «Tvang i psykisk helsevern. Status etter lovendringene i 2017» fra Helsedirektoratet, finnes det blant annet en oversikt over tvangsutviklingen fra 2015 til 2018. I 2018 ble det rapportert om skjermingsvedtak for til sammen 2800 pasienter, hvilket gir en pasientrate på 65 per 100 000 innbyggere. Både vedtaksraten og pasientraten for skjerming hadde større vekst fra 2017 til 2018 enn fra 2016 til 2017. Andelen pasienter som hadde mer enn ett skjermingsvedtak var også høyere i 2018 enn i 2017. I rapporten heter det at denne utviklingen er forventet ettersom lovendringene fra 2017 innebærer nye krav om at all skjerming pasienten motsetter seg, er vedtakspiktig. I 2017 ble det på landsbasis registrert omtrent 6200 skjermingsvedtak, i 2018 ble det registrert omtrent 7800 (Helsedirektoratet.no). På bakgrunn av at statistikken ikke er nøyaktig, er tallene omtrentlige, men tyder på en klar tendens til økning i antall skjermingsvedtak.

Ifølge statistikk fra «SAMDATA Spesialisthelsetjenesten» på Helsedirektoratets nettsider, var fordelingen av antall skjermingsvedtak med samme pasient i 2018 følgende: Antall pasienter med ett skjermingsvedtak: 1397 (49%), antall pasienter med to til fire skjermingsvedtak: 1080 (38%), antall pasienter med fem til ni skjermingsvedtak: 285 (10%), antall pasienter med ti eller flere skjermingsvedtak: 78 (3%). 51% av pasientene ble altså skjermet mer enn en gang. Man ser at antall pasienter med ett skjermingsvedtak har hatt en liten nedgang fra 2017 til 2018, men at antall pasienter med to eller flere skjermingsvedtak har hatt en liten økning (Helsedirektoratet.no).

Som vist over finnes det omfattende statistikk over antall skjermingsvedtak fattet i psykisk helsevern, og statistikken er lett tilgjengelig. Det jeg derimot har hatt langt større utfordringer med å finne statistikk på, er ettersamtaler. Jeg har trålet internett, ringt og sendt mail til to store norske sykehus (Sykehuset Telemark og Stavanger Universitetssykehus), samt

ringt og sendt mail til Helsedirektoratet. Jeg har ikke lyktes med å finne statistikk på ettersamtaler (se vedlegg 7). Jeg undres over hvorfor slik statistikk ikke finnes, eller i det minste ikke er tilgjengelig, da det er et lovkrav og en pasientrettighet.

1.1.2 Lovbestemmelser

Skjerming reguleres i Psykisk helsevernloven §4-3 og i Psykisk helsevernforskriften kapittel 3. Skjerming skal begrunnes i behandlingsmessige hensyn, eller av hensyn til andre pasienter, heter det i Psykisk helsevernforskriften kapittel 3, §16. Videre, i §18, heter det at det ikke er adgang til å låse, eller på annen måte stenge pasienten inne på skjermingsrommet. Pasienten kan fysisk føres dit hvor skjermingen skal gjennomføres, og pasienten kan holdes tilbake dersom vedkommende forsøker å forlate skjermingsrommet. Skjerming er et tiltak som holder pasienter helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra ansatte som ikke er delaktige i undersøkelse og behandling eller omsorg for pasienten (NOU: Tvangsbegrensingsloven, 2019, s. 93).

Psykisk helsevernloven (Phvl) har de seneste årene gjennomgått endringer med mål om å øke pasientenes rettssikkerhet og selvbestemmelsesrett (Helsedirektoratet, 2019). En av endringene med virkning fra 1. september 2017, er at pasienter som opplever tvangsbruk i psykisk helsevern skal tilbys ettersamtale. I Phvl §4-2 «Vern om personlig integritet» heter det at «*Pasienten skal tilbys minst en samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. Pasientenes syn på iverksatte tiltak skal journalføres.*» Ved bruk av blant annet skjerming som pasienten motsetter seg (jf. Phvl §4-3) og bruk av tvangsmidler (jf. Phvl §4-8), skal tiltakene som ble iverksatt så snart som mulig etter at tiltaket er avsluttet, evalueres med pasienten (Phvl §4-2).

Ettersamtaler er en viktig del av pasientens rett til medvirkning. Begrepet «brukermedvirkning» har fått mye oppmerksomhet både i studiet og i den offentlige debatten. Brukermedvirkning innbefatter at pasienter og brukere som mottar helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke i egen behandling, og tjenestetilbudet skal så langt det lar seg gjøre utformes sammen med pasienten/brukeren. Brukermedvirkning er en rettighet pasienten har, jamfør Pasient og brukerrettighetsloven (Pbrl) §3-1. I Psykisk helsevernforskriften kapittel 3, § 15 «*Vern om personlig integritet. Pasientens rett til medvirkning*», heter det blant annet at tvang og restriksjoner ikke skal være mer inngripende eller omfattende enn det som er strengt nødvendig, og at tiltaket bare kan iverksettes dersom det gir en så gunstig virkning at den klart veier opp for ulempene med tiltaket. Videre heter det at pasienten skal gis så stor

innflytelse som mulig, og at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom ulike forsvarlige og tilgjengelige behandlingsmetoder (Psykisk helsevernforskriften §15, 2011).

Brukermedvirkning fungerer også som et virkemiddel i kraft av at det kan bidra til økt treffsikkerhet med tanke på utformingen og gjennomføringen av generelle og individuelle behandlingstilbud. Ifølge Pbrl §3-1 skal *«medvirkningens form tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon»*, og ettersamtalen skal journalføres (Phvl §4-2). Loven sier ikke noe om hva informasjonen fra ettersamtalene skal bidra til, men tidligere forskning viser blant annet at informasjonen kan bidra til redusert tvangsbruk, til at det blir iverksatt alternative tiltak i samråd med pasienten, og til at pasienten kan få hjelp til å håndtere sine følelser og opplevelser knyttet til tvangsbruken.

I et rundskriv fra Helsedirektoratet, «Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer» (2017, s. 53), som ble sendt ut etter lovendringen i psykisk helsevernloven i 2017, heter det at *«Det ligger en klar forpliktelse for institusjonen til å gjøre en innsats for å trekke pasienten med i evaluering av tvangsbruken»*. Videre står det at *«Pasienten må gjøres oppmerksom på hensikten med samtalen»* og *«Det må etableres rutiner ved institusjonene som sikrer at samtalen skjer raskest mulig og at formålet oppnås»*.

1.1.3 Ettersamtalens bakgrunn og hensikt

Opprinnelsen til ettersamtaler kan spores tilbake til debrifing i psykologien og veiledning i sykepleie (Goulet & Larue, 2016). Raphael og Wooding (2004) har i sin forskningsartikkel «Debriefing; its evolution and current status» definert psykologisk debrifing slik: *«En tidlig intervensjonsmetode for personalgrupper utsatt for en eller flere oppgaver relatert til stressende hendelser som har et stort potensiale for psykotraumatiske effekter»* (s. 44). Hensikten med debrifing er å oppmuntre individer til å uttrykke sine følelser som følge av en traumatisk hendelse for å redusere uheldige psykologiske konsekvenser (Mitchell, 1983).

The American Psychiatric Nurses Association (2001) har definert ettersamtaler slik: *«Debrifing bør følge hver episode av skjerming eller fysisk tvang. Debrifingen bør inkludere en vurdering av faktorene som ledet opp til bruk av skjerming eller fysisk tvang, steg for å redusere potensielt behov for skjerming eller fysisk tvang i fremtiden, og den kliniske effekten intervensjonen hadde på pasienten»* (American Psychiatric Assosiation, 1999, s. 30).

Whitecross et.al. (2013) definerer ettersamtaler ved skjerming slik: *«En intervensjon som potensielt støtter pasientens naturlige recovery-mekanismer etter en skjermingssituasjon»*.

Det kan beskrives som samtaleterapi som tilbyr pasienten muligheten til å oppnå forståelse av deres opplevelse og fremkalle emosjonell forklaring og tilfriskning» (s. 513). I en slik samtale identifiserer helsepersonellet og pasienten triggere og tegn til eskalerende aggresjon, og hvilke preventive tiltak pasienten selv foretrekker (Whitecross et.al., 2013). Goulet og Larue (2016) fant i sin litteraturstudie at målet med ettersamtaler med pasienter er å hjelpe dem å håndtere følelsene og finne ut hva som fikk dem til å miste kontrollen over følelsene sine og oppføre seg slik de gjorde.

En litteraturstudie av helsepersonells holdninger til tvang i psykisk helsevern gjennomført av Laukkanen et.al. (2019) viste at sykepleierne erkjente at pasienter kan føle seg redde, sinte, forvirret, hjelpeløse, straffet, avmektig, ute av kontroll, kontrollert av andre og skremt under skjerming (Happel & Koehn, 2011, Happel et.al., 2012). En av de andre inkluderte studiene (Wynn, 2003), viste at helsepersonell trodde at bruk av skjerming og fysisk tvang krenker pasientens integritet og skader hjelper-pasient-alliansen, men de trodde likevel ikke at skjerming og fysisk tvang resulterer i engstelse, aggresjon, og/eller kroppslig skade.

Videre viser en litteraturstudie gjennomført av Hammervold et.al. (2019) at ettersamtaler avslørte at skjerming og fysisk tvang skaper sterke negative følelser hos pasientene. Pasientene beskrev tvangen som unødvendig og straffende, og de hadde negative følelser som sinne, tristhet og ergrelse knyttet til tvangen. Studien viste også at skjerming og fysisk tvang kunne være relatert til traumatisering og re-traumatisering, og at tvangen skader relasjonen mellom helsepersonell og pasientene. Pasienter og helsepersonell som deltok i ettersamtaler reflekterte over hvordan helsepersonellet kunne møte pasientenes individuelle behov før og under tvangssituasjoner ved å implementere alternative tiltak (Ibid).

Det er et mål å redusere all tvangsbruk i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2019). Utarbeidingen av nye prosedyrer og lover skal være med å sikre at dette målet nås, og det forskes på tvangsreducerende tiltak. William A. Fisher (2003) identifiserte i en studie at «participation by recipients of mental health care services» var ett av seks betydningsfulle elementer for reduksjon av skjerming og fysisk tvang.

1.1.4 Ettersamtalens innhold og omfang

Fisher (2003) var den første som la frem en to-steps intervensjon etter gjennomført tvangsbruk, med mål om å redusere bruk av skjerming og mekaniske og fysiske tvangsmidler. Intervensjonen består av en øyeblikkelig analyse med helsepersonellet for raskt å kunne

rekonstruere hendelsen mellom de involverte partene og utarbeide en kortsiktig plan, og en debriefing 24 til 48 timer etter hendelsen for å foreta en detaljert analyse. Analysen skal trekke frem både pasientens og helsepersonellens perspektiv, for å kunne planlegge stegene videre og unngå repetisjon av skjermingen (Ibid).

Det finnes ulike modeller og retningslinjer for ettersamtaler. Goulet og Larue (2016) gjennomgikk i sin litteraturstudie 28 artikler for å undersøke eksisterende modeller og det teoretiske grunnlaget for ettersamtaler etter skjerming og fysisk tvang i psykisk helsevern. De fant noen studier som spesifikt var rettet mot pasientene, men samtlige av disse studiene var i et tidlig stadium.

Bonner (2008) og Needham og Sands (2010) fastslår at eksisterende metoder utviklet for psykologisk debriefing ikke kan anvendes på pasienter som har opplevd skjerming eller fysisk tvang. Derfor anbefalte Needham og Sands (2010) å utvikle en modell for ettersamtaler etter skjerming som tydelig fastsetter betingelsene for intervensjonen. De sier at modellen må inneholde den mest passende timingen for ettersamtale, hvem som skal tilby ettersamtalen, pasientens respons til ettersamtale og retningslinjer og rammeverk for kommunikasjon og sammenheng.

Huckshorn (2005) har laget en modell for redusering av skjerming og fysisk tvang: «Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use». Huckshorn sier det er et organisatorisk mål å hindre bruk av skjerming og fysisk tvang, og at det inkluderer obligatorisk bruk av prosedyrer for debriefing når pasienter har vært utsatt for skjerming eller fysisk tvang. Modellen beskriver hvordan helsepersonell kan gå frem før, under og etter slik tvangsbruk, og den foreslår strategier som inneholder blant annet forebyggende verktøy, brukermedvirkning og debriefing (Ibid).

Rutinen som foreligger for ettersamtaler ved det aktuelle sykehuset (vedlegg 6) består av fem punkter: Hensikt, omfang, ansvar, beskrivelse og avvik. Denne rutinen er en mal for de ansatte som skal gjennomføre ettersamtalen. I rutinen heter det: «*Et sentralt formål med samtale og prosedyren for gjennomgang er å støtte pasientens opplevelser og at personalets holdning er anerkjennende og utforskende*» (s.1).

Videre fastslås tidsrammen for ettersamtalen og hvem som skal gjennomføre den. Tidspunkt for gjennomføring av samtalen skal vurderes utfra hendelsens karakter og pasientens psykiske tilstand, men skal i de fleste tilfeller gjennomføres så snart som mulig etter endt tiltak. Videre står det at samtalen som hovedregel gjennomføres av faglig ansvarlig for vedtaket, men at det i andre tilfeller er naturlig at pasientens behandler på delegasjon av faglig ansvarlig gjennomfører samtalen sammen med pasientens primærkontakt eller annen

ansatt som deltok i den aktuelle hendelsen (KPHV – Samtale med pasient – Etter vedtak i Phvl Kap. 4 – Rutine).

1.2 Litteratursøk

Før jeg startet det systematiske litteratursøket, søkte jeg i Google med ordene «post seclusion debriefing with patients in mental health care» for å få en grov oversikt over hva som finnes av tidligere forskning og litteratur. Treffene ga meg inntrykk av at det er mer forskning på debrifing/ettersamtaler med de ansatte etter tvangsbruk, enn med pasientene. Søket ga også inntrykk av at det foreligger endel forskning på hvordan debrifing/ettersamtaler kan bidra til reduksjon av tvangstiltak, men lite om helsepersonells erfaringer med slike samtaler med pasienter. Deretter begynte jeg å søke systematisk i ulike relevante databaser.

Jeg søkte i følgende databaser: Cinahl, Medline, PsychInfo, Idunn.no og Oria. Jeg søkte på engelsk og norsk med følgende ord: mental health care, seclusion, coercion, debriefing, post incident review, reflection, counselling intervention, psykisk helsevern, skjerming, tvang og ettersamtale. Jeg søkte med ulike kombinasjoner av søkeordene. Søkene i Oria ga overveldende resultater, så mange at det ikke lot seg gjøre å lese «abstract» på alle treffene. Søkene i Cinahl, Medline, PsychInfo og Idunn.no ga alle svært få treff. Mange av søkene resulterte i null treff (se vedlegg 1). I alle søkene krysset jeg av for «peer reviewed», hvilket betyr at alle treffene var fagfelleurdert.

Søk som inneholdt ord som «patient involvement» og «brukermedvirkning» er ikke tatt med i søksprotokollen (vedlegg 1) da disse søkeordene ikke er direkte relevante for problemstillingen. Disse søkene resulterte dog i flere treff. I det følgende vil relevante funn fra litteratursøkene presenteres. Noen av artiklene som presenteres har jeg fått tilsendt av min veileder.

1.3 Tidligere forskning

Omfanget av tidligere forskning på helsepersonells erfaringer med ettersamtaler med pasienter etter skjerming i psykisk helsevern, er begrenset. De fleste artiklene jeg fant i mitt litteratursøk, omhandlet enten ettersamtaler bare ved bruk av fysisk tvang og mekaniske tvangsmidler (Bonner 2002, Bonner & Wellman 2010, Azeem 2015, Lanthen 2015, Ling 2015, Hammervold 2020), eller ved både skjerming og fysisk tvang/mekaniske tvangsmidler (Petti 2001, Fisher 2003, Ashcraft 2008, Azeem 2011, Riahi 2016, Gustafson 2016, Goulet

2016). Bare noen ytterst få omhandlet kun ettersamtaler etter skjerming (Ryan & Happell 2009, Whitecross et.al. 2013, Needham & Sands 2010).

Det finnes lite forskning på norske forhold på dette området. Jeg har kun funnet en norsk studie som omhandler helsepersonells erfaringer med ettersamtaler med pasienter, men den omhandler utelukkende ettersamtaler ved bruk av fysisk tvang/mekaniske tvangsmidler (Hammervold et.al. 2020). Annen forskning er gjort blant annet i USA, Canada, Australia og Sverige.

Flere av studiene omhandler gjeldende praksis for ettersamtaler, og hvordan ettersamtaler med pasienter kan bidra til tvangsreduksjon (Petti 2001, Ryan & Happell 2009, Fisher 2003). Det kan virke som om et hovedfokus i tidligere forskning har vært på hvorvidt, og i hvilken grad etablering av faste rutiner for gjennomføring av ettersamtaler bidrar til nedgang i tvangsbruk. Noen av studiene har forsket på virkningen av å ta i bruk tvangsreduksjons-programmer som for eksempel «The six core strategy» av Huckshorn (2004), og disse studiene viser til reduksjon av både skjerming og fysiske/mekaniske tvangsmidler. De viser imidlertid at det er vanskelig å si noe om de ulike strategienes betydning (Scanlan 2010, Hammervold 2019).

I flere av studiene identifiseres skjermingens negative påvirkning på pasienten (Goulet & Larue 2016, Whitecross et.al. 2013, Ryan & Happell 2009). Noen studier belyser at skjermin kan føre til traumatisering og re-traumatisering, og at det derfor er viktig med et traumeperspektiv i ettersamtalene (Bonner et.al. 2020, Azeem et.al. 2011, Whitecross et.al. 2013). Flere av studiene fokuserer på at praksisen for ettersamtaler bør bedres, gjennom bl.a. tilrettelegging for refleksjon, utdanning av helsepersonell og større grad av pasientinvolvering (Ibid). Noen av studiene peker på at ettersamtaler ikke blir rutinemessig gjennomført og at det synliggjør et behov for å utvikle rammeverk for slike samtaler (Needham & Sands 2010).

Ikke mange av studiene omfatter helsepersonells *erfaringer* med ettersamtaler med pasienter (Bonner & Wellman 2010, Hammervold 2020), og det kan derfor synes å være ett av kunnskapshullene i forskningen. Selv om det foreligger noe utenlandsk forskning på ettersamtaler med pasienter etter skjerming, finnes det ingen forskning på norske forhold, hverken fra pasientperspektiv eller helsepersonellperspektiv.

1.4 Probleavgrensning og problemstilling

Som beskrevet over kan skjerming ifølge Happel og Koehn (2011) og Happel et.al. (2012) føre til en rekke negative følelser hos pasientene, som redsel, sinne, forvirring og

hjelpeløshet m.fl., i tillegg til at skjerming ifølge Wynn (2003) krenker pasientens integritet og skader hjelper-pasient-alliansen. Det å kunne få snakke om skjermingssituasjonen viser seg å være av betydning for hvordan pasienter håndterer sine følelser og opplevelse av skjermingen, samt at det kan virke som et tvangsforebyggende tiltak. Likevel er det et stort kunnskapshull når det gjelder ettersamtaler *med pasienter*. Mange av studiene som er gjort om ettersamtaler omhandler debrifing med de ansatte som har vært involvert i tvangssituasjonen. Mange av studiene omfatter dessuten ettersamtaler eller debrifing etter bruk av fysiske tvangsmidler, og ikke etter skjerming.

Blant annet på bakgrunn av at ettersamtaler er et tilbud til pasientene og en rettighet de har, omfatter denne studien derfor helsepersonells erfaringer med ettersamtaler *med pasienter*, og den omfatter erfaringer knyttet til ettersamtaler etter skjerming og ikke andre tvangsformer. Denne bakgrunnen leder frem til problemstillingen:

*Helsepersonells erfaringer med ettersamtaler med pasienter
ved bruk av skjerming i psykisk helsevern*

Ut fra denne problemstillingen er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

1. Hvilke faktorer erfarer helsepersonell som betydningsfulle for gjennomføring av ettersamtaler ved skjerming?
2. Hvordan erfarer helsepersonell pasientenes motivasjon til ettersamtale ved skjerming?
- Og hvordan forstår de dette?
3. Hvordan erfarer helsepersonell verdien av ettersamtaler ved skjerming for pasienter og helsepersonell?

1.5 Formål og hensikt

Studiens formål er å undersøke hvilken hensikt og mulig betydning ettersamtaler har for eventuelle nye skjermingssituasjoner med samme pasient, videre er det ønskelig å finne ut hva ettersamtaler bidrar med, og hvorvidt informasjon fra ettersamtalene blir benyttet for å sikre pasientene et bedre tjenestetilbud. Studiens hensikt er at funnene fra denne studien potensielt kan bidra til bedre innsikt i betydningen av ettersamtaler, slik at de kan utformes og gjennomføres på en måte som sikrer pasientens rettigheter, samt bidra til at eventuelle nye

skjermingssituasjoner blir håndtert på en hensynsfull måte på bakgrunn av informasjonen som har kommet frem i ettersamtaler. Dersom denne studien kunne være et aldri så lite bidrag til endring av praksis i positiv retning, ville det være et godt og betydningsfullt utfall.

Det faktum at det er lite tidligere forskning på helsepersonells erfaringer med ettersamtaler med pasienter ved skjerming, gjør i seg selv at det er viktig å få mer kunnskap om temaet.

1.6 Videre oppbygging

I kapittel to vil teoretisk referanseramme for studien bli presentert. I kapittel tre blir studiens metodologi og metode beskrevet for å gi leseren informasjon og oversikt over hvordan studien er utført. Dette bidrar til studiens åpenhet og transparens. Videre vil det redegjøres for valg av analysemetode, samt fremgangsmåten for analysen av datamaterialet. I kapittel fire presenteres studiens funn på bakgrunn av temaene analysen har resultert i. I kapittel fem diskuteres studiens funn opp mot Goffmans teori om «totale institusjoner» og stigma, og behandlingsfilosofien recovery med særlig vekt på identitet og ansvarliggjøring av pasienten. Studiens funn diskuteres også opp mot annen relevant litteratur og tidligere forskning. Deretter vil studiens metode, validitet og reliabilitet diskuteres. Til slutt, i kapittel seks, vil det trekkes en konklusjon på bakgrunn av studiens funn og diskusjon.

2.0 Teoretisk referanseramme

Det finnes flere teoretiske innfallsvinkler som kunne vært relevante og interessante for studien. På bakgrunn av oppgavens omfang har jeg valgt ut to teorier/filosofier.

Teoriene jeg har valgt og anser som relevante og hensiktsmessige for å diskutere funnene, er Erving Goffmans teori om «total institutions», og hans teori om stigma.

Deretter vil jeg presentere «recovery», med vekt på det personlige og sosiale aspektet. Jeg vil belyse recoveryfilosofiens syn på betydningen av pasientenes identitet, samt hvordan denne tilnærmingen vektlegger betydningen av at pasienten er «i førersetet for egen behandling», og ansvarliggjøres i motsetning til å umyndiggjøres. Jeg vil også redegjøre for helsepersonells ulike tilnærminger til pasienten sett i et recovery-perspektiv. Recovery er en behandlingsfilosofi mer enn en teori, likevel vurderer jeg elementene i denne tilnærmingen til behandling av pasienter i psykisk helsevern som svært relevant, både alene og i sammenheng, og som et «svar» på Goffmans teorier.

2.1 Goffmans teori om «total institutions»

Erving Goffman (1922-1982) var en canadisk-amerikansk sosiolog, samfunnsforsker og forfatter. I hans verk «*Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*» fra 1961, beskriver Goffman hvordan han i 1955-1956 gjennomførte ett års feltarbeid på St. Elizabeth's Hospital i Washington D.C., der han observerte og snakket med pasientene. St. Elizabeth's Hospital åpnet i 1855, og var USAs første føderale mentalsykehus (Wikipedia). På det tidspunktet Goffman gjennomførte sin feltstudie var over 7000 pasienter, eller «innsatte» som Goffman også kaller dem, innlagt ved sykehuset. Hensikten med Goffmans feltarbeid på St. Elizabeth's var å lære om den sosiale verdenen til sykehusets «innsatte», slik den subjektivt oppleves av dem.

Goffman redegjorde for sin forforståelse, og han innrømmet at han kom til St. Elizabeth's uten stor respekt for den psykiatriske disiplinen. *Asylums* gjenspeiler hans svært kritiske syn på «mentalsykehuset», og har en gjennomgående negativ holdning til behandlingen av pasientene.

Goffmans arbeid med *Asylums* var en av de første sosiologiske undersøkelsene av den sosiale situasjonen til psykiatriske pasienter (Weinstein, 1994). Goffman hevdet at feltstudien var nødvendig for å kunne gi en tro beskrivelse av pasientenes situasjon. Hovedfokuset i boken *Asylums* er pasientenes verden, ikke de ansattes verden. Han påsto at «mentalsykehuset» hadde en skadelig effekt på pasientene. Hans bilde av sykehuset var at det var et autoritært system som tvinger pasienter til å definere seg selv som psykisk syke, endre tankegang og oppførsel, lide ydmykelser, akseptere restriksjoner og tilpasse seg institusjonslivet (Weinstein, 1994).

Goffmans dystre oppfatning og beskrivelse av den sosiale situasjonen til de psykiatriske pasientene stammer hovedsakelig fra hans bruk av modellen om «total institutions». Han sammenligner mentalsykehus med fengsler, konsentrasjonsleirer, klostre, barnehjem og militære organisasjoner. Totale institusjoner er bosteder og arbeidsplasser der en stor gruppe mennesker er avskåret fra det store samfunnet i en periode. Disse kjennetegnes av at det er et fundamentalt gap mellom en stor kontrollert gruppe, pasientene eller de «innsatte», og en liten gruppe tilsynsstab. Menneskelige behov blir håndtert byråkratisk og upersonlig, den sosiale avstanden mellom de «innsatte» og de ansatte er stor, og de to gruppene har en tendens til å opptre fiendtlig mot hverandre.

Videre beskriver Goffman det han kaller «the inmate world» og «the staff world». I hans beskrivelse av «the inmate world», settes det i gang prosesser for å ødelegge den

«innsattes» «gamle selv» og skape et nytt «selv», eller en ny identitet. Personen blir fratatt normale sosiale roller og frastjålet sin vanlige identitet. Dette beskriver Goffman som «mortification of self», og han sier at denne tilintetgjørelsen av individets opprinnelige identitet er et resultat av fysiske og sosiale overgrep i de totale institusjonene, i dette tilfellet «mentalsykehuset» (Goffman, 1961).

Goffman sier at en av de mest fremtredende måtene pasientene tilpasser seg på i totale institusjoner, er det han kaller «konvertering», altså at pasientene adopterer det synet de ansatte har av pasienten. Han hevder også at de «innsatte» i totale institusjoner har en sterk følelse av at tiden i institusjonen har vært bortkastet og anses som tid frarøvet fra deres liv. De «innsatte» erfarer at når, og hvis, de slipper ut fra den totale institusjonen, vil livet på utsiden aldri kunne bli som før innleggelsen (Goffman, 1961).

I *Asylums* snakker Goffman også om det han omtaler som pasientens «moralske karriere». Med dette mener han de vanlige konsekvensene av endringer som følger med innleggelse i et psykiatrisk sykehus, i pasientens «selv» og i hans/hennes vurderinger av seg selv og andre. Disse endringene skjer både før og under selve innleggelsen, ifølge Goffman, og konsekvensene blir tydelige når pasienten utskrives. I fasen der pasientene er innlagt ved sykehuset innser de at de har blitt gitt opp av samfunnet, og blir utsatt for ydmykelse og begrensning av sin frihet. Pasientene kommer med forskjellige unnskyldninger, og defensive utsagn om «selvet», når de er innlagt. Goffman sier de føler behov for å tilby forklaringer på sin sykdom og sykehusinnleggelse, både til de ansatte og andre pasienter. Disse unnskyldningene blir ofte diskreditert. På sykehuset foregår en resosialisering der de ansatte forsøker å innprente i pasientene at de har gjort noe galt i samfunnet, og at de må endre seg hvis de vil ut fra sykehuset og være en velfungerende del av samfunnet. Som en del av den moralske karrieren kommer pasientene ifølge Goffman (1961) sakte til å akseptere synet på seg selv som psykiatrisk pasient.

Selv om Goffmans sosiologi på mange måter kan oppfattes som tidløs fordi den berører noe av det tilsynelatende mest grunnleggende og uforanderlige i mennesket og samfunnet (Goffman, 2014), har ikke hans teori om totale institusjoner og deres påvirkning på pasientene fått gå upåaktet hen, og den har de siste tiårene høstet sterk kritikk på flere områder. Kritikken dreier seg blant annet om at teorien fokuserer ensidig på de negative aspektene ved hvordan pasienter blir behandlet i «mentalsykehuset» (Levinson & Gallagher 1964, Killian & Bloomberg 1975). Jeg vil komme nærmere inn på kritikken av Goffmans teori i diskusjonskapitlet.

2.2 Goffmans teori om stigma

Et annet av Goffmans verk, *Stigma*, kan sies å være vel så mørkt og dystert som *Asylums*. Boken er en av mange i rekken av verk som ble en del av den såkalte antipsykiatriske og institusjonskritiske bølgen på 1960-tallet, da de stilte spørsmål ved måten man behandlet «sinnslidende» på (Goffman, 2014). *Stigma* rører ved noen av de dypeste, men kanskje også mest alminnelige, delene av menneskets natur, nemlig frykten for å bli avslørt og ønsket om å bli anerkjent. Samtidig beskriver den med et dystert blick stigmatiserte menneskers daglige, men ofte stille, kamp for å bli betraktet som «normale» (Ibid).

Stigma er en etterfølger av *Asylums*, og Goffman bruker flere av de samme begrepene i begge bøkene. *Stigma* baseres på Goffmans interesse for det han kaller pasientens «moralske karriere», som psykiatriske pasienter opplever når de blir skrevet ut fra institusjonen og skal delta i det normale hverdagslivet (Smith, 2006). Ifølge Goffman (1957) er det vanskelig for mennesker som har blitt fratatt sin identitet gjennom institusjonell innleggelse å gjenoppbygge en ny identitet.

Ifølge Goffman er stigma «en egenskap som er dypt diskrediterende», og det forstås best som et avvik mellom en persons tilsynelatende og faktiske sosiale identitet (Goffman, 1963). Hovedmålet med *Stigma* var for Goffman å undersøke den sosiale interaksjonen som skjer mellom stigmatiserte og såkalte «normale» mennesker. Han ønsket å undersøke hvordan stigmatisering oppstår, og belyse hvordan prosessene som produserer en stigmatisert person ser ut. Videre ønsket han å analysere hvordan stigmatiserte mennesker håndterer seg selv og sine stigma i sosial sammenheng, og han ønsket å utforske hvordan håndteringen påvirker den stigmatiserte personens opplevelse av seg selv (Ibid). Goffman sier at noen menneskers normale sosiale identitet ødelegges på grunn av omgivelsenes reaksjoner, kategorisering og bedømmelse. Videre sier han at en stigmatisert persons samarbeid med såkalte «normale» mennesker preges av at den stigmatiserte selv later som om hans særpreg er irrelevant (Goffman, 1963).

2.3 Recovery – en behandlingsfilosofi

Recovery-begrepet har endret seg fra å handle om tilfriskning fra symptomer, til at man kan lære å leve gode liv på tross av symptomer. Synet på mennesket, sykdom og helse og hvordan man møter og behandler mennesker med psykiske helseutfordringer, har endret seg over tid (Hummelvoll, 2012). Tradisjonelt har recovery-begrepet blitt brukt synonymt med begrepet «frisk», der hjelpen har hatt symptomfrihet som siktemål for pasienten (NAPHA,

2013). Denne retningen kalles klinisk recovery. Senere har en ny forståelse for begrepet blitt utviklet. Det sentrale i denne nye forståelsen er at bedring er en personlig prosess, der målet er at den enkelte skal gjenvinne kontroll over eget liv, gjenskape tilhørighet til nærmiljøet, samt leve et meningsfullt liv på tross av de begrensninger lidelsen innebærer (Ibid). Dette omtales som personlig recovery.

Klinisk recovery baserer seg på et biomedisinsk menneskesyn og har fokus på behandlingseffekt og resultat, og tilnærmingen er basert på observerbare resultater. Behandlingsprosessen vurderes av en fagperson, og det tas ikke hensyn til individuelle forskjeller, hvilket vil si at like tilfeller behandles likt (Slade, 2014). Denne retningen kan på mange måter virke motstridende til slik vi bruker recovery-begrepet i dag, der man i liten grad fokuserer på symptomer og sykdom. Selv om Topor et.al (2020) nylig har utvidet forståelsen og definisjonen av personlig recovery, ved i større grad å inkludere den sosiale dimensjonen, vil jeg i det følgende forholde meg til den kanskje fortsatt mest kjente definisjonen av personlig recovery:

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltakende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv» (Anthony, 1993).

Personlig recovery bygger på et humanistisk og holistisk menneskesyn, og handler om selve bedringsprosessen innad i hvert individ, der målet ikke nødvendigvis er symptomfrihet, men nettopp det å være i bedring (Hummelvoll, 2012). Kjerneverdiene i personlig recovery er hverdagslivsmestring, omsorg, valg, håp, autonomi, frihet, respekt, fellesskap, aktiv deltakelse og verdighet (Ibid). Ifølge Karlsson og Borg (2017) er det å føle seg inkludert, samt inkludere andre, viktig for bedringsprosessen. Videre handler personlig recovery om det personlige og unike, og om å jobbe mot egne mål, og tilnærmingen har et fokus på at ingen kan forandres utenfra. Derfor må pasienten selv aktivt delta i bedringsprosessen, og i de avgjørelser som angår han selv (Ibid). Den sosiale tilnærmingen i recovery omhandler den konteksten pasienten befinner seg i. Elementer som bolig, arbeid, sosiale arenaer, økonomi, aktivitet, familie og venner oppfattes å ha stor betydning for bedringsprosessen (Ibid). Hummelvoll (2012) beskriver det sosiale aspektet av recovery ved at pasienten kan oppleve bedring på tross av nedsatt funksjonsevne og symptomer, ved at vedkommende ikke mister ønsket og håpet om å leve et godt og meningsfullt liv.

Personlig recoverys sentrale elementer blir ofte presentert i forkortelsen CHIME: *connectedness, hope, identity, meaning og empowerment*, som sammen bidrar til en helhetlig

bedringsprosess (Leamy et.al. 2011). For å kunne ivareta pasientenes behov og rettigheter på best mulig måte er det viktig at helsepersonell er bevisst egne holdninger. Holdningene kan komme til uttrykk gjennom tre perspektiv: det korrigerende, omsorgsgivende og anerkjennende perspektiv. Det to førstnevnte er typiske for klinisk recovery, mens sistnevnte er typisk for personlig recovery (Vatne, 2006).

I det korrigerende perspektiv blir pasienten objektivert og passivisert, og det konsentrerer seg hovedsakelig om den syke, kroppslige delen av mennesket. Praksisutøvelse utfra dette perspektivet kan føre til at helsepersonell ikke ser *hele* mennesket. Det omsorgsgivende perspektiv bygger, i likhet med det korrigerende perspektiv, på en paternalistisk holdning. Det kjennetegnes også ved at pasienten føler seg krenket og invadert, og pasienten kan ofte føle seg «dullet med» (Barbosa da Silva, 2012, s.238).

Det anerkjennende perspektiv, derimot, vil ivareta pasientens integritet. Kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient er basert på gjensidig respekt, og pasienten blir snakket *med* og ikke *til*. Pasienten myndiggjøres isteden for å objektivteres. Helsepersonell og pasient respekterer hverandres integritet og autonomi. I en slik subjekt-subjekt-relasjon vil partene se hverandre som likeverdige. Denne relasjonen forutsetter et holistisk menneskesyn som anerkjenner menneskets kropp, ånd og sjel i én kontekst (Barbosa da Silva, 2012).

Helsepersonells verdier og holdninger kan påvirke hvordan de utfører helsefaglig arbeid. Et eksempel på dette er «Gregoreffekten». Begrepet brukes for å beskrive hvordan helsepersonell kan hindres i å gi omsorg på en tilfredsstillende måte fordi de har negative følelser og reaksjoner knyttet til pasientens tilstand (Drury, Bailey, Blackmore & Maltby, 2003).

2.3.1 Identitet og ansvarliggjøring

Viktige nøkkelmomenter i personlig recovery har blitt presentert av en rekke ulike forfattere. Leroy Spaniol og kollegaer (1997) har identifisert fire negative innvirkninger som følge av å bli diagnostisert med en psykisk sykdom: Tap av følelse av «selv», da «selvet» blir erstattet med en identitet som psykiatrisk pasient, tap av makt, valg og personlige verdier, tap av mening, slik som ved tap av verdsatte sosiale roller og tap av håp, som leder til å gi opp.

Ifølge Leary og Tangney (2003) defineres «identitet» ulikt av psykologer og sosiologer. Psykologer bruker begrepet «identitet» for å beskrive *personlig identitet*, det som gjør hvert individ unikt. Komponentene i personlig identitet inkluderer en mental modell

(eller selvbilde) av seg selv, selvtilitt (en verdsatt personlig identitet) og individualisering, sammen med kapasitet for selvrefleksjon og selvbevissthet. Personlig identitet innebærer det som skiller oss ut ved at vi har egne ambisjoner, drømmer og preferanser. Denne individualiteten er grunnen til at det ikke kan utarbeides kun en recoverymodell som skal passe for alle. Det er også en av grunnene til at hvert individs, eller hver pasients, syn på hva som er av betydning for dem må gis fortrinn (Slade, 2014, s.81).

Sosiologene bruker identitetsbegrepet til å beskrive *sosial identitet*. Kort sagt omhandler den sosiale identiteten konteksten individet er en del av og interaksjonen med andre mennesker. Sosiologene oppfatter menneskets identitet som lagvis. De mest intime eller proksimale lagene er de som definerer vårt syn på hvem vi er, og tap av dette vil ødelegge individets selvbilde. Mer distalt er det en rekke andre identiteter og sosiale roller som fremmer og forsterker vår generelle følelse av selvtilitt (Slade, 2014, s.81). Den psykologiske og sosiologiske definisjonen av identitet er begge basert på en filosofisk definisjon av begrepet. En sammenslåing av de ulike tilnærmingene til begrepet «identitet» gir ifølge Slade (2014, s.82) følgende definisjon: «*Identitet omfatter de vedvarende egenskapene som gjør oss unike og som gjør at vi er tilknyttet resten av verden*».

Mennesker som lever med psykisk sykdom vil ifølge denne definisjonen ha en personlig identitet som sier: «Jeg ser meg selv som en person med en psykisk lidelse», og en sosial identitet som sier: «Andre forholder seg til meg, og jeg forholder meg til andre, som en person med en psykisk lidelse» (Slade, 2014, s.82). Slade (2014) beskriver viktigheten av å utvikle en positiv identitet, og påpeker betydningen av å ikke la den psykiske lidelsen definere vedkommende som person, verken for personen selv, eller for personer i vedkommendes nettverk. Utviklingen av en positiv identitet innebærer relasjoner, både med oss selv (personlig identitet), og med verden og andre mennesker i den (sosial identitet).

Videre, i recoveryfilosofien, er det identifisert fire elementer av betydning for hvordan man best mulig møter en krise: 1) å forebygge unødvendige kriser, 2) å minimere tap av personlig ansvar gjennom krisen, 3) å opprettholde håp gjennom krisen, 4) å støtte identiteten i og etter krisen. For å knytte dette til studiens problemstilling kan man tenke at skjerming kan være en slik krise. En viktig tilnærming til å redusere tap av autonomi gjennom en krise er å benytte seg av forhåndsdirektiver. Disse forhåndsdirektivene tillater pasientene å uttrykke deres preferanser for hva de ønsker skal skje i en fremtidig krise (Slade, 2014, s.184-185). Disse forhåndsdirektivene kan blant annet inkludere forhåndsinstruksjoner, inkludert uttalelser om aksept eller avvisning av visse behandlinger (Applebaum, 2004). Gjennom å praktisere det anerkjennende perspektiv blir pasienten myndiggjort og ansvarliggjort.

Anvendelse av forhåndsdirktiver er «recoveryvennlig» da de blant annet inkluderer «empowerment» og fremmer respekt for individuelle ønsker (Scheyett, 2007).

I en recovery-orientert psykisk helsetjeneste er ikke forhåndsdirktiver noe som kommer i veien for å gi tilfredsstillende hjelp i en krisesituasjon, de er derimot rutinemessig utviklet fordi de gir helsepersonellet den informasjonen de trenger for å gjøre jobben sin, hvilket er å ha personen og dens verdier i sentrum gjennom en krise. Det er disse forhåndsdirktivene som gjør det mulig å ha et partnerskapsforhold gjennom en krise. Derfor er det viktig at forhåndsdirktivene fungerer som et samarbeid der pasienten opplyser kliniker om sine preferanser, og kliniker gir empirisk, etisk og prosessuell informasjon for å informere pasienten om beslutningene. Dersom det er uenighet mellom pasientens og klinikerens perspektiv, er denne uenigheten mye bedre diskutert på forhånd av en krise, enn i løpet av den (Slade, 2014, s.185). En av grunntankene i recovery-filosofien er at hver enkelt best kan definere egne interesser, og jobben til helsepersonell i psykisk helsevern er å støtte pasienten i denne prosessen (Slade, 2014, s.117).

I en krisesituasjon (jf. skjerming) er jobben til helsetjenesten å holde folk oppe (i støttende forstand). I resten av personens liv er helsetjenestens jobb å *unngå* å holde folk oppe (i begrensede forstand). Denne balansen innebærer å konstant maksimere personens selvbestemmelse. Et sentralt element i selvbestemmelse er evnen til å angi preferanser, og at disse blir verdsatt av helsepersonell gjennom kriser eller sykehusinnleggelse (Slade, 2014, s.186).

3.0 Metodologi og metode

I det følgende vil jeg redegjøre for studiens vitenskapsteoretiske forankring, samt den metodiske tilnærmingen som er benyttet for datainnsamling. Analysemetoden og analyseprosessen vil også beskrives. Forskningsetiske vurderinger vil bli redegjort for til slutt i kapitlet.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring og forståelse

Jeg har funnet inspirasjon til denne studiens vitenskapsteoretiske forankring i fenomenologien og hermeneutikken, og studien er gjennomført på bakgrunn av en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Gjennom studiet har fenomenologien og hermeneutikken på hver sin måte åpnet øynene mine for ulike måter å tolke og forstå

fenomener. De to ulike tilnærmingene har hver sine egenskaper og kvaliteter, og jeg har blitt inspirert av den muligheten en kombinasjon av de to gir for å forsøke å oppnå ny forståelse.

Begrepet «fenomenologi» har sitt opphav i det greske ordet «phainomenon», som betyr «fremtoning», altså det som kommer til syne, og «logos» som betyr «lære». Den fenomenologiske tilnærmingen fokuserer på å beskrive hvordan tingene vi står overfor fremtrer slik vi direkte og umiddelbart opplever dem. Ifølge Edmund Husserl, en tysk-østerriksk filosof, er fenomener tingene slik de kommer til syne for oss (Thomassen, 2015, s.83). I denne studien er «ettersamtaler med pasienter etter skjerming» fenomenet som skal undersøkes. Husserl poengterer viktigheten av å være bevisst egen forforståelse for å være i stand til å undersøke selve fenomenet. Forforståelser, eller de oppfatninger man har av fenomenet før man begynner å undersøke det, kan ifølge Husserl forurene undersøkelsen av det, og forforståelsen må derfor «settes i parentes» (Ibid. s.84-86).

Kritikere vil hevde at Husserls forslag om å sette forforståelsen til side umulig lar seg gjøre, nettopp fordi den verdenen vi lever i består av meningsfylte fenomener, og fordi vi til enhver tid befinner oss i en historisk, sosial og kulturell kontekst. Dersom all forforståelse må settes i parentes for å kunne undersøke nye fenomener, betyr det at vi må se bort fra hele den sammenhengen vi erfarer fenomenene innenfor, for å forstå det vesentlige ved fenomenene. Kritikerne påstår at den sammenhengen, eller verdenen, man befinner seg innenfor, er grunnleggende for all mening, og kan derfor ikke «settes i parentes» slik Husserl foreslår. Konteksten er avgjørende for hvordan vi oppfatter og forstår nye fenomener (Ibid).

Dersom vi skal se ettersamtaler med pasienter etter skjerming i lys av fenomenologien, betinger det at vi legger til side alle våre forståelser knyttet til nettopp det. Men er det mulig? Kan man «glemme» alt man «vet» både bevisst og ubevisst før man skal undersøke fenomenet «ettersamtaler», eller et hvilket som helst annet fenomen? Kritikerne mener at man ikke kan det, og en av kritikerne er filosofen Hans-Georg Gadamer. Gadamer anses som en av de største figurene innen fornyelsen av den hermeneutiske tilnærmingen.

Ordet «hermeneutikk» er gresk og har sitt opphav i «hermeneuein» som betyr «å tolke» (Hugaas, 2014, s.102). Hermeneutikk kan beskrives som kunsten å stille tolkende spørsmål. Hermeneutikken er en av flere vitenskapsfilosofiske retninger som har sitt opphav i humanvitenskapelig tradisjon. Denne tilnærmingen studerer mennesket i seg selv, samt menneskeskapte fenomener (Thomassen, 2015, s.44). Hermeneutikken etterstreber å fortolke det aktuelle meningsinnholdet basert på den konteksten ytringene befinner seg i. En sosial dimensjon vil i samtlige tilfeller være betydningsfull i den kontekstuelle sammenhengen forståelse utvikles innenfor (Ibid. s.45).

Hermeneutikken og fenomenologien kan på mange måter sies å stå på hver sin side av menneskers iboende forforståelse når det gjelder tolkning og forståelse av ulike fenomener. Der Martin Heidegger med sin fenomenologiske tilnærming sier at man må frigjøre seg fra det som er tatt for gitt, frigjøre seg fra forforståelsen (Heidegger, 1998, s.289-290), sier Gadamer med sin hermeneutiske tilnærming, at man må se fenomenene i lys av det han kaller «fordommer», altså den oppfatningen og forståelsen vi har av et fenomen før vi fatter mening om det (Thomassen, 2015, s.86). Sagt på en annen måte: fordommer er grunnleggende for all forståelse (Hugaas, 2014, s.109). Gadammers bruk av ordet «fordommer» har samme innhold som «forforståelse», og det innebærer all forståelse, erfaring og kunnskap man har om noe før man undersøker det (Thomassen, 2015, s.86). Forståelse begynner aldri fra et nullpunkt ifølge Gadamer. Historie, tanker og handlemåter fra tidligere tider lever videre og er betydningsfulle for konteksten vi tenker og handler innenfor i dag. Han vurderer fordommene som en rikdom, og han kaller summen av våre fordommer for vår «forståelseshorisont». Denne horisonten kan både endres og utvides (Ibid. s.87).

Selv om fenomenologien og hermeneutikken kan forstås som motsetninger, har teorier som baserer seg på et grunnleggende fenomenologisk perspektiv og samtidig belyser forståelsen av mennesket som et historisk-språklig vesen, bidratt til en såkalt «hermeneutisk vending» i fenomenologien etter Husserl. (Ibid. s.161). Når man forsker på et fenomen med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, vil vår forståelseshorisont altså være avgjørende for hva vi legger merke til og vektlegger. Vår forforståelse, eller våre fordommer, kan ikke «settes i parentes», men må inkluderes i forståelsesprosessen (Ibid. s.171).

På bakgrunn av denne kunnskapen og forståelsen av de ulike vitenskapsteoretiske forankringene vurderer jeg en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming til denne studien som hensiktsmessig.

3.2 Design

Denne studien har et kvalitativt og eksplorerende design. Ifølge Kvale og Brinkmann (2018) og Thagaard (2018) er et eksplorerende design hensiktsmessig når studiens hensikt og formål er å få informasjon om deltakernes opplevelser og forståelse av seg selv og sine omgivelser. Studiens problemstilling og forskningsspørsmål leder naturlig opp mot et kvalitativt design. Formålet med kvalitativ metode er ifølge Thagaard (2018) å oppnå forståelse av sosiale fenomener. Ettersamtaler med pasienter kan anses som et sosialt fenomen som utspiller seg mellom pasientene og de ansatte. Polit og Beck (2017) påpeker at subjektive

meninger anses som verdifulle i kvalitativ forskning. På bakgrunn av tidligere forskning og litteratur på temaet kom jeg frem til en problemstilling som forhåpentligvis kan bidra til å gjøre kunnskapshullet en liten smule mindre.

Ifølge Thagaard (2018, s.50) er studiens *design* en skisse over hvordan prosjektet skal gjennomføres. Dette prosjektet omfatter helsepersonell som deltakere, i det faktiske tilfellet er deltakerne leger, psykologer og sykepleiere. Undersøkelsen ble gjennomført med kvalitativ datainnsamlingsmetode, nærmere bestemt intervjuer med en og en deltaker.

3.3 Metodiske vurderinger

I studier av temaer det er forsket lite på fra før, er ofte kvalitativ tilnærming velegnet (Thagaard, 2018, s.12). Formuleringen av problemstillingen i denne studien leder naturlige opp mot kvalitativ tilnærming. Ifølge Thagaard (2018) kan kvalitative datainnsamlingsmetoder deles inn i fem kategorier. De ulike metodene vil gi ulike funn. Derfor er det viktig å velge metode på bakgrunn av hva man ønsker å få svar på. Jeg vurderer intervju-metoden, mer spesifikt individuelle intervju, som mest hensiktsmessig for denne studien, da metoden tillater deltakerne å fortelle om sine erfaringer, opplevelser, synspunkter og selvforståelse, i en jeg-du-relasjon med forskeren (Dalland, 2017, s.53). I kvalitative studier, og i intervjuer, ser forskeren fenomenet som forskes på innenfra og må erkjenne delaktighet og påvirkning (Ibid). Ifølge Thomassen (2015) er det derfor viktig å være bevisst egen forforståelse for det fenomenet man undersøker, samtidig som man skal ha et bevisst forhold til studiens filosofiske tilnærming. Forskerens forforståelse kan gi utslag i ledende spørsmål. Et kritisk spørsmål som ofte blir stilt om intervjustudier, handler nettopp om betydningen av ledende spørsmål. Formuleringen av spørsmålene og forskerens kroppslige og verbale responser kan påvirke innholdet i svaret fra deltakeren. Likevel kan det å stille ledende spørsmål for å sjekke svarenes reliabilitet og for å verifisere forskerens fortolkninger, bidra til at intervjuets reliabilitet blir styrket (Kvale & Brinkmann, 2018, s.201).

Ordet «kvalitet» sier noe om egenskapene og karaktertrekkene ved de fenomenene vi studerer. I kvalitative studier går forskeren i dybden for å innhente mange opplysninger fra få deltakere, hvilket tillater en frihet hos deltakerne til å gi eksempler og beskrivelser fra deres opplevelser og erfaringer. Disse opplysningene ville man ikke hatt tilgang til på samme måte i en kvantitativ studie, der man i motsetning går i bredden og innhenter få opplysninger fra mange deltakere (Dalland, 2017, s.53). Kvantitativ tilnærming etterstreber å formidle forklaringer, mens kvalitativ tilnærming etterstreber å formidle forståelse (Ibid). I studier som

undersøker fenomener det er lite forsket på fra før, vil det være hensiktsmessig å søke en forståelse av fenomenet før man søker å finne en forklaring.

Da jeg skulle vurdere hvorvidt jeg skulle gjennomføre individuelle intervju eller for eksempel fokusgruppeintervju, spilte tidsrammen og tilgang på deltakere inn. Tidlig i prosessen ble jeg oppmerksom på at det å skaffe et tilstrekkelig antall deltakere kan være en vanskelig nok jobb i seg selv. Jeg vurderte det derfor slik at det antakelig ville være mest gjennomførbart å rekruttere nok deltakere dersom deltakerne ikke var avhengige av hverandre. På den måten kunne jeg avtale intervju fortløpende med deltakere uten å måtte finne en tid som passet for alle. Jeg vurderte dette som en fordel da helsepersonell ofte jobber turnus, og jeg så for meg at kabalen kunne bli vanskelig å få til å gå opp. Denne tilnærmingen gjorde også at jeg ikke ble stoppet fra fremgang i prosjektet ved å måtte vente på nok deltakere til et fokusgruppeintervju.

Det kan tenkes at jeg ville fått mye av den samme informasjonen ved fokusgruppeintervju som metode. Både individuelle intervju og fokusgruppeintervju er strukturerte i mindre grad enn andre datainnsamlingsmetoder. Likevel er det også forskjeller som gjorde at jeg valgte individuelle intervju som mest hensiktsmessig for min studie. Ifølge Powell & Single, (1996) går man i individuelle intervju ytterligere i dybden enn hva man gjør i fokusgruppeintervju. I tillegg til nevnte vurderinger hadde jeg en forhåpning om at deltakerne ville svare ærligere i en en-til-en-samtale med forskeren, da de ikke blir påvirket av andre deltakers kroppslige og verbale respons.

Jeg har utarbeidet en semistrukturert intervjuguide. Jeg valgte en semistrukturert intervjuguide fremfor en ustrukturert intervjuguide blant annet fordi jeg aldri har gjennomført slike intervjuer før, og det føltes trygt å ha konkrete nedskrevne spørsmål å forholde seg til gjennom samtalen. En semistrukturert tilnærming tillater deltakerne å snakke fritt rundt angitte temaer. Dette kan bidra til å løfte frem data som muligens ikke hadde kommet frem dersom intervjuet var strukturert i større grad, og i mindre grad åpnet for deltakernes egne refleksjoner (Dalland, 2017, s.78). Ifølge Dalland er sjansen for å få spontane, uventede og levende svar fra deltakerne større ved et åpent enn ved et strukturert intervju. En utfordring ved semistrukturerte intervjuer er at endel tid kan gå til å omtale temaer som ikke er relevante for studien. Det er forskeren som har ansvar for intervjuets retning, og som derfor må passe på at samtalen ikke flyter ut, og angi når temaer anses som ferdigbehandlet (Kvale & Brinkmann, 2018, s.167).

3.4 Rekruttering

Ifølge Thagaard (2018, s.56) kan man best opprette en formell kontakt med potensielle deltakere ved å komme i kontakt med personer som kan presentere forskningsprosjektet for egnede personer. Jeg ble satt i kontakt med en av avdelingssjefene ved «Klinikk psykisk helsevern voksne» ved det aktuelle sykehuset. Hun sendte ut informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen (vedlegg 2) til helsepersonell hun tenkte kunne egne seg for deltakelse i studien. Deretter satte hun meg i direkte kontakt med de som ønsket å delta.

Kvalitative studier har som regel et begrenset antall intervjuobjekter. Når man har et lite utvalg, er det særlig viktig å sikre at personene som skal delta i studien er hensiktsmessige å intervju. På den måten kan dataanalysen gi en forståelse av fenomenene som studeres (Thagaard, 2018, s.54). Ifølge Thagaard (2018) gjennomføres et strategisk utvalg ved at man systematisk velger personer som har spesielle kvalifikasjoner eller egenskaper som er strategiske for å besvare problemstillingen. Thagaard (2018, s.58) beskriver hvordan et strategisk utvalg kan være typisk eller spesielt. Ifølge Polit og Beck (2017) representerer et typisk utvalg det normale i det feltet som undersøkes. Et slikt utvalg kan gi forskeren en forståelse av hovedaspektene i fenomenet som undersøkes. Det ble derfor foretatt et strategisk utvalg for å sikre at personene skulle være hensiktsmessige å intervju på bakgrunn av problemstillingen. Et strategisk utvalg vil følgelig ikke være representativt for en populasjon.

Ifølge Mason (2018, s.61-62) tillater strategisk utvelging forskeren å supplere utvelging av deltakere underveis på bakgrunn av den informasjonen vi får tidlig i intervjuprosessen. Slik kan utvalgets egnethet styrkes for å utvikle forståelsen av fenomenene som studeres (Ibid). Deltakerne ble rekruttert fortløpende i prosessen, og utvelgelsen av potensielle deltakere ble påvirket av de allerede gjennomførte intervjuene. Dette betydde i praksis at det ble forsøkt å rekruttere deltakere fra ulike avdelinger og med ulik utdannings- og erfaringsbakgrunn.

I informasjonsskrivet som ble sendt til potensielle deltakere, var det presentert inklusjonskriterier for deltakelse i studien. Deltakerne skulle være helsepersonell med minimum bachelorgrad, og de skulle ha gjennomført minimum tre ettersamtaler med pasienter etter bruk av skjerming etter at lovendringen i Psykisk helsevernloven §4-2 trådte i kraft. Ifølge Dahlberg et.al. (2008) er det betydningsfullt å inkludere deltakere av begge kjønn. Det ble derfor tilstrebet mannlige og kvinnelige deltakere, men det kan ikke sies fullt ut å være et inklusjonskriterium. I løpet av prosessen ble det klart at det å skaffe tilstrekkelig antall informanter som alle hadde hatt minimum tre ettersamtaler etter lovendringen, viste seg å

være vanskelig. Dette inklusjonskriteriet ble derfor endret underveis til å omfatte helsepersonell som hadde hatt en eller flere ettersamtaler, enten før eller etter lovendringen.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2018, s.148) og Thagaard (2018, s.59) bør antallet deltakere være bestemt på bakgrunn av tid og ressurser, slik at man klarer å gjennomføre omfattende analyser. På bakgrunn av dette hadde jeg satt meg som mål å intervju mellom fem og åtte personer, da jeg anså dette som et overkommelig antall. Kvale og Brinkmann (2018, s.148) sier også at nyere intervjuundersøkelser viser at det kan være en fordel å ha færre intervjuer, og heller bruke mer tid og ressurser på å forberede og analysere intervjuene.

3.5 Utvalg

Utvalget besto av til sammen syv deltakere, seks kvinner og en mann. Aldersspennet i gruppen av deltakere var fra 30 til 49 år. Deltakerne hadde fra tre til 21 års erfaring innen psykisk helsevern, og hadde fra to til 17 års erfaring med skjerming. De hadde fra ett til 11 års erfaring med ettersamtaler. Fem av de syv deltakerne hadde hatt en eller flere ettersamtaler etter lovendringen i 2017, alle deltakerne hadde hatt ettersamtale(r) i løpet av sine år i psykisk helsevern. Utvalget besto av deltakere fra seks ulike avdelinger, der en av avdelingene var en akuttpost (24 timer), mens de andre fem var langtids sengeposter. I tabellen under vises fordelingen av utdanning og kjønn i gruppen av deltakere.

Tabell 1

Helsepersonell	Kvinner	Menn
Sykepleier	3	0
Psykolog	2	0
Psykiater/lege	1	1

3.6 Gjennomføring av intervju

Samtlige intervjuer ble gjennomført på egnede rom på avdelingene eller på deltakerens eget kontor. Intervjuene hadde en varighet fra 22 minutter til 1 time og syv minutter, og de varte i gjennomsnitt 42 minutter. Før intervjuene startet fikk deltakerne mulighet til å stille eventuelle spørsmål til informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen. Under intervjuene ble

det brukt en digital diktafon. Underveis i intervjuene skrev jeg ned stikkord, slik at jeg kunne stille relevante oppfølgingsspørsmål til deltakernes fortellinger dersom jeg vurderte det som hensiktsmessig. På denne måten kunne jeg fokusere på hva som ble fortalt, isteden for å forsøke å huske hva jeg ønsket å høre mer om. Dette bidro også til at deltakerne fikk snakke uavbrutt. Anvendelse av digital diktafon gjorde at jeg kunne fokusere på deltakernes fortellinger og lytte aktivt til hva de fortalte, og respondere adekvat.

Med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene hadde jeg utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med 12 hovedspørsmål. Denne intervjuguiden ble benyttet som mal under intervjuene (vedlegg 3). Intervjuguiden bidro til at fokuset i intervjuet ble værende på studiens problemstilling.

Utvalget kan sies å være tilstrekkelig stort når man når et såkalt «metningspunkt». Ifølge Thagaard (2018, s.59) er metningspunktet nådd når intervjuene ikke lenger bidrar med ny informasjon eller en ytterligere forståelse av fenomenet som studeres. Etter syv intervjuer viste det seg at informasjonen deltakerne delte hadde gjentatt seg, og jeg vurderte metningspunktet som nådd.

Intervjuene ble gjennomført over flere uker, noe som gjorde at jeg hadde mulighet til å forbedre intervjuet for hver gang. Jeg gikk hjem etter hvert intervju og lyttet gjennom det, og reflekterte over hva som kunne bli gjort annerledes.

3.7 Transkribering

Malterud (2003) anbefaler forskeren å transkribere intervjuene selv. På den måten vil deltakernes erfaringer og meninger ivaretas på best mulig måte. Kvale og Brinkmann (2018, s.205) sier at transkripsjoner er svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av intervjusamtaler. I transkriberingsprosessen fra den muntlige samtalen til den skriftlige teksten vil man miste deltakerens stemmeleie, åndedrett og intonasjon, og noe av informasjonen vil derfor «gå tapt i transkripsjonen».

Selv om transkriberingen er en tidkrevende prosess, har jeg har gjort slik Malterud (2003) anbefaler, nemlig å transkribere intervjuene selv. Jeg vurderte det å transkribere selv som en styrke for den videre prosessen, og som styrkende for studiens reliabilitet. Ifølge Kvale og Brinkmann (2018, s.207) begynner meningsanalysen allerede når vi transkriberer. Fordelen ved at forskeren gjør denne jobben selv, er at han i transkriberingsprosessen vil huske eller gjøre seg tanker om de emosjonelle og sosiale aspektene ved intervjuet. Dette vil etter min vurdering bidra til å styrke studiens validitet, da datamaterialet blir analysert i flere

omganger. Validitet omhandler gyldighet av tolkningen forskeren kommer frem til i analysen (Thagaard, 2018, s.189).

Samtlige intervjuer ble transkribert på norsk bokmål. På den måten vil ikke deltakerne kunne gjenkjennes på bakgrunn av dialekt/språk. Dette var et bevisst valg jeg tok for å styrke deltakernes anonymitet, samt at det bidrar til en mer helhetlig og lettlest fremstilling av studien. Enkelte dialektuttrykk ble likevel beholdt i transkriberingen for å være tro mot deltakernes utsagn. Ifølge Thagaard (2018) gir bruk av diktafon i intervjusamtalen det beste utgangspunktet for transkribering, da man kan lytte til *hvordan* deltakerne svarer på spørsmålene. Jeg har notert særlig fremtredende verbale og nonverbale uttrykk i parenteser i de transkriberte intervjuene. Dette kan for eksempel være latter eller lange pauser, nøling og sukk. På denne måten ble intervjusamtalene rekonstruert til skriftlige data så godt som mulig. Datamaterialet som ligger til grunn for analysen består av transkriberte intervjuer på 106 sider.

3.8 Valg av analysemetode

Hensikten med å analysere datamaterialet er å knytte empiri til resultat. Analysen skal ifølge Malterud (2003) sammenfatte og fortolke datamaterialet, og studiens problemstilling og forskningsspørsmål er betydningsfulle for valg av analysemetode. Ifølge Patton (2002) er analyseprosessen preget av en åpen og induktiv tilnærming, der man reflekterer over egen forforståelse. Kvalitative studier er unike, og krever ulik analytisk tilnærming. Blant annet på bakgrunn av at denne studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, har jeg valgt å benytte meg av den fenomenologisk-hermeneutiske analysemetoden til Anders Lindseth og Astrid Norberg.

Lindseth og Norberg sin analysemetode baserer seg på Ricoeurs fortolkningsteori. Metoden omfatter analyse av fortellingene gjennom tre steg: naiv lesning, strukturanalyse og tolket enhet. Gjennom disse tre stegene utforskes menneskers levde erfaringer. Metoden ble laget med det formål å utforske helsepersonells etiske tenkning og moral. Den egner seg godt for helsevitenskapelig forskning der formålet er å påvirke folks virkelighetsoppfatning, i tillegg til å hjelpe dem med å bli bevisst muligheter, eller alternative måter å være i verden på (Lindseth & Norberg, 2004). Denne analysemetoden belyser deltakernes livsverden, det vil si den konkrete virkeligheten de lever og erfarer i (Ibid). En slik tilnærming er derfor egnet som analysemetode i en studie som utforsker deltakernes erfaringer, hvilket denne studien gjør.

Ved anvendelse av analysemetoden til Lindseth og Norberg er man lojal mot deltakernes fortellinger. Meningsinnholdet skal fortolkes, men essensen i deltakernes fortellinger skal likevel bevarer. Dette skjer gjennom analysens tre steg. Avslutningsvis valideres tolkningene ved å reversere stegene i analysen. Ifølge Lindseth og Norberg er utfordringen for forskeren å analysere datamaterialet og synliggjøre den etiske tenkningen og moralen. Det er etikken som er uttrykt som skal undersøkes, og ikke teksten i seg selv (Ibid).

Jeg vurderer metoden som brukervennlig og oversiktlig, ikke bare for forskeren selv, men for leserne av studien som skal forstå hvordan datamaterialet har blitt tolket for å komme frem til resultatene. Studien vil fremstå som transparent, da det vises til eksempler på analysen (vedlegg 4). Transparens er med på å styrke studiens reliabilitet, og gjør det mulig for utenforstående å vurdere forskningsprosessen, samt etterprøve studien (Thagaard, 2018, s.188). Resultatene fra det tolkede datamaterialet kan forhåpentligvis føre til ny og/eller ytterligere forståelse av fenomenet «ettersamtaler med pasienter ved skjerming», hvilket kan åpne for nye muligheter å være i verden på, slik Lindseth og Norberg skriver i sin artikkel. Resultatene fra analysen kan tenkes å bidra til endring av praksis, og at leserne av studien kan reflektere over egne erfaringer.

3.8.1 Beskrivelse av analyseprosessen

Analysen kan sies å være en prosess som starter allerede under intervjuene og i arbeidet med å transkribere intervjuene. I denne startfasen av analyseprosessen gjør forskeren seg opp en mening og forståelse av hva deltakerne forteller om. Det kan tenkes at denne tidlige forståelsen ikke er forskeren bevisst, men at man kan gjenkjenne tanker man har gjort seg tidligere i prosessen når man begynner med den systematiske analysen av datamaterialet. Som beskrevet tidligere kan intervjuene inneholde opplysninger som «går tapt» i transkriberingen. Slike opplysninger kan være ansiktsuttrykk, kroppsspråk og tonefall. Ifølge Dalland (2017, s.86) er dette faktorer som påvirker hvordan man forstår deltakernes fortellinger. Denne informasjonen kan være vanskelig å overføre til ord, men kan likevel påvirke forskerens tolkninger av fortellingene.

Analysemetodens fenomenologisk-hermeneutiske tilnærming til datamaterialet går ut på lojalitet mot deltakernes fortellinger. I analysens første fase gikk jeg inn i datamaterialet med et så åpent og fordomsfritt sinn jeg kunne. Jeg leste de transkriberte intervjuene flere ganger for å få tak i deres mening som en helhet. Denne delen av analyseprosessen har en fenomenologisk tilnærming. I neste steg trakk jeg ut sitater som var hensiktsmessige for å

besvare forskningsspørsmålene. Sitatene ble analysens meningsenheter. Deretter kondenserte og abstraherte jeg meningsenhetene og dannet subtema og tema. Sammen med veileder reflekterte jeg over subtema og tema. Utdrag fra denne prosessen vises i vedlegg 4, hvilket er med på å styrke studiens validitet da det vises hvordan jeg har kommet frem til temaene (Thagaard, 2018, s.189). Kombinasjonen av direkte sitater fra deltakerne og tolkning av innholdet i fortellingene, gjør analysemetoden fenomenologisk-hermeneutisk. Som siste steg i analysen formulerte jeg en helhetlig forståelse av datamaterialet.

Lindseth og Norbergs analysemetode tar, som nevnt, utgangspunkt i den franske filosofen Paul Ricoeurs tolkningsteori. Ifølge Ricoeur (1976) må man følge tekstens bevegelse fra det den faktisk sier til det den snakker om, for å forstå den. I analyseprosessen har jeg derfor også vært opptatt av å oppdage hva som ikke er sagt, nemlig meningen som er implisitt i deltakernes fortellinger. Det er tolkningen av det eksplisitte som gir tilgang til det som ligger implisitt. Denne tolkningen ble gjort fra kondensert meningsenhet til subtema, og videre fra subtema til tema (Lindseth & Norberg, 2004).

Etter at jeg hadde oppnådd en naiv forståelse av datamaterialet, gjennomført en tematisk strukturanalyse og utformet en fortolkning av datamaterialets innhold, sammenlignet jeg temaene jeg hadde kommet frem til i analysen med sitater fra den naive lesningen. Denne prosessen validerer fortolkningen. I tillegg diskuterte jeg meningsenhetene, subtema og tema med min veileder, hvilket styrker troverdigheten av funnene. Til slutt leste jeg datamaterialet på nytt og reflekterte over den naive forståelsen og temaene jeg hadde kommet frem til. I diskusjonskapitlet vil jeg diskutere temaene, eller funnene, i lys av teori for å få en utvidet forståelse av fenomenet «ettersamtaler med pasienter ved skjerming». Dette er det Lindseth og Norberg (2004) omtaler som «comprehensive understanding».

3.9 Forskningsetiske overveielser

World Medical Association (WMA) har utarbeidet Helsinkideklarasjonen, som omhandler etiske prinsipper for medisinsk forskning som involverer mennesker. Helsinkideklarasjonens (1964, sist endret 2013) retningslinjer for forskningsetikk følges i denne studien. De viktigste etiske prinsippene er informert samtykke, oppbevaring av data og konfidensialitet, samt å informere deltakerne om at de når som helst i prosessen kan trekke seg uten noen form for konsekvenser (Helsinkideklarasjonen, 2013).

3.9.1 Informasjon til deltakerne og samtykke

Før intervjuene kunne begynne, ble det innhentet informert samtykke fra deltakere. Samtykket innbefattet at deltakerne ble tilstrekkelig informert om målene med studien, metoden, forskerens institusjonelle tilknytninger, forventede fordeler og potensielle risikoer, samt det ubehag deltakelsen kan medføre med tanke på temaer som behandles under intervjuene (Helsinkideklarasjonen, 2013). Deltakerne ble frivillig med i studien på bakgrunn av dette informerte samtykket.

Deltakerne mottok et informasjonsskriv (vedlegg 2) i forkant av intervjuet, og fikk mulighet til å stille spørsmål direkte til forskeren før intervjuet startet. Samtlige deltakere ble informert om deres rett til å nekte å delta i studien eller å trekke sitt samtykke til deltakelse når som helst, og uten noen form for konsekvenser eller gjengjeldelse. Det ble sikret at deltakerne hadde forstått informasjonen og hva deltakelsen innebærer (Helsinkideklarasjonen, 2013).

3.9.2 Deltakernes anonymitet

Ifølge Helsinkideklarasjonen (2013) skal deltakernes privatliv ivaretas, og deres personopplysninger skal sikres konfidensialitet. Alle forhåndsregler ble tatt for å sikre og beskytte personvernet til deltakerne. Data fra intervjuene ble kodet slik at sitater ikke kan gjenkjennes eller koples til deltakerne av leserne av studien. Data blir oppbevart og håndtert på en sikker måte. Samtlige digitale verktøy som disponeres i løpet av studien er kryptert slik at ingen av enhetene kan åpnes uten passord. Håndskrevne notater og utskrifter er til enhver tid innelåst, det samme gjelder digitale verktøy som datamaskin, diktafon og minnepenn.

Siden studien omfatter helsepersonell ved et av Norges universitetssykehus og hvordan disse ansatte utfører sin arbeidspraksis på sykehuset, ble det søkt om godkjenning av prosjektet til Personvernombudet ved det aktuelle sykehuset (Referansenummer: 2019/16653 – 132779/2019). Søknaden ble godkjent uten innvendinger den 16.10.2019. Etter drøftelse med veileder og fagsjef for helsefaglig forskning ved det aktuelle sykehuset, ble det konkludert med at det ikke var nødvendig å søke verken Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller Norsk senter for forskningsdata (NSD).

For å sikre deltakernes anonymitet ble alt av innsamlet datamateriale, både intervjuene og informasjon om deltakerne, avidentifisert. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deltakerne i det publiserte materialet. Deltakernes skriftlige samtykke, informasjonen om deltakerne og

selve intervjuene ble oppbevart på kryptert datamaskin og minnepenn som til enhver tid var innelåst. Intervjuene ble slettet fra diktafonen etter transkribering.

For å sikre deltakernes anonymitet er ikke det aktuelle sykehuset navngitt. Logoer og navnet på sykehuset er sensurert i vedleggene.

3.9.3 Risiko og belastning for deltakerne

På grunn av at forskning i mange tilfeller involverer en viss belastning og risiko for deltakeren, skal slik forskning kun gjennomføres dersom viktigheten av målet med studien er mer tungtveiende enn byrdene og risikoen. Forskeren må vurdere hvilken risiko og belastning studien kan medføre, før forskningen iverksettes. Risiko og belastning skal stå i forhold til forventede fordeler deltakelsen innebærer (Helsinkideklarasjonen, 2013).

Da denne studien omfatter helsepersonell som deltakere, og ikke sårbare grupper som pasienter, ble det vurdert at risikoen i forbindelse med deltakelse var svært lav. Det vurderes ikke som belastende for helsepersonell å besvare spørsmål om deres erfaringer og praksisutøvelse rundt ettersamtaler med pasienter. Tiltakene omtalt i kapittel 3.9 ble likevel gjennomført for å minimere risikoen. De potensielle fordelene deltakelse i denne studien kan ha, er at deltakerne forhåpentligvis kan bruke sin erfaring fra deltakelsen til å reflektere over sin praksisutøvelse i fremtiden.

4.0 Presentasjon av funn

Funnene som blir presentert i det følgende vil forhåpentligvis bidra til å gi en bedre forståelse av helsepersonells erfaringer med ettersamtaler med pasienter ved bruk av skjerming i psykisk helsevern. Funnene tilhørende hvert av de tre forskningsspørsmålene vil bli beskrevet utfra de temaene som har kommet frem i analysen.

Faktorer helsepersonell erfarer som betydningsfulle for gjennomføring av ettersamtale ved bruk av skjerming:

Analysen resulterte i at disse faktorene kan deles inn i følgende tre tema:

1. Tidspunkt med hensyn til pasientens tilstand og funksjonsnivå
2. Relasjonen mellom pasient og helsepersonell og helsepersonellets rolle overfor pasienten
3. Helsepersonellets opptreden

Hvordan helsepersonell erfarer pasientenes motivasjon for ettersamtale ved bruk av skjerming, og hvordan de forstår dette:

1. De fleste deltakerne erfarte at pasientene var tilbakeholdne og viste motstand til gjennomføring av ettersamtale. Helsepersonell forstår dette slik:
2. Manglende forståelse og interesse og opplevelse av nytteløshet
3. Ettersamtalene fremkaller ubehag og pasientene oppfattes fremtidsfokuserete

Hvordan helsepersonell erfarer verdien av ettersamtaler ved bruk av skjerming for pasienter og helsepersonell:

Analysen resulterte i at verdiene av ettersamtaler kan deles inn i følgende tre tema:

1. Brukermedvirkning som kan bidra til læring og forebygging
2. Reparere relasjon og styrke identitet ved å redusere stigma
3. Praksisfjern prosedyre

4.1 Hvilke faktorer erfarer helsepersonell som betydningsfulle for gjennomføring av ettersamtale ved bruk av skjerming?

4.1.1 Tidspunkt med hensyn til pasientens tilstand og funksjonsnivå

Deltakerne fortalte om betydningen av å tilby og gjennomføre ettersamtalen på «rett» tidspunkt, og at både gjennomføring for tett på skjermingen og for lenge etter, kan by på utfordringer og i ytterste konsekvens føre til at pasientene ikke ønsker å delta i ettersamtalen. Deltakerne virket å være noe splittet i sin oppfatning av hvilket tidspunkt som er best egnet for ettersamtale, hvorvidt det er best å gjennomføre den så raskt som mulig, eller etter at pasienten har fått «landet» etter skjermingen. Analysen viste at hva deltakerne oppfattet som beste tidspunkt for å tilby og gjennomføre ettersamtale, i svært stor grad henger sammen med pasientens tilstand og funksjonsnivå.

En lege fortalte følgende:

«...de samtalene som jeg synes har fungert best er de som egentlig skjer ganske tett opptil for da husker pasienten bedre og har mer erfaringer rundt det.» (7)

Det kan ifølge deltakerne være vanskelig å finne «riktig» tidspunkt for gjennomføring av ettersamtaler. Mens de på den ene siden forteller om betydningen av å gjøre det raskt etter

hendelsen, og på den andre vektlegger viktigheten av å gi pasienten tid, presenterte en psykiater følgende utfordring med tanke på tidspunkt for ettersamtale.

En psykiater sa:

«Vi gjennomfører det (ettersamtale) så fort pasienten er tilgjengelig for det. (...) av og til trenger vi en måned, to måneder, for å få pasienten god og tilgjengelig for det, og å gjennomføre ettersamtale to måneder etter at det har skjedd, er, synes jeg er veldig sånn konfliktfylt både for pasienten og oss. Fort at det kan bli glemt og pasienten kan få reaktivert endel ting som de ikke var klar over. (...) Å snakke om noe som skjedde for en måned siden blir noe pasientene ikke kan forholde seg til, veldig ofte. Til og med nå når han er tilgjengelig, å snakke om de tidligere tvangsvedtakene som jeg har fattet blir veldig, veldig rart for han (en pasient)» (6)

Deltakerne var ikke samstemte om at gjennomføring av ettersamtale så raskt som mulig etter skjermingen er det mest hensiktsmessige.

En sykepleier sa:

«I retningslinjene og så er det noe om at man skal gjennomføre det fortest mulig. Og det tenker jeg er meningsløst. Da tror jeg ofte at man bare får motstand. (...) hvis du selv er i en krise, hvis du er i affekt (...) og det kom noen som skulle ta opp noe som du i utgangspunktet ikke vil ta opp, hvordan i all verden skal man da vente at vi får gode svar eller gode refleksjoner? Du er jo i affekt, det er jo ingenting som du kan jobbe med rasjonelt eller kognitivt» (5)

«Jeg synes beste tidspunkt for gode samtaler er kveld, natt, helg og helligdager. Alt utenom hverdag og travelhet på post. Det er jo alle de tidspunktene hvor det er lite folk på jobb, så sånn sett så skulle man tenkt at det var mer travelt, men min erfaring er i alle fall at det er omvendt, for da er det ikke så mye som skjer. Ellers, på dagtid for eksempel, (...) det er samtaler, ting som er satt opp, det er blodprøver, det er apotek som kommer, det er masse som skjer hele tiden. (...) jeg opplever at pasientene ikke er så tilgjengelige da. Men det tror jeg og handler om at da, du er liksom på samleband...» (5)

På spørsmål om hvorfor helsepersonell tror pasienter takker «nei» til ettersamtale, svarte en psykolog:

«...den første årsaken tenker jeg er at folk ikke har landet slik at de klarer å reflektere på en grei måte» (4)

En annen psykolog sa:

«...de må få lov til å være i en prosess og bearbeide ting litt og at det er litt sånn rom for det» (2)

4.1.2 Relasjonen mellom pasient og helsepersonell og helsepersonellets rolle overfor pasienten

Relasjonen mellom helsepersonellet som tilbyr og gjennomfører ettersamtalen, og pasienten, er etter helsepersonells erfaringer av betydning for om pasientene ønsker å gjennomføre ettersamtale. Også helsepersonellets rolle overfor pasienten oppfattes som betydningsfull. Flere av deltakerne fortalte om hvordan mange pasienter lettere åpner seg for miljøpersonalet enn for behandleren.

En lege sa:

«...for endel pasienter så har de lettere for å åpne seg til miljøpersonalet enn hva de gjerne har til behandlerne. (...) de endrer seg litt i måten de er på, og blir litt mer lukket når de snakker med behandleren. Og at de gjerne snakker litt mer åpent med miljøpersonell, som de gjerne føler at de kjenner bedre og gjerne har en bedre allianse til» (7)

En sykepleier setter seg selv inn i situasjonen til en pasient som blir tilbudt ettersamtale etter endt skjerming, og sier følgende:

«...hvorfor skulle jeg fortalt noe som var veldig sårbart hos meg til en person som nesten ikke har vært der? En person som jeg ikke har noen relasjon til? (...) Det er noe med det å bruke de som kjenner pasientene og som har en relasjon til dem» (5)

En annen sykepleier fortalte:

«Jeg tror jeg er ganske oppmerksom på hva slags relasjon jeg har til pasienten. (...) selv om jeg kanskje er primærkontakt så betyr det gjerne ikke at jeg er den personen i teamet som har

den beste relasjonen til pasienten. Så hvis jeg føler det så ber jeg gjerne en kollega av meg ta den samtalen» (1)

Mens seks av syv deltakere fortalte om deres erfaringer med å «spille på» helsepersonellens relasjon til pasienten for å få pasienten med på å gjennomføre ettersamtale, presenterte en psykiater et annet syn på problemstillingen. Vedkommende mente at av hensyn til tidspress i behandlernes arbeidshverdag, hadde det vært en fordel om miljøpersonalet kunne gjennomføre ettersamtalene. Men på den andre siden erfarte psykiateren at en ettersamtale potensielt kan skade relasjonen mellom pasienten og helsepersonellet, og at det derfor er viktig at ettersamtalen gjennomføres av behandleren og ikke miljøpersonalet.

Psykiateren sa:

«(...) miljøpersonalet har en annen rolle i forhold til pasienten. De (miljøpersonalet) skal være med pasienten hele tiden, de skal ikke måtte gå inn i konflikter med pasienten som gjør at de ikke kommer i posisjon til å hjelpe de i det daglige.» (6)

4.1.3 Helsepersonellens opptreden

Helsepersonellens opptreden overfor pasientene åpenbarte seg som en faktor for hvorvidt helsepersonell erfarte at pasientene ønsker å delta i ettersamtaler eller ikke. Denne opptreden gjelder ikke bare når helsepersonell tilbyr ettersamtalen, men på mer generell basis, gjennom pasientens opphold på sengeposten. En sykepleier fortalte om betydningen av å prioritere pasienten når det er ledig tid:

«...jeg tror det kanskje handler om tid og tilstedeværelse. (...) de merker om du tar deg tid. Så hvis du tar deg tid og ikke gjør andre ting og sitter på vaktrommet og skriver eller gjør andre ting, så ja, jeg tror det er det som har noe å si. (...) de vil jo ha kontakt. Og hvis du da ikke prioriterer dem når de er rolig, så hvorfor i søren gidder de (å ha ettersamtale) da? Jeg hadde ikke giddet det.» (5)

Flere av deltakerne snakket om betydningen av å vise interesse for pasientens opplevelse og perspektiv, så vel som å ha en utforskende og «nysgjerrig» holdning til pasienten.

En sykepleier sa:

«...så det at du skal komme da med et papir (...), du setter jo bare opp en mur (...), de er allerede sint på et system også kommer du med enda et papir (...), du ber jo om å bli kastet på dør. Jeg tenker det må jo være noe som kommer naturlig. Og jeg tenker at pasienten må få en opplevelse av at du har et genuint ønske om å faktisk endre noe. De fleste som opplever tvang, de opplever at systemet ikke er ydmykt, ikke lytter på dem, og vi har jo en autoritet, en makt, (...) det er en maktforskjell. (...) jeg tror det er veldig viktig å på en måte gå inn med litt, at du har en annen agenda da, at det er noe som kommer naturlig» (5)

En psykiater sa:

«Det er ofte å ha et åpent spørsmål hvor de kan, hvis de har noen refleksjoner rundt det, at de sier det.» (6)

Og en sykepleier sa:

«Jeg spør om jeg kan få snakke med de også (forklarer jeg) hva det handler om, også bare spør jeg hvordan de har opplevd det å være på skjerming og spør om det er noe vi kunne gjort annerledes.» (1)

4.2 Hvordan erfarer helsepersonell pasientenes motivasjon for ettersamtale ved bruk av skjerming? -Og hvordan forstår de dette?

4.2.1 Helsepersonell erfarer at pasientene er tilbakeholdne og viser motstand mot ettersamtaler

Seks av syv deltakere fortalte at de nesten utelukkende opplever pasientene som tilbakeholdne og at de viser motstand mot å snakke om skjermingen.

En lege sa:

«Jeg synes de er tilbakeholdne, at en må dra informasjonen ut av de. (...) Jeg har mest erfaring med at pasientene ikke vil ha sånne samtaler. (...) ...veldig ofte så har jeg blitt avvist, at de ikke har villet snakke om det» (7)

«...at de avviser det (ettersamtale) litt eller at de bagatelliserer litt det som skjedde (skjermingen) også er de ikke interesserte i å snakke om det» (7)

En psykolog sa:

«Noen ganger når vi har prøvd (å gjennomføre ettersamtale) så blir det heller at pasienten blir provosert av det og ikke er innstilt i det hele tatt. (Pasientene) vil ikke gå inn på det...» (4)

En sykepleier sa:

«Også er det jo endel som egentlig ikke ønsker det (ettersamtale) også, sant. At de er ferdige med det liksom...» (3)

Og en psykolog sa:

«...de (pasientene) er ikke så opptatt av å snakke med oss om at de har vært på skjerming» (2)

En sykepleier hadde en annen erfaring med pasientenes motivasjon til deltakelse i ettersamtaler:

«...de fleste er jo oppegående vanlige folk, og når de får lagt det frem så... jeg har aldri opplevd at en person ikke har lyst til å ha ettersamtale» (5)

4.2.2 Manglende forståelse og interesse og følelse av nytteløshet

Resultatene fra analysen antyder at helsepersonell forstår denne tilbakeholdenheten og motstanden mot å delta i ettersamtaler som et resultat av pasientens manglende forståelse og interesse for hensikten med samtalen, samt at pasienten opplever ettersamtalene som nytteløse.

En lege sa følgende:

«...vi prøver jo i alle fall å tilby pasientene det (ettersamtale), men problemet er jo at de ikke alltid ønsker å snakke om det, og det er gjerne min erfaring, at ofte så er de ikke interesserte i å snakke om det» (7)

Legen fortalte videre om usikkerhet rundt om pasientene forstår ettersamtalens mål og hensikt.

Legen sa:

«...jeg vet ikke helt om pasientene alltid heller helt forstår hva vi ønsker, eller hva vi ønsker å snakke om. (...) jeg føler ikke helt de (pasientene) har den forståelsen for hvorfor vi gjør dette

(ettersamtale). (...) pasienten ønsker ikke å ha samtale med oss som behandlere, de synes det blir masete. De vil heller være i fred» (7)

En psykiater fortalte:

«Det er litt rart, men ja, føler liksom at de ikke klarer å forholde seg til det som har skjedd. På et sånt vis at de ikke husker, og ikke, ja ikke var tilstede når det skjedde, veldig ofte (...). Det virker ikke som de er redde for å snakke om det, men mer: «Hvorfor kommer du og snakker om det?...» (6)

Utover manglende forståelse og interesse for å gjennomføre ettersamtale, erfarte helsepersonell at det også var andre elementer som hadde innvirkning på hvorfor pasientene er tilbakeholdne og viser motstand.

En lege sa:

«Enten så har pasienten ikke villet ha samtalen, eller så har de vært enige i de tiltakene. At de mener selv, de tenker selv at det har vært nødvendig (med skjerming) (...) Og at jeg gjerne ikke føler at de svarer ærlig rundt situasjonen» (7)

På spørsmål om hvorfor helsepersonell trodde pasienter ikke ønsker ettersamtale, sa en sykepleier:

«Sinne, frustrasjon, at de opplever maktovergrep, og at de ikke gidder engang å gå inn på det fordi de har en opplevelse av å ikke bli hørt på i utgangspunktet» (...) hvorfor skulle jeg (som pasient) gjøre det (ha ettersamtale) hvis jeg ikke har tiltro til at de lytter til meg? Hvis du tror at personen ikke hører på deg, hvorfor skal du da gidde å si noe? Hvorfor skal du da gidde å evaluere noe?» (5)

4.2.3 Helsepersonell oppfatter at ettersamtalene fremkaller ubehag hos pasientene og pasientene oppfattes fremtidsfokuserte

En annen faktor helsepersonell oppfattet som årsak til at pasientene var tilbakeholdne og viste motstand mot ettersamtale, var deres erfaring med at ettersamtalene kan fremkalle et visst ubehag hos pasientene. Ettersamtalen kan fremkalle vanskelige følelser hos pasientene, og

helsepersonell oppfatter at pasientene ikke ønsker å gå tilbake i tid for å snakke om tvangshendelsen, de ønsker heller et fremtidsfokus.

En lege sa:

«Ofte så tenker jeg (...) at de ikke er interessert, de er ikke interessert i å snakke om det som skjedde og jeg gjerne føler at det , de kanskje kjenner på et ubehag gjerne, gjerne over hva som skjedde i de situasjonene» (7)

En sykepleier sa:

«...når de ikke ønsker det (ettersamtale) i utgangspunktet, så er det jo fordi at de har dårlige erfaringer med bruk av tvang og de opplever det som et overgrep og det er veldig vanskelig for de å forholde seg til» (5)

En psykolog sa:

«Noen er gjerne skamfulle, de er ikke helt klar for det, de må gå noen runder hjemme og tenker «hva var det som skjedde?», men det ligger endel sånn skamfølelse» (2)

En sykepleier fortalte om hvordan noen pasienter blir frustrerte når skjermings situasjonen tas opp:

«Også blir noen frustrerte når man bringer det opp igjen. Spesielt de som er uenige og som ikke ser at de har hatt behov for det. (...) når de er på skjerming så er de jo på sitt sykeste, så det er jo selvsagt en veldig vond periode for dem. Også når de ikke selv mener at de er syke så er det kanskje enda vondere å skulle gå gjennom alt det igjen» (1)

Noen av deltakerne fortalte at pasientens fokus i mange tilfeller er å se fremover, og ikke tilbake på skjermingen. Noen vil bare beklage og gå videre. En psykiater sa følgende:

«De (pasientene) har heller lyst til å ta opp om jeg (pasienten) får gå på permisjon eller få utgang, isteden for å snakke om dette skjermingsvedtaket. Det er den neste, frem i tid-behandlingen som er viktigere for de enn å snakke om det som har vært» (6)

En psykolog sa:

«...pasientene er ikke der at de ønsker å diskutere det eller ha en samtale om det, da ønsker de bare, når det har roet seg: «beklager» eller et eller annet, de vil ikke snakke om det. (...) de vil ikke gå inn i det igjen. For ofte tenker man at det er forbi, skjedd har skjedd, vil ikke tenke på det og ser fremover» (4)

En sykepleiers utsagn bekrefter erfaringen til de overnevnte:

«Også er det jo endel (pasienter) som egentlig ikke ønsker det også, sant. At de er ferdige med det liksom (...) Men jeg tror også pasienter som generelt på en måte ikke vil snakke om det, at det er en vanskelig tid på et vis: «nå er jeg ferdig, nå vil jeg videre», ja» (3)

4.3 Hvordan erfarer helsepersonell verdien av ettersamtaler ved bruk av skjerming for pasienter og helsepersonell?

Samtlige deltakere var enige om at gjennomføring av ettersamtaler med pasienter er en grunnleggende god ide. Elementer som brukermedvirkning, forebyggende tiltak, læring og restaurering av relasjon og redusering av stigma knyttet til skjermingen, var de verdiene av ettersamtaler som gikk igjen i analysen av datamaterialet. Likevel var flere av deltakerne tydelige på at prosedyren rundt ettersamtaler er svært praksisfjern og mangler rom for individualisering og tilpassing.

Noen av deltakerne hadde den oppfatning at ettersamtaler er viktigere å gjennomføre etter bruk av fysisk tvang, enn ved skjerming. En psykiater fortalte at skjerming ikke er et av de mest inngripende tvangstiltakene, og at pasientene ofte ikke opplever skjerming som et stort «problem». Psykiateren mente at skjerming ikke er traumatisk for pasientene i samme grad som beltelegging, tvangsmedisinering og fastholding. De fysiske og mekaniske tvangsmidlene ble oppfattet som mer inngripende på kropp og sjel, enn hva skjerming er. Dette oppfatningen støttes av en annen deltaker. En psykolog fortalte om en opplevelse av at skjerming brukes i liten grad, og at pasientene ikke reagerer «så voldsomt» på å bli skjermet. Det pasientene derimot reagerer på, er å bli lagt i belter, holdt, hindret eller ført steder.

Selv om noen av deltakerne uttrykte deres erfaringer med skjerming som mindre inngripende enn andre tvangsmidler, var samtlige enige om at ettersamtaler er viktige og kan være verdifulle også ved bruk av skjerming.

4.3.1 Brukermedvirkning som kan bidra til læring og forebygging

Deltakerne var enige om at en av verdiene av ettersamtaler med pasienter er at det er en del av pasientens rett til medvirkning. I mange tilfeller snakket deltakerne om medvirkning i sammenheng med at ettersamtalene kan være et potensielt forebyggende tiltak for nye skjermingssituasjoner.

En lege sa:

«...når en gjerne har en samtale med pasienten så spør en pasienten om han har lyst til å snakke om det som gjorde at en var nødt til å fatte vedtak om skjerming, og litt og for å høre om det er ting som pasienten har tanker rundt, og om det er ting som kunne blitt gjort annerledes. (...) Og om det er noe de tenker som kunne forhindre at en måtte bruke skjerming. (...) at det forhåpentligvis er mulighet for å kunne forhindre det dersom pasienten blir innlagt på ny eller at han er i forverring igjen. At en kan få informasjon fra pasienten om muligheter til å forhindre, gjøre andre tiltak istedenfor» (7)

En sykepleier sa:

«...den viktigste medvirkningen er jo at hvis de sier ja til det (ettersamtale), at de kan være med å medvirke til sin egen behandling i fremtiden hvis de kommer tilbake igjen.» (3)

En annen sykepleier sa:

«Jeg synes det er viktig for pasienten at vedkommende vet hvorfor vi gjør som vi gjør. Også synes jeg det er veldig viktig at pasienten får mulighet til å uttale seg. Selv om det ikke er mye som de har anledning til å bestemme selv når de er på skjerming, at de likevel kan få litt å si. Så ikke de føler seg alt for overkjørte, og føler at alt liksom bare har blitt tatt fra dem. Så de fortsatt har litt autonomi igjen» (1).

I andre tilfeller snakket informantene om deres ønske om å få fatt i informasjon som kan brukes forebyggende i den videre behandlingen, mens det i endel tilfeller er vanskelig å få pasienten til å sette ord på disse tiltakene selv.

En psykiater fortalte:

«Jeg kan nevne et eksempel. Jeg har hatt en som (...) har vært på skjerming, og vi har tatt endel tvangsvedtak på han fordi at han var veldig dårlig. Og han utagerte veldig ofte og tålte

lite stimuli. Det gutten, i ettersamtalen jeg hadde med han, i den fasen, det han alltid sa var at han var veldig beklagelig i forhold til det som hadde skjedd, i forhold til sin atferd, og når jeg, det neste spørsmålet: «Hva kunne vi gjort i det tilfellet der du utagerte?» «Hva kunne vi gjort annerledes for at det ikke går så langt?» «Nei, det er veldig enkelt, jeg skal slutte å gjøre det jeg gjør.» At han skulle slutte med det han holder på med, med å utagere. Så hans svar var alltid: «Jeg skal slutte med det, det skal ikke skje igjen». Også skjedde det på nytt igjen, for han var såpass dårlig. (...) han hadde ikke noen synspunkt på hva vi kunne gjøre for å unngå dette her. (...) Og da blir det jo på sett og vis veldig enkelt, men samtidig veldig unyttig. (...) refleksjon rundt hva som kunne bli gjort annerledes, det hadde han ikke.» (6)

En sykepleier fortalte om hvordan man kan henvise til tidligere gjennomførte ettersamtaler når pasientene er i forverring og tvangstiltak vurderes iverksatt.

Sykepleieren sa:

«...jeg tenker jo at en kan bruke det (ettersamtalen) sånn aktivt, sant, inn i kriseplan, inn i behandlingsplan. (...) Sånn som nå så fikk vi inn en pasient (...) Så gikk vi tilbake i tid og så i kriseplanen. «Hva er det vedkommende trenger?» Selv om han på en måte ikke mener det nå, sant, så har han skrevet selv: «Når jeg blir dårlig, vær så snill, ta meg inn på skjerming, skjerm meg og gi meg medisiner. (...) Fordi at når de på en måte blir for dårlige, så mister de selvinnsikten. (...) når du da på en måte har det svart på hvitt så kan du ta det med inn til vedkommende og si: «Vet du hva, hør en ting. Når du var god så sa du noe helt annet. Da kommer vi til å gjøre det». Og det er mye enklere å stå i (...). Og kanskje det er lettere for pasienten å ta det og, sant.» (3)

Det å lære av tidligere skjermingssituasjoner var noe samtlige deltakere erfarte som en verdi ved ettersamtaler. Både at helsepersonell kan hjelpe pasientene til å forstå hvorfor skjermingen ble vedtatt og at helsepersonell kan lære av å samtale med pasientene om deres opplevelse rundt skjermingen.

En sykepleier sa:

«Det er jo læring i det. Jeg føler i alle fall at jeg har lært av det selv. (...) jeg tenker at det jeg gjør, gjør jeg jo selvfølgelig i hensikt om at det skal være god omsorg i det og god behandling i det jeg gjør. Men det er jo ikke alltid det er det (...). Fordi at vi er forskjellige, vi har

forskjellige behov. (...) læringen i det, for begge parter (...). Det vil jeg si at er det viktigste.»
(3)

En lege sa:

«...jeg tenker jo det er veldig bra at vi har en sånn samtale og litt for å forklare, jeg tenker i etterkant for pasienten og, litt hva det var som førte opp (til skjermingen), at en gjerne får en fellers forståelse for det.» (7)

En psykolog sa:

«Hvis pasienten selv ikke er klar over det så tenker jeg det er veldig greit å formidle til pasienten hvordan andre opplever han eller henne. Hvis pasienten ikke selv tror det er så voldsomt, ikke sant. Eller at han eller hun opplever det på en helt annen måte.» (4)

4.3.2 Reparere relasjon og styrke identitet ved å redusere stigma

Flere av deltakerne fortalte om betydningen av å snakke om tvangsbruken i den hensikt å forsøke å reparere skadde relasjoner, og å hjelpe pasienten til å styrke sin egen identitet ved å bidra til å redusere stigma.

En sykepleier sa:

«...det er litt det her med å rydde opp eller få en forsoning, sant, hvis det har vært noe som har vært veldig vanskelig. (...) jeg tenker at vi kan ikke tvinge noen til det, men jeg tror at hvis den ansatte som har vært tilstede, hvis det har vært en spesiell ting som har hendt, og for pasienten sin del så tror jeg jo det er veldig viktig. Jeg tror det er viktig å på en måte rydde opp og forsoning seg sånn at når en på en måte skal skrives ut fra sykehuset, at det skjer på en verdig og god måte, sant. Også tror jeg det er viktigere at pasienten har æren i behold enn at vi har det» (3)

En psykolog sa:

«Jeg tenker at jeg i alle fall ikke har lyst til at noen pasienter skal gå ut herfra og føle at det var skamfullt å være på skjerming. (...) det er sånn det er å være syk noen ganger. (...) At de kan i alle fall slippe å gå ut fra sykehuset og ha traumer. Og ha en følelse av at de ikke vil søke hjelp igjen, for eksempel. (...) Spesielt vi som er en sånn post der de kommer inn igjen når de blir syke, at de ikke skal grue seg til å treffe igjen enkelte. (...) For det handler jo så

mye om relasjonen. Hvis vi skal få en god relasjon så må vi ordne opp i disse flokene. Og det er jo floker, når vi invaderer folk. Så hvis vi skal få noen ting til så må vi liksom gjøre det (ha ettersamtaler)» (2)

En psykiater fortalte om hvordan det å formidle til pasienten at man som helsepersonell bryr seg er den største og viktigste verdien ved ettersamtaler:

«Det viktigste fra mitt ståsted vil nok være at jeg bryr meg. (...) det jeg kommuniserer til pasientene mine er at jeg faktisk bryr meg og at dette ikke er noe jeg fatter lett... Så om pasientene da på et eller annet nivå kan skjønne det, så håper jeg det er det som kommer gjennom. Det er det som er sånn nytteverdien med det.» (6)

Det å formidle til pasientene at deres potensielle negative følelser knyttet til oppholdet på skjerming, er normale og ikke noe å skamme seg over, var noe flere av deltakerne trakk frem som en av verdiene med ettersamtaler.

En psykolog sa følgende:

«...jeg sier ofte at hvis jeg merker at de ikke helt har lyst til å åpne seg fordi det er gjerne litt for raskt etter de har blitt gode, for da kan det være litt sårt og vanskelig, men da pleier jeg alltid å si hva som er normale reaksjoner, og hvordan det har føltes for andre pasienter. Prøve å tone det ned, ikke gjøre det så dramatisk for den pasienten. Bare si at «Det er mange (som opplever det samme), og at sånn og sånn er vanlig å gjøre, og vi tåler det meste, det er ikke noe å være skamfull for, det er sykdom»...» (2)

En sykepleier sa:

«Min erfaring er at det er, du får en helt annen relasjon til pasienten, som påvirker videre behandling, også videre behandling hvis de kommer inn igjen. (...) Men jeg tenker den største nytteverdien tenker jeg egentlig handler om det å bygge relasjon og det å gi pasienten en annen oppfatning av seg selv og en annen oppfatning av seg selv i systemet. (...) pasienten kommer inn neste gang også er det ikke så ille. Og det er ikke så ille fordi at «forrige gang så følte jeg at jeg ble lyttet til». Jeg tenker det viktigste er at pasienten skal få en annen opplevelse (...), eller en opplevelse av verdi. Utover det så tenker jeg at de andre tingene ikke er så veldig viktig. (...) det handler om deres egen verdi. Det er det viktigste med en ettersamtale.» (5)

4.3.3 Praksisfjern prosedyre

Deltakerne skilte på den teoretiske og praktiske verdien av ettersamtaler. Noen av deltakerne beskrev rutinen rundt gjennomføring av ettersamtaler som praksisfjern. Selv om samtlige deltakere mente at hensikten med ettersamtaler med pasienter er god og nyttig for begge parter, savnet de rom for individuell tilpasning. Deltakerne var tydelige på at de erfarer nytteverdien av ettersamtaler som god i teorien, men at det sjeldent kommer noe konstruktivt ut av dem som de kan bruke i videre behandling.

En psykiater beskrev det slik:

«Det jeg tenker er at den lovpålagte greia her har ikke sett realiteten i hvilke pasienter vi møter, hvis jeg skal være helt ærlig. (...) lovverket er bra for det sikrer jo pasientsikkerhet, men gjerne ikke så veldig matnyttig i forhold til behandlingen der og da. Det blir nok litt vanskelig å lage et lovverk som rommer alle disse aspektene med det, så det er nok det realiteten er, at disse ettersamtalene kan være veldig ofte, som regel er veldig lite matnyttig i forhold til pasienten og oss og videre behandling, men det betyr ikke at det av og til ikke kan komme noe veldig nyttig ut av (det), god læring for oss. Så jeg har tro på de (ettersamtalene), men samtidig så, 90% av de kan være ganske unyttige. Og jeg vil si det at det blir gjennomført fordi det er lovpålagt, men ikke fordi det er så veldig matnyttig for videre behandling» (6)

Psykiateren problematiserte den stramme lovgivningen og rutinen for ettersamtaler og sa:

«Det å lage en sånn etter punkt og prikke en retningslinje, til og med et lovverk, er umulig synes jeg. (...) dette er jo lovpålagt som vi skal etterkomme, men igjen så ser vi jo at det er umulig å skreddersy det til alle pasientene mine. Inntil videre nå så føler jeg at det er ikke store endringer eller bedringer i pasientbehandlingen, eller endring i forhold til behandling som har skjedd (...). Praksisen rundt det er endret, men ikke det tilbudet vi tilbyr nødvendigvis, eller måten, praksisen i forhold til hva vi gjør med ettersamtaler» (6)

En lege fortalte om sine fraværende erfaringer av at ettersamtalene kan føre til at helsepersonell endrer sin praksis. Legen sa:

«Min erfaring er at jeg føler ikke en har brukt så mye av den informasjonen som har kommet frem, videre. Men frem til nå har jeg heller ikke erfart at det har kommet frem så mye

informasjon som jeg tenker jeg har kunnet bruke ved senere anledninger, som vil endre måten vi gjør ting på. Jeg tror nok dessverre at de notatene (ettersamtalene) forsvinner litt ned i rekka (...). Jeg håper jo at de (vedtaksansvarlig) gjerne ser på tidligere ettersamtaler. At de blir gjennomlest.» (7)

En sykepleier fortalte om hvordan den tiltenkte hensikten med ettersamtalene i mange tilfeller forsvinner i kravet om dokumentasjon:

«Masse som vi gjør som handler om at det skal se ut som vi gjør en god jobb, ikke at vi ikke gjør en god jobb (...) Men jeg tenker det handler om å gardere seg. Og vi skal kunne, hvis det kommer klager og hvis fylkesmannen, alle systemene handler jo om det i dag. Om at man skal gå inn og ta kontroller og alt skal være dokumentert. Det skal være så mye dokumentert at vi ikke skal trenge å snakke med pasientene. Du har jo ikke tid, tid til å sitte med pasientene fordi du skal skrive rapport. Og da blir det jo helt meningsløst. (...) jeg tror man hadde kommet mye lenger med å jobbe med kommunikasjon, relasjon og holdningsarbeid. Kontra å sitte og opprette rutiner og registrere at vi har hatt ettersamtaler. At det dokumentet er så viktig liksom. Det er ikke det som er viktig» (5)

En psykolog sa:

«Hensikten bak er god, men hva kommer det egentlig ut av det i siste instans, sant...? (...) Det blir egentlig ikke snakket så veldig mye om de der ettersamtalene synes jeg, nei.» (4)

5.0 Diskusjon

Jeg vil nå diskutere funnene i lys av den teoretiske referanserammen, tidligere forskning og annen relevant litteratur. Dette vil føre til en utvidet forståelse av funnene (Lindseth & Norberg, 2004).

5.1 Studiens funn

Studiens funn representerer både positive og mer negative sider av helsepersonells erfaringer med ettersamtaler med pasienter ved bruk av skjerming. Åpenbare positive funn er at deltakerne erfarte at ettersamtalene kan bidra til læring, kunnskapsutvikling og forebygging. Funnene om læring og forebygging samsvarer med Psykisk helsevernforordningen

som fastslår at formålet med ettersamtaler blant annet er læring og forebygging av nye «episoder» (Helsedirektoratet, 2017). Likevel viser statistikken over fattede skjermingsvedtak fra 2017 til 2018 en økning (Helsedirektoratet.no). Man kan undres over om denne økningen «kun» har å gjøre med at *alle* skjermingsvedtak pasienten motsetter seg nå er vedtakspliktig, eller om det tyder på at ettersamtalene ikke har den tiltenkte effekten i praksis. Ettersamtalenes mulige effekt på reduksjon av antall tvangstiltak, vil man antakelig ikke se før om noen år, men utenlandske studier viser at ettersamtaler har virkning som et tvangsreduserende tiltak (Whitecross, 2013).

Deltakerne fortalte om sin oppfatning av at pasientene ikke viser forståelse og interesse for hensikten med gjennomføring av ettersamtale. Man kan undres over denne manglende forståelsen og interessen for deltakelse. Det kan tenkes at informasjonen pasientene får om ettersamtalens hensikt ikke er godt nok tilpasset deres evner til forståelse. Ifølge Pbrl §3-1 skal medvirkningens form tilpasses hver pasients evne til å gi og motta informasjon. Helse Bergen har i samarbeid med blant andre Oda Søylen Djupevåg (24) revidert retningslinjene sine for ettersamtale med pasienter ved bruk av tvang i psykisk helsevern. Ett av forslagene var å bruke et mer muntlig språk. Djupevåg er tidligere pasient i Psykiatrisk klinikk i Sandviken, og er nå ansatt som erfaringskonsulent der hun, og andre erfaringskonsulenter, arbeider med å styrke brukerperspektivet. Som pasient savnet hun å snakke med noen med pasienterfaring (Helse Bergen, 2017). Deltakerne i denne studien omtaler rutinen for ettersamtale som praksisfjern. Det vil være nødvendig å undersøke hva som skal til for å tette gapet mellom den velmenende teorien og den noe mindre praksisverdien. Et viktig grep kan være å inkludere erfaringskonsulenter i utarbeidingen av slike rutiner. Bjørgen et.al. belyser i sitt ressurshefte «Alternativer til tvang. Sett fra et bruker- og fagperspektiv» betydningen av å inkludere erfaringskonsulenter i tvangsreduserende arbeid. En informant sa: «*Slike løsninger må designes nedenifra, fra brukere som selv vet best hva som virker. De som bare har lest seg til det, kan ikke gjøre det, det vil aldri fungere!*» (Bjørgen et.al., 2014, s.6).

Goffmans oppfatning var at pasientene var maktesløse og uten kontroll over sykehusets beslutninger (Goffman, 1961). Recoveryfilosofien og pasientens rett til medvirkning kan ses som svar på Goffmans kritiske teori. Brukermedvirkning fører til empowerment, og empowerment kan styrke pasientens identitet (Slade, 2017). Kanskje var Goffmans overdrivelse og ensidige presentasjon av «mentalsykehuset» nødvendig og svært betydningsfull for utviklingen av en psykisk helsetjeneste som i dag i mye større grad baserer seg på brukermedvirkning og et holistisk menneskesyn.

Samtlige av deltakerne erfarte brukermedvirkning som en verdi ved ettersamtalen. Pasientenes liv innenfor det psykiatriske sykehusets fire vegger preges av et skjevt maktforhold mellom pasientene og de ansatte. Dette har blant andre Goffman (1961) og Foucault (2007) beskrevet på 50-60-tallet, og det gjelder fremdeles den dag i dag, dog antagelig i mindre grad på grunn av brukerbevegelsen som har vokst frem i løpet av de siste 40 årene (Norvoll, 2016, s.94). På bakgrunn av at mange av pasientene i psykisk helsevern er innlagt på tvang, synes det som en utfordring å tilrettelegge for myndiggjørende praksiser og brukermedvirkning, hvilket forutsetter at frivillighet og eget ansvar vektlegges (Ibid, s.95). Ifølge Øye (2010) forstås brukermedvirkning i de senere årene som mer individrettet enn demokratisk og kollektivrettet, hvilket innebærer at den enkelte pasients ressurser, ønsker og behov vektlegges mer enn tidligere i psykisk helsearbeid.

Goffman berører det som kan være en annen grunn til at deltakerne i denne studien erfarer at pasientene ikke har forståelse for ettersamtalens hensikt. Han skriver: «*Any group of persons – prisoners, primitives, pilots, or patients – develop a life of their own that becomes meaningful, reasonable and normal once you get close to it.*” (1961). Kanskje det også handler om at helsepersonell ikke forstår pasientene? Alle mennesker er unike med sin historie og sitt perspektiv, hvilket gir seg utslag i ulike livsverdener. Dette innebærer at helsepersonellet ikke umiddelbart kan forstå pasienten uten å bruke tid på å utforske hvem han er.

Norvoll og Husum beskriver begrepet «forståelseskluft» i publikasjonen «Som natt og dag». Forståelseskluften illustrerer forskjellene i forståelse mellom misfornøyde pasienter og helsepersonell i tvangssituasjoner. For å forstå dette tok de utgangspunkt i pasientene og helsepersonellens livsverden, samt betydningsfulle faktorer for henholdsvis pasienters og helsepersonells perspektiv og opplevelse av tvangssituasjonene (Norvoll & Husum, 2011). Faktorer som kan påvirke helsepersonells forståelse av tvangsbruken er blant andre «generelle personlige verdier og oppfatninger, samt erfaringer, holdninger og følelser i møte med personer med psykiske vansker, profesjonelt kunnskapsgrunnlag/behandlingsfilosofi, rolle og rolleforståelse» (Ibid, s.7).

For å forstå hensikten med ettersamtaler ved bruk av skjerming vil det være nødvendig å være klar over og forstå de potensielle konsekvensene skjerming kan medføre. Noen av deltakerne hadde en oppfatning av at det er viktigere å gjennomføre ettersamtale ved bruk av fysiske og mekaniske tvangsmidler, enn ved skjerming. Likevel viser tidligere forskning at skjerming for mange pasienter resulterer i en rekke vanskelige og negative følelser (Happel & Koehn, 2011, Happel et.al. 2012, Hammervold et.al 2019, Goulet 2016, Whitecross 2004).

Ifølge Whitecross (2013) rapporterte 15 av 31 pasienter om traumesymptomer i tråd med PTSD som følge av skjermingen. Viktigheten av å utdanne helsepersonell om de negative konsekvensene skjerming kan medføre for pasienten, trekkes frem som essensielt. Også Huckshorn (2004) fastslår at skjerming kan føre til traumatisering og re-traumatisering. Det kan tenkes at deltakernes oppfatning av at skjerming oppleves som mindre inngripende for pasientene, har å gjøre med hvilken form pasientenes negative følelser gir seg uttrykk i. Det kan tenkes at de negative følelsene er mer synlige i en holdesituasjon eller under tvangsmedisinering, enn under skjerming.

Videre skriver Norvoll og Husum (2011) at følgende aspekt anses å inngå som viktige elementer i forståelseskjøften mellom helsepersonell og misfornøyde pasienter ved bruk av tvang: Ulike menneskesyn og «bilder» av pasientene, derunder respekt og verdighet, avstand mellom helsepersonell og pasient, reduksjonistisk menneskesyn, pasienten som sosialt individ og negative bilder av pasientene (Ibid, s.9-13). Deltakerne i min studie fortalte om hvordan deres oppreden overfor pasientene er av betydning for om de ønsker ettersamtale eller ikke. Tilstedeværelse, interesse og det å ta seg tid til å prioritere pasienten, var alle av betydning. Disse elementene er sammenfallende med recoveryfilosofien, og en slik tilnærming til pasientene baserer seg på en subjekt-subjekt-relasjon i et anerkjennende perspektiv (Barbosa da Silva, 2012).

Respekt for pasientens autonomi og verdighet er under angrep i en skjermingssituasjon (Pedersen & Nortvedt 2017, Hagen et.al. 2016). Deltakerne i min studie erfarte at det å hjelpe pasientene å redusere stigma etter opphold på skjerming, er en av verdiene ved ettersamtaler. Goffman (1963) hevdet at begrepet «normal» og «stigmatisert» ikke er betegnelser på mennesket i seg selv, men handler om perspektivet man har på mennesker. Helsepersonells oppreden og reaksjoner overfor pasienten kan bryte ned pasientens identitet og bidra til stigmatisering (Goffman, 1963), eller den kan være med å styrke identitet og redusere stigma. Derfor er det viktig at helsepersonell er bevisste på å møte pasienten med et anerkjennende perspektiv. Deltakerne fortalte om viktigheten av å hjelpe pasientene med å opprette eller gjenopprette et positivt selvbilde ved å redusere stigma. Ifølge deltakerne kan dette ha betydning for om pasientene oppsøker hjelp ved en senere anledning.

En annen verdi av ettersamtalen som ble identifisert i analysen, var at ettersamtalene kan bidra til å forebygge nye skjermingssituasjoner med samme pasient. Ifølge Whitecross (2013) tilbrakte pasientene bemerkelsesverdig færre timer på skjerming dersom de hadde gjennomført ettersamtaler etter tidligere tilfeller. Ifølge recoveryfilosofien er det viktig å minimere pasientens tap av personlig ansvar gjennom kriser (Slade, 2014). Skjerming er en

slik krise for mange pasienter. En av måtene helsepersonell kan bidra til å redusere pasientens tap av autonomi er å benytte forhåndsdirektiver (Ibid). Ettersamtaler kan være et slikt forhåndsdirektiv. En av deltakerne fortalte at det å referere til tidligere ettersamtaler når pasienten er i forverring, kan bidra til å dempe situasjonen. I en slik situasjon kan helsepersonell referere til pasientens egne ønsker. Slade poengterer viktigheten av at pasienten og helsepersonellet diskuterer uenigheter rundt skjermingssituasjonen før den oppstår. Jeg oppfatter at en slik tilnærming til pasienten, og slik bruk av ettersamtalene, bidrar til at pasienten i alle fall til en viss grad kan beholde sin «plass i førersetet» for sin behandling. Dette kan bidra til at pasientens verdighet bevares, da han kan få en opplevelse av at avgjørelsene ikke tas over hodet på han, men at hans synspunkt og stemme er av betydning.

Det at pasienten opplever fravær av ansvar over situasjonen han selv befinner seg i, kan ha negativ innvirkning på hans identitet, og det kan føre til tap av håp (Slade, 2017). Deltakerne fortalte at de oppfattet pasientene som tilbakeholdne, og at de viste motstand til gjennomføring av ettersamtale på grunn av manglende forståelse og interesse, og opplevelse av nytteløshet. Det at de opplever at pasientene opplever ettersamtalen som nytteløs kan tenkes å ha en sammenheng med pasientens manglende håp. CHIME-elementene i personlig recovery omfatter blant andre håp, identitet og empowerment (Leamy, 2011). For å hjelpe pasientene med disse nøkkelmomentene er helsepersonellens menneskesyn av stor betydning. Deltakerne fortalte om viktigheten av å formidle til pasienten at man bryr seg om dem. Dette kommer til uttrykk gjennom et anerkjennende perspektiv og er i tråd med recoveryfilosofiens mål for pasienter i kriser.

En annen faktor som kan tenkes å være betydningsfull for om pasientene ønsker å delta i ettersamtaler eller ikke, er at denne samtalen i mange tilfeller kan være et bilde på maktforskjellen som finnes i psykiatriske sykehus, slik blant andre Goffman (1961) og Foucault (2007) beskriver. Verken i lovverket eller i rutinen for ettersamtaler står det noe om at pasienten har rett til å ha med seg en «representant». Det er ikke uvanlig at ettersamtalene består av flere ansatte og én pasient. Dette kan ses på som et bilde på maktforskjellen, og det er heller ikke i tråd med en recovery-orientert filosofi. Det kan tenkes at pasienten opplever å være i en subjekt-objekt-relasjon i denne samtalen. Det kunne kanskje være hensiktsmessig for pasienten å ha med seg en støttespiller, en som pasienten *selv* oppfatter som støttespiller. Dette kan for eksempel være et personal han har god kontakt med eller en erfaringskonsulent (Ridley, et.al. 2018). Dersom pasienten opplever å befinne seg i en subjekt-objekt-relasjon med den som tilbyr ettersamtalen, kan det antas at pasienten opplever det som vanskelig å spørre om slik støtte selv. Som del av pasientens rett til medvirkning, jf. Pbrl §3-1, kunne med

fordel rutinen for ettersamtale fastslå at pasienten skal spørres om han vil ha med en representant i samtalen.

Samtlige deltakere trakk frem plikten til å tilby og gjennomføre ettersamtaler som en av verdiene ved ettersamtalene. Samtidig poengterte de at ettersamtalens faktiske hensikt i mange tilfeller drukner i dokumentasjonskravet, noe som kan tyde på at helsepersonell oppfatter prosedyren som praksisfjern. Dette kan ses på som ett av trekkene i det Goffman omtalte som «totale institusjoner». I *Asylums* skrev han at menneskelige behov blir håndtert byråkratisk og upersonlig (Goffman, 1961). Han sammenlignet pasientens reise i det psykiatriske sykehuset med prosessen et produkt går gjennom i en fabrikk. Det psykiatriske sykehusets ansatte er pliktig å dokumentere hva pasienten har gjort og blitt utsatt for, samt hvem som har ansvaret for det (Goffman, 1961, s.73). Videre snakker Goffman (1961, s.74) om hvordan de ansatte i totale institusjoner behandler pasientene som objekter. Dette kan sammenlignes med det som i recoveryfilosofien omtales som en subjekt-objekt-relasjon (Barbosa da Silva, 2012).

Deltakerne i min studie forteller om rigid lovgivning og rutiner for ettersamtaler. De forteller om manglende rom for individuell tilpasning til ulike pasientgrupper, men også, ikke minst, til hvert enkeltindivid. Psykisk helsevernloven fastslår at ettersamtalen skal gjennomføres så raskt som mulig etter at tiltaket er avsluttet, hvilket jo er et definisjonsspørsmål. Videre kan man undres over årsaken til at sykehusets rutine for ettersamtaler har fastslått blant annet tidsfrister for ettersamtalen. Gjennom prosessen med denne oppgaven har jeg undret meg over hvilket kunnskapsgrunnlag som foreligger for dette. Både Fisher (2003) og Huckshorn (2004) poengterer betydningen av å gjennomføre ettersamtalen mens pasienten har hendelsen friskt i minne. På den andre siden sier Everly (2000) at hensynet til om pasienten er mentalt klar for samtalen, må gå foran eventuelle lover og rutiner for når samtalen skal gjennomføres. Flere av deltakerne i min studie hadde erfaring med at pasientene trenger mer distanse til selve hendelsen før de var i stand til å snakke om den. Dersom tjenestene skal bygges på brukermedvirkning og myndiggjørende praksiser (Norvoll, 2016), er det naturlig å tenke at det bør tilrettelegges for bedre individuell tilpasning?

I denne studien oppfatter deltakerne at tidsfristene eksisterer for å sørge for at ettersamtalene blir tilbudt og gjennomført, men når helsepersonell har så brede erfaringer med at pasienter takker nei til ettersamtale, kan man undres om ordlyden i lovverket og rutinen er til det beste for pasienten, eller kun for sikring av gjennomføring og dokumentasjon. Tilbys og gjennomføres ettersamtalene fordi det er en plikt helsepersonellet er pålagt, jamfør «New

Public Management», eller fordi helsepersonell har et oppriktig ønske om å hjelpe pasienten og utforske hva som vil være best mulig behandling for hver enkelt pasient?

Goffman (1961) sier videre at pasienten blir frarøvet sin identitet under innleggelsen, jamfør pasientens moralske karriere. Ifølge recoveryfilosofien er tre av målene i krisehåndtering å minimere pasientens tap av personlig ansvar, opprettholde håp gjennom krisen og støtte pasientens identitet under og etter krisen (Slade, 2014). Deltakerne i denne studien fortalte om ettersamtalens verdi i å styrke pasientens identitet ved å redusere stigma etter opphold på skjerming.

Goffmans teori om totale institusjoner har møtt kraftig kritikk, og også deltakerne i denne studien forteller om en mer nyansert behandlingshverdag enn den Goffman presenterer. Levinson og Gallagher (1964) er blant Goffmans mange kritikere. De sier at hans teori om totale institusjoner fokuserer alt for mye på svik, tilintetgjørelsen av personens opprinnelige identitet og identitetsforandringen pasientene er utsatt for, og alt for lite på de terapeutiske og rehabiliterende funksjonene til «mentalsykehuset». Goffman anklages for å fokusere utelukkende på de ødeleggende karakteristikkene ved «mentalsykehuset», og å overdrive den negative siden av institusjonalisering. Hans teori innbefatter ikke pasientenes potensiale for tilfriskning. Med økende fokus på recovery-orientert praksis i dagens psykisk helsetjeneste nyanseres dette bildet.

Deltakerne i denne studien understreker relasjonen mellom helsepersonell og pasient, samt helsepersonellens opptreden, som betydningsfulle faktorer for gjennomføringen av ettersamtaler. De psykiske helsetjenestene har en særlig mulighet til å utøve makt og sosial kontroll overfor pasientene. Helsepersonellens mulighet til å utøve tvang, makt og kontroll kan i stor grad påvirke samhandlingen og relasjonen mellom helsepersonell og pasientene (Norvoll, 2016, s.74). Makt kan ifølge Grimen og Vågan (2008) medføre krenkelse, misbruk og for store begrensninger i pasientens frihet og autonomi. Krenkelse av pasienter kan blant annet forsterke den psykiske lidelsen og ødelegge tillitsforholdet og relasjonen mellom pasienten og helsepersonellet (Norvoll, 2016, s.75). I en skjermingssituasjon er makten mellom pasient og helsepersonell relasjonell, det betyr at makten gir seg uttrykk i konflikt, makt og motstandsmuligheter (Ibid, s.76). Makt avler motstand, og motstand er ifølge Foucault (2001) alltid en del av maktrelasjoner. Foucault mente at en viss form for frihet er en forutsetning for maktrelasjonen mellom helsepersonell og pasient. Det er friheten til å gjøre motstand som skiller makt og tvang. Makten forutsetter en potensiell valgfrihet til å nekte noe eller til å gjøre opprør (Norvoll, 2016, s.79). Når pasienter føler seg undertrykt og maktesløse, som de ofte gjør i en tvangssituasjon, kan de reagere ulikt, for eksempel ved aggresjon eller

tilbaketrekking (Ibid). Maktbruk i tvangssituasjoner kan føre til at pasientene ikke lenger tror de har noe valg (Gudbrandsen 1999, Hernes 1975). Dette kan tenkes å være en forklaring på at deltakerne opplever at pasientene viser motstand til ettersamtalen, og at de erfarer at pasientene opplever rutinen som nytteløs. Her vil helsepersonellens opptreden overfor pasientene ha stor betydning for om helsepersonellet lykkes i å motivere pasienten til deltakelse. Ifølge Grimen (2007) og Norvoll (2007) vil tillitsforholdet mellom pasienten og helsepersonellet ha betydning for pasientens avmaktsopplevelse, da tillit bidrar til økt tro på at man kan få gjennomslag for egne synspunkter. Dette samsvarer med deltakernes fortellinger om relasjonens betydning.

I denne sammenhengen snakker vi om skjerming som pasienten motsetter seg, og skjermingen er derfor et tvangstiltak. Dette tvangstiltaket gjennomføres av helsepersonell som utøver sin makt overfor pasientene. Pasientene kan være på skjerming over kortere eller lengere tid, og når skjermingsvedtaket avsluttes, eller vedtaket ikke forlenges, skal pasienten få tilbud om ettersamtale. I det øyeblikket helsepersonell *tilbyr* pasienten denne ettersamtalen, er maktfordelingen i maktrelasjonen endret. Nå har pasienten mulighet til å bestemme selv om han ønsker å delta, og helsepersonell er i denne situasjonen fratatt sin makt og bestemmelsesrett overfor pasienten. Dette kan gi pasienten opplevelse av «empowerment» (Slade 2009, Leamy 2011). Helsepersonell i denne studien beskriver pasientene som tilbakeholdne og at de viser motstand til deltakelse i ettersamtaler. Det kan tenkes at dette er et resultat av pasientens motmakt.

Deltakernes erfaringer av ettersamtalens verdi for henholdsvis pasienter og helsepersonell kan synes å variere med personalets formelle roller og deres relasjoner til pasientene. Miljøpersonalet, i denne studien representert ved sykepleierne, er ofte de som er tilstede i ubehaget ved skjermingen, og de synes derfor å ha en mer relasjonell innfallsvinkel i ettersamtalen. Likevel kan det tenkes at helsepersonellet som var tilstede i selve skjermingssituasjonen kan ha ubevisste negative holdninger til pasienten, jf. «Gregoreffekten», og at disse kan ha negativ påvirkning på deres evne til å vise omsorg overfor pasienten i en ettersamtale (Drury et.al. 2003). Behandlerne er ofte mer distanserte til selve gjennomføringen av skjermingen, og de oppfattes mer opptatt av det formelle ansvaret da de har et prosedyrefokus. Tidligere forskning viser at ulike grupper helsepersonell har ulike holdninger og meninger om tvang (Aasland et.al. 2018). Det kan synes å være en tendens til en splittet oppfatning av hva slags verdi ettersamtalene har. På den ene siden handler det om hvorvidt og i hvilken grad ettersamtalen bidrar til noe som kan være nyttig for videre behandling sett fra behandlernes ståsted. På den andre siden handler det om å støtte

pasientens opplevelser og anerkjenne hans perspektiv gjennom en utforskende holdning, jamfør sykehusets rutine (vedlegg 6), samt gjenoppbygge relasjon og styrke identitet ved å redusere stigma.

Ifølge Ryan (2009) fortalte tidligere pasienter, nå erfaringskonsulenter, om behovet de hadde for hjelp til å takle de negative følelsene knyttet til skjermingen, og de etterlyste emosjonell støtte. Helsepersonell, på den andre siden, fokuserte på å forklare pasientene hvorfor skjermingen trådte i kraft og snakke om hvordan ny skjerming kan unngås. Disse funnene samsvarer med funnene i denne studien. Helsepersonell og pasienter rapporter altså om ulike behov og forventninger til ettersamtalen.

Resultatene i denne studien samsvarer i stor grad med resultatene i studier der det er forsket på ettersamtaler ved bruk av fysisk tvang og mekaniske tvangsmidler. For eksempel viser en fersk studie av Hammervold et.al. (2020) at helsepersonell erfarte at ettersamtaler har potensiale til å forbedre kvaliteten på behandlingstilbudet gjennom a) kunnskap om andre perspektiver og løsninger, b) økt etisk og profesjonell bevissthet og c) emosjonell og relasjonell bearbeiding. Likevel mente helsepersonell at ettersamtalenes potensiale kan utnyttes ytterligere, da de fant det vanskelig å få tak i pasientenes stemme. En av flere faktorer som kunne forklare dette var helsepersonellens erfaringer med at ettersamtalene kommer for tett på hendelsen, og at pasienten ikke er følelsesmessig klar for en slik samtale. Disse resultatene er i stor grad sammenfallende med resultatene i min studie.

5.2 Studiens metode

I kvalitative forskningsintervjuer blir ifølge Kvale og Brinkmann (2018, s.83-84) kunnskap produsert i en sosial kontekst mellom forskeren og deltakeren, og ifølge Dalland (2017, s.53) må forskeren erkjenne påvirkning og delaktighet siden forskeren ser fenomenet som forskes på innenfra. Den kvalitative metoden krever at forskeren overholder visse regler, og den er avhengig av forskerens ferdigheter og personlige vurderinger. Dette krever mye øvelse (Kvale & Brinkmann (2018, s.83-84). Dette er første gang jeg har gjennomført en kvalitativ studie, eller en studie overhode, og jeg har aldri før intervjuet fagpersoner i en kontekst som denne. Jeg har derfor ikke øvelse i gjennomføring av kvalitative forskningsintervjuer, slik Kvale og Brinkmann sier er av betydning. Dette kan ha påvirket kvaliteten på intervjuene.

Likevel opplevde jeg at ved å gjennomføre individuelle intervju over en periode på flere uker, kunne jeg etter hvert intervju reflektere over intervjusituasjonen og gjøre

eventuelle nødvendige endringer og justeringer underveis. Dette gjorde at jeg følte meg tryggere og mer selvsikker i intervjusituasjonen for hvert intervju, noe som antakelig økte forskningskvaliteten fra det ene intervjuet til det neste. Når jeg ser tilbake på de transkriberte intervjuene, ser jeg at jeg i større grad har stilt relevante oppfølgingsspørsmål fra og med det tredje intervjuet. Å lytte aktivt er like viktig som å beherske spørreteknikker, og det er derfor viktig at forskeren ikke bare lytter til hva som blir sagt, men også hvordan det blir sagt (Kvale & Brinkmann, 2018, s.170). Jo tryggere jeg ble i intervjusituasjonen og på intervjuguiden min, jo bedre opplevde jeg at intervjuene ble, da jeg i større grad klarte å fokusere på informanten, og ikke mitt neste spørsmål.

Gjennom studien har jeg vært oppmerksom på validitet og reliabilitet. Ifølge Mason (2018) handler validitet om gyldigheten av de tolkningene forskeren gjør. Dette henger i stor grad sammen med forskerens forforståelse, og jeg har derfor forsøkt å ha et bevisst forhold til, og et kritisk syn på min forforståelse knyttet til fenomenet som undersøkes. Følgelig har jeg forsøkt å være kritisk til egne tolkninger av deltakernes fortellinger, hvilket Kvale og Brinkmann (2018) beskriver viktigheten av. Jeg gjorde i starten av oppgaven rede for mitt ståsted. Bevissthet rundt egen forforståelse kan være utfordrende, særlig siden deler av forforståelsen kan opptre i det ubevisste. Det er avgjørende for kvaliteten på det kvalitative forskningsintervjuet at man bevisstgjør seg selv og erkjenner sine forforståelser slik at disse ikke blir synlige for intervjudeltakerne. Jeg kan ikke si med sikkerhet at intervjuene ikke har blitt påvirket av min ubevisste forforståelse. Jeg fikk erfare at det å opptre nøytralt i intervjusituasjonen, både med verbal og nonverbal kommunikasjon, er en vanskelig oppgave. Jeg tenker likevel ikke at det skal være en årsak til å velge bort kvalitativ tilnærming og intervju som datainnsamlingsmetode, men det poengterer viktigheten av å kjenne seg selv og være mest mulig bevisst egen forforståelse. For høy validitet er dog ikke ønskelig i kvalitative forskningsintervjuer, da det kan være et hinder for kreativ tenkning og variasjon (Ibid).

Reliabilitet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet, og det sier noe om hvorvidt, eller i hvilken grad, forskningsprosjektet kan gjennomføres på nytt av andre forskere og fremdeles produsere samme resultat (Kvale & Brinkmann, 2018, s.276). Jeg har gjennom oppgaven beskrevet hvordan datainnsamlingen, eller gjennomføringen av intervjuene, gikk for seg, og jeg har begrunnet hvorfor den valgte metoden er hensiktsmessig for problemstillingen. Likevel kan reproduksjon av kvalitative intervjudata være vanskelig, nettopp fordi intervjuet avhenger av et mellommenneskelig samspill der hver enkelt av oss vil reagere ulikt og på et visst nivå ha ulik tilnærming både til deltakeren og til fenomenet som undersøkes. I tillegg ble det stilt tilleggs- og oppfølgingsspørsmål som ikke står i

intervjuguiden. Følgelig ville deltakernes fortellinger mest sannsynlig ikke blitt like dersom noen andre hadde gjennomført studien på samme betingelser i etterkant.

Flere kvalitetskriterier for kvalitative forskningsintervjuer blir presentert av Kvale og Brinkmann (2018, s.194), noen av dem er: 1) I hvilken grad man får innholdsrike, spontane, relevante og spesifikke svar fra deltakeren, 2) Jo kortere forskerens spørsmål er, og jo lenger deltakerens svar er, jo bedre, 3) Forskeren prøver i løpet av intervjuet å verifisere sine fortolkninger fra deltakerens fortellinger.

Jeg opplevde at jeg i større grad fikk innholdsrike, spontane, relevante og spesifikke svar fra deltakerne etter å ha gjennomført et par intervju. Dette kan tenkes å skyldes min uerfarenhet og at jeg faktisk var i en læringsprosess mens jeg gjennomførte intervjuene. Jeg erfarte at jeg i noen tilfeller kunne stille litt for lange tilleggs- og oppfølgingsspørsmål. Det ble jeg særlig oppmerksom på da jeg begynte å transkribere intervjuene. Jeg erfarte det derfor som en fordel å transkribere intervjuene fortløpende, slik at jeg lærte fra et intervju til det neste. Jeg forsøkte å verifisere mine fortolkninger av deltakernes fortellinger underveis, men ble i løpet av prosessen oppmerksom på at forsøk på å verifisere fortolkningene i noen tilfeller kunne føre til ledende spørsmål. I noen tilfeller bekreftet deltakerne mine fortolkninger, i andre tilfeller, der mine fortolkninger ikke var korrekte eller samsvarte med deltakernes erfaringer, opplevde jeg at de ikke var redde for å avkrefte dem. Det å stille ledende spørsmål er ifølge Kvale og Brinkmann (2018) en av de største kritikkene mot kvalitativ forskning, da kritikerne mener at forskeren i for stor grad har mulighet til å manipulere resultatene. Likevel skriver Kvale og Brinkmann (2018, s.200-201) at virkningene av ledende spørsmål er veldokumenterte, og at slike spørsmål er med på å kontrollere intervjusvarenes reliabilitet, samt å verifisere forskerens fortolkninger.

Det kan tenkes at noen eller alle funnene i denne studien også kunne blitt identifisert ved bruk av andre metoder og tilnærminger, kanskje særlig gjennom fokusgruppeintervju. I det følgende vil jeg henvise til intervjuguiden (vedlegg 3). Jeg lykkes ikke i å få tydelige svar fra deltakerne på spørsmålet om i hvilken grad de erfarer at ettersamtaler blir gjennomført etter skjerming (spm. 2). Når jeg ser på dette i etterkant erkjenner jeg at spørsmålsstillingen på dette spørsmålet kanskje hører mer hjemme i en kvantitativ studie, da dette er et graderende spørsmål, og dette kan ses som en svakhet i intervjuguiden min. I tillegg opplevde jeg at spørsmål 11 (se vedlegg 3) måtte gjentas for flere av deltakerne. Det kan være en indikator på at ordlyden ikke var tydelig og presis nok. Det var heller ikke alle deltakerne som kunne svare på dette spørsmålet da de ikke hadde erfaring med ettersamtaler med pasienter etter skjerming fra både før og etter lovendringen i 2017.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2018) er det ikke uvanlig at blant annet intervju spørsmål og forskningsspørsmål endres underveis i en kvalitativ forskningsprosess. På bakgrunn av hva deltakerne i denne studien fortalte om, gjennomgikk forskningsspørsmålene noen endringer. Denne fleksibiliteten anser jeg som en av styrkene ved kvalitativ forskning, nettopp fordi man ikke alltid vet hva man kommer til å finne ut av når man starter å undersøke et fenomen. Studien har en induktiv tilnærming, hvilket betyr at forskeren observerer et antall tilfeller, i dette spesifikke tilfellet syv deltakere, for å si noe generelt om den gitte gruppen med tilfeller (Kvale & Brinkmann, 2018, s.224). Ifølge den tradisjonelle formallogikken, som er deduktiv, er ikke induktive slutninger gyldige, da man ikke kan vite med sikkerhet at tilfelle nummer 21 i det empiriske materialet er positiv til noe selv om de første 20 tilfellene var det. Slik jeg oppfatter det, sier dette noe om når man vurderer at utvalget er stort nok. Jeg har beskrevet begrensningene i denne studiens utvalg i metode-kapittelet. Der har jeg skrevet at metningspunktet tilsynelatende ble nådd da deltakerne i de siste intervjuene ikke bidro med ny informasjon. Det er likevel ingen garanti for at det åttende intervjuet ikke hadde bidratt med ny informasjon. Likevel har alle studier sine begrensninger, og innenfor de rammene som foreligger for denne masteroppgaven anser jeg det som tilstrekkelig med et utvalg på syv deltakere.

En annen kritikk mot kvalitativ forskning er ifølge Kvale og Brinkmann (2018) at resultatene ikke er overførbare, eller generaliserbare, fordi utvalget er lite i forhold til i kvantitative studier. Ifølge Thagaard (2018, s.19) knyttes begrepet «overførbarhet» til vurderinger av spørsmålet om de tolkningene som er gjort, på bakgrunn av en enkelt undersøkelse, også kan være gyldige i andre sammenhenger. Det er grunn til å tro at resultatene/funnene fra denne studien kan være overførbare til helsepersonell i andre norske sykehus, blant annet fordi lovverket er nasjonalt. Likevel vil det være naturlig å tro at andre sykehus har sine egne rutiner/retningslinjer for ettersamtaler, men på bakgrunn av lovkravene til ettersamtalen er det heller ikke grunn til å tro at disse rutinene/retningslinjene er betydelig forskjellige. Likt utgangspunkt for gjennomføring og samme pasientgruppe kan antakelig føre til relativt like erfaringer.

Nok en kritikk mot kvalitativ forskning er ifølge Kvale og Brinkmann (2018, s.199) at metoden i for stor grad er personavhengig. Dette gjelder ikke bare i selve intervjusituasjonen, men også i analysearbeidet når datamaterialet skal fortolkes. Du og jeg vil tolke meningsinnholdet ulikt på bakgrunn av vår forforståelse, faglige og personlige bakgrunn, og det er alltid en viss risiko tilstede for å tillegge meningsenhetene annet innhold. Derfor anser jeg det som en styrke at jeg har diskutert subtema og tema på bakgrunn av de kondenserte

meningsenhetene sammen med min veileder. Dette er med på å styrke gyldigheten av fortolkningene.

Som man kan lese i informasjonsskrivet til deltakerne (vedlegg 2) hadde jeg tatt med i beregningen at en medlemsvalidering potensielt skulle gjennomføres dersom det var usikkerhet eller tvil rundt noen av deltakernes utsagn. Medlemsvalidering er at forskeren presenterer sine fortolkninger for de aktuelle deltakerne for å kontrollere at forskeren ikke har misforstått deltakeren (Kvale & Brinkmann, 2018, s.356). En medlemsvalidering vil derfor være med på å styrke studiens gyldighet. Dette ble likevel ikke gjennomført da jeg ikke så behovet for en slik validering i dette tilfellet.

Det skal også nevnes at i informasjonsskrivet som deltakerne fikk tilsendt i forkant av intervjuet, lød problemstillingen: «Helsepersonells erfaringer med ettersamtaler ved bruk av skjerming i psykisk helsevern». Senere i prosessen ble problemstillingen gjort mer presis: «Helsepersonells erfaringer med ettersamtaler *med pasienter* ved bruk av skjerming i psykisk helsevern». Etter min oppfatning har ikke dette hatt innvirkning på deltakernes engasjement for deltakelse, eller på selve intervjuet.

5.3 Implikasjoner for videre forskning

Det er etter min oppfatning nødvendig med mer forskning på dette temaet. Det ville være interessant å forske videre på hvorvidt ettersamtalenes hensikt drukner i blant annet dokumentasjonskravet, da det er én av mange pålagte prosedyrer som skal gjennomføres og dokumenteres. Hva er helsepersonells holdninger til og motivasjon for å gjennomføre ettersamtaler med pasienter etter skjerming?

Hvilken påvirkning har makt-ubalansen og relasjonen mellom helsepersonell og pasient på hvorvidt pasienten ønsker å gjennomføre ettersamtale eller ikke, og hvilken betydning har disse faktorene for hva som kommer ut av samtalen? Videre kunne det være nyttig å utforske hva som må til for å redusere forståelseskloften mellom pasient og helsepersonell når det gjelder ettersamtaler med pasienter.

Et annet moment som ville være interessant for videre forskning er hvorfor pasientene oppleves som tilbakeholdne og viser motstand til gjennomføring av ettersamtaler. Er det «kun» fordi det fremkaller et ubehag og at de heller ønsker et fremtidsfokus, slik som funnet i denne studien, eller kan det være at pasientene ikke mottar god nok, og godt nok tilpasset informasjon om hvorfor det er hensiktsmessig med gjennomføring av en slik samtale? I denne

sammenheng kunne det også være naturlig å forske på betydningen av individuell tilpasning av tidspunkt for tilbud om og gjennomføring av ettersamtaler.

Jeg anser det som særlig viktig å forske videre på pasientperspektivet i disse spørsmålene. Det kunne være interessant å utforske i hvilken grad ettersamtalen bidrar til å styrke pasientens identitet og redusere stigma etter opphold på skjerming.

6.0 Konklusjon

Studiens funn diskutert i lys av teori, tidligere forskning og annen relevant litteratur, gir en overordnet forståelse av helsepersonells erfaringer med ettersamtaler med pasienter ved bruk av skjerming i psykisk helsevern. Dette fenomenet har blitt sett i lys av Goffmans teori om totale institusjoner og stigma, samt recovery-filosofien. Deltakerne beskrev hvordan de lever i en slags spenning mellom særtrekkene i totale institusjoner og ønsket om å jobbe mer recovery-orientert. Ettersamtaler som fenomen lever sitt liv i en spenning mellom disse ytterpunktene, der helsepersonellet blir dratt mellom dem.

Studien viser at helsepersonellet erfarer ettersamtaler som grunnleggende positive og verdifulle, fordi de kan bidra til læring og forebygging, og bidrar til å reparere relasjoner og styrke pasientens identitet. Likevel erfarer de at den gode hensikten i mange tilfeller drukner i kravet om dokumentasjon, rutinens stramme tidsfrist og manglende rom for individuell tilpasning.

Videre viser studien at helsepersonell erfarer at blant annet deres relasjon til og rolle overfor pasienten er av betydning for om pasienten tar imot tilbudet om ettersamtale. Funnene viser at det er uenighet blant helsepersonellet om hva som er det beste tidspunktet for gjennomføring av ettersamtaler. Helsepersonellets fortellinger viser en felles oppfatning av at pasientene er tilbakeholdne og viser motstand mot ettersamtaler. Helsepersonellets erfaringer tyder på at dette blant annet kan være en følge av at ettersamtalene fremkaller ubehag hos pasientene.

Jeg anser det som hensiktsmessig at retningslinjer, rutiner og prosedyrer som direkte berører pasientens rett til medvirkning, utarbeides i samråd med mennesker som har erfaring som pasient.

6.1 Studiens betydning for praksis

Dersom denne studien kan bidra til å endre praksisen for ettersamtaler med pasienter i positiv retning, ville det være et svært godt utfall. Forhåpentligvis kan denne studien bidra til

å belyse viktigheten av å inkludere pasientperspektivet i utarbeidingen av rutiner for ettersamtaler, slik at forståelseskjøften mellom pasient og helsepersonell kan reduseres. Videre håper jeg at studien kan bidra til at helsepersonell bevisstgjøres betydningen av deres tilnærming og holdning til pasienten. Jeg håper også studien kan belyse betydningen av økt fokus på relasjonsarbeid i behandlingshverdagen, noe som blant annet kanskje kan resultere i at flere pasienter ønsker å delta i ettersamtaler. Sist, men ikke minst, håper jeg at studien kan bidra til at helsepersonell bevisstgjøres på deres rolle overfor pasienten og vil jobbe for å redusere makt-ubalansen og styrke pasientens autonomi og verdighet.

7.0 Litteraturliste

- Aasland, O. G., Husum, T. L., Førde, R. & Pedersen, R. Between authoritarian and dialogical approaches: Attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2018;57:106-112.
- American Psychiatric Association. (1999). *Joint Statement of General Principles on Seclusion and Restraint*.
- American Psychiatric Nurses Association (2001). Seclusion and restraint: Position statement and standards of practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 7, 210
- Anthony, W. A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research* 1993; 2:17-24
- Applebaum, P. Psychiatric advance directives and the treatment of committed patients. *Psychiatric Rehabilitation* 2004; 55:751-763
- Ashcraft, L. & Anthony, W. (2008). Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crisis services. *Psychiatr Serv* (Washington, D.C.) 59:1198-1202
- Azeem, M. W., Aujla, A. & Rammerth, M. et.al. (2011). Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescents psychiatric hospital. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 24:11-5
- Azeem, M. W., Reddy, B., Wudarsky, M., et.al. (2015). Restraint reduction at a pediatric psychiatric hospital: a ten-year journey. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 28:180-4
- Barbosa da Silva, A. (2012). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bjørgen, D., Storvold, A., Norvoll, R. & Husum, T. L. (2014). Alternativer til tvang. Sett fra et bruker- og fagperspektiv. Ressurshefte. Hentet fra: <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/01/Alternativer-til-Tvang-Ressurshefte.pdf>
- Bonner, G. (2008). The psychological impact of restraint: examining the aftermath for staff and patients. *Contemporary issues in mental health nursing* (s. 217-228). West Sussex: Wiley-Blackwell
- Bonner, G. & Wellman, N. (2010). Post incident review of aggression and violence in mental health settings. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 48:35-40

- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. et.al. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 9:465-473
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research* (2nd ed.ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Djupevåg, O. S. & Austegard, A.-T. (2016, 27. oktober). *Utkast til revidert retningslinje for ettersamtale etter bruk av tvangsmidler/tvangsbruk*. Innlegg presentert ved Helse Bergen
- Drury, J., Bailey, M., Blackmore, A. & Maltby, H. J. (2003). The Gregor Effect: Impediments to providing care by nurses and significant others who experience a negative reaction to the patient's condition. *Asian Journal of Nursing Studies*, 6(3), 21-28. Hentet fra: <https://ro.ecu.edu.au/ecuworks/3520/>
- Everly, G. S., Jr. (2000). Five principles of crisis interventions: Reducing the risk of premature crisis intervention. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2,1-4
- Fisher, W. A. Elements of Successful Restraint and Seclusion Reduction Programs and Their Application in a Large, Urban, State Psychiatric Hospital. *Journal of Psychiatric Practice*. 2003;9:7-15.
- Foucault, M. (2001). Power/Knowledge. I: Seidman, S. & Alexander, J. C. (red.). *The new social theory reader: Contemporary debates* (s.67-76). London: Routledge
- Foucault, M. (2007). *Galskapens historie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Goffman, E. (1957). Some Dimensions of the Problem. I Milton Greenblatt, Daniel J. Levinson & Richard H. Williams (red.): *The patient and the Mental Hospital*. New York: Free Press
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books, Doubleday & Co, New York.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Chicago: Aldine
- Goffman, E. (2014). *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. (2. utg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Goulet, M. H. & Larue, C. Post-seclusion and/or restraint review in psychiatry: a scoping review. *Archives Psychiatric Nursing*. 2016;30:120-128.
- Grimen, H. (2001). Tillit og makt – tre sammenhengar. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 30:3617-1619

- Grimen, H. & Vågan, A. (2008). Profesjoner i maktteoretisk perspektiv. I: Molander, A. & Terum, L. I. (red.). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gudbrandsen, T. (1999). Makt som generalisert kommunikasjonsmedium. Niklas Luhmann om makt. I: Engelstad, F. (red.). *Om makt. Teori og kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Gustafsson, N. & Salzman-Erikson, M. (2016). Effect of complex working conditions on nurses who exert coercive measures in forensic psychiatric care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 54:37-43
- Hagen, M. B., Barbosa da Silva, A. & Thelle, M. I. (2016). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hammervold, U. E., Norvoll, R., Aas, R. W. & Savaag, H. (2019). Post-incident review after restraint in mental health care – a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Services Research*. 19:235-247
- Hammervold, U. E., Norvoll, R., Vevatne, K. & Savaag, H. (2020). Post-Incident Reviews – a Gift to the Ward or Just Another Procedure? Care Providers' Experiences and Considerations Regarding Post-Incident Reviews after Restraint in Mental Health Services. A Qualitative Study. *BMC Health Serv Res*. 3;20(1):499
- Happel, B & Koehn, S. (2011). Impacts of seclusion and the seclusion room: Exploring the perceptions of mental health nurses in Australia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, 109-119
- Happel, B., Dares, G., Russel, A., Siobhan, C., Platania-Phung, C. & Gaskin, C. (2012). The relationships between attitudes toward seclusion and levels of burnout, staff satisfaction, and therapeutic optimism in a district health service. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 329-336
- Heidegger, M. (1998). Exposition of the Question of the Meaning of Being. I Polifroni, C. E., og Welch, M. L. (Red.), *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing: An Historical and Contemporary Anthology*. (s. 273-303). Philadelphia: Lippincott.
- Helse Bergen. (2017, 25. september). Brukar pasienterfaringane på jobb i psykiatrien. Hentet fra: https://helse-bergen.no/nyheiter/brukar-pasienterfaringane-pa-jobb-i-psykiatrien?fbclid=IwAR3zKRQ0uUY_Z1CPDaNNm6t2R01TXFK2-KKh9XM8nAHmjpKnbj58OAn1Xxg
- Helsedirektoratet. (2017). *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforordningen med kommentarer*. (IS-1/2017). Hentet fra: <https://www.lpp.no/wp->

<content/uploads/2018/02/Psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer.pdf>

Helsedirektoratet. (2019). *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

Helsedirektoratet/SAMDATA Spesialisthelsetjenesten. Tvangsmidler og skjerming i psykisk helsevern. Grafer og figurer. Hentet fra:

<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/031bdc12-43f1-4a6d-974a-631473ba7016?e=false&vo=viewonly>

Helsinki deklarasjonen (1964). Hentet fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Hernes, G. (1975). *Makt og avmakt*. Oslo: Universitetsforlaget

<https://www.regjeringen.no/contentassets/78974ebb760a412cb646611ad2e57b9d/no/pdfs/nou201920190014000dddpdfs.pdf>

Huckshorn, K. A. (2004). Reducing seclusion & restraint use in mental health settings: core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9):22-33

Huckshorn, K. A. (2005). Six core strategies for reducing seclusion and restraint use. Draft example: Policy and procedure on debriefing for seclusion and restraint reduction projects. Alexandria: National Technical Assistance Center.

Hugaas, J. V. (Red.). (2014). *Exphil for sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (7. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Karsson, B og Borg, M. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. (1. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Killian, L. M. & Bloomberg, S. (1975). Rebirth in a Therapeutic Community: A Case Study. *Psychiatry* 38 39-44

KPHV – Samtale med pasient – Etter vedtak i Phvl kap. 4 – Rutine (Det aktuelle sykehusets rutine for gjennomføring av ettersamtaler)

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lanthen, K., Rask, M. & Sunnqvist, C. (2015). Psychiatric patients experiences with mechanical restraints: an interview study. *Psychiatry J.* 2015:748392
- Laukkanen, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O. & Kuosmanen, L. Psychiatric nursing staff's attitudes towards the use of containment methods in psychiatric inpatient care: An integrative review. *Mental Health Nursing.* 2019;28:390-406.
- Leary, M. R. & Tangney, J. P. (2003). *Handbook of Self and Identity*. New York: Guilford Press
- Levinson, D. J. & Gallagher, E. B. (1964). *Patient-hood in the Mental Hospital*. Boston: Houghton-Mifflin
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci.* 18;145-153
- Ling, S., Cleverley, K. & Perivolaris, A. (2015). Understanding mental health service user experiences of restraint through debriefing: a qualitative analysis. *Can J Psychiatr.* 60:386-392
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mason, J. (2018). *Qualitative Researching*. (3. utg.). Sage, London
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes... the critical incident stress debriefing procedure. *JEMS: a journal of emergency medical services.* 8(1), 36-39.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (24. juni 2013). Recovery – en filosofi. Hentet fra: https://www.napha.no/content/14607/Recovery---en-filosofi?fbclid=IwAR0wF-bSjBI0WBfjn_Pjlx9TIK9JyQVdj5ieYCXq7VccItGIIQwFzj1H1Jk
- Needham, H. & Sands, N. Post-Seclusion debriefing: A core Nursing Intervention. *Perspectives in Psychiatric Care.* 2010;46:221-233.
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi
- Norvoll, R. (Red.). (2016). *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*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet AS, n2011:9

- NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensingsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Departementets sikkerhets- og serviceorganisasjon. Teknisk redaksjon. Hentet fra:
- Øye, C. (2010). Omsorgens vilkår: Om gaver og tjenester som del av relasjonsdannelse i institusjonspsykiatrien når brukermedvirkning skal vektlegges. *Michael*, 7: 218-233
- 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%20brukerrettighetsloven>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3ed. ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications
- Pedersen, R. & Nortvedt, P. (2017). *Etikk i psykiske helsetjenester*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Petti, T. A., Mohr, W. K., Somers, J. W. & Sims, L. (2001). Perceptions of seclusion and restraint by patients and staff in an intermediate-term care facility. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 14:115-27, 124.13p
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer
- Powell, R. A. & Single, H. M. (1996). Methodology Matters V – Focus Groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 499-504
- Psykisk helsevernforordningen. (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?q=psykisk%20helsevernforordningen>
- 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?q=psykisk%20helsevernloven>
- Raphael, B. & Wooding, S. (2004). Debriefing: its evolution and current status. *Psychiatric Clinics of North America* 27(3), 407-423. Hentet fra: [https://www.sciencedirect-com.ezproxy.uis.no/science/article/abs/pii/S0193953X04000346](https://www.sciencedirect.com.ezproxy.uis.no/science/article/abs/pii/S0193953X04000346)
- Riahi, S., Dawed, I. C., Stuckey, M. I., et al. (2016). Impelemntation of the six core strategies for restraint mimimization in a specialised mental health organisation. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 54:32-9
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning*. Texas University Press, Fort Worth

- Ridley, J., Newbigging, K., & Street, C. (2018). Mental Health advocacy outcomes from service user perspectives. *Mental Health Review Journal*. 23(4):280-292
- Ryan, R. & Happell, B. Learning from experience: Using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2009;18:100-107.
- Scanlan, J. N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiat*. 56(4):412-423
- Scheyett, A. M., Kim, M. M., Swanson, J. W. & Swarts, M. S. Psychiatric advance directives: a tool for consumer empowerment and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2007; 31:70-75
- Slade, M. (2014). *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. (6. utg.). Cambridge: Cambridge University Press
- Smith, G. (2006). *Erving Goffman*. London: Routledge
- Spaniol, L., Gagne, C. & Koehler, M. Recovery from serious mental illness: what it is and how to assist people in their recovery. *Continuum* 1997; 4:3-15
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. (5. utg.). Oslo: Vigmostad & Bjørke AS
- Thomassen, M. (2015). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. (1. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Topor, A., Larsen, I. B. & Bøe, T. D. (2020). Recovery – fra personlig reformasjon til sosial transformasjon. Mad in Norway. 2020
- Vatne, S. (2006). *Korrigerer og anerkjenner. Relasjonens betydning i miljøterapi*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Weinstein, R. M. (1994). Goffman's Asylums and the Social Situation of Mental Patients. *Psychiatry*. Hentet fra: <http://orthomolecular.org/library/jom/1982/pdf/1982-v11n04-p267.pdf>
- Whitecross, F., Seary, A. & Lee, S. Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2013;22:512-521.
- Wikipedia.org (21. april 2020). St. Elizabeths Hospital. Hentet fra: https://en.wikipedia.org/wiki/St._Elizabeths_Hospital
- Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 453-459

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Utdrag fra søksprotokoll

Database	Søk nummer	Søkekombinasjon	Treff
Cinahl	1	Mental health care AND debriefing	16
	2	Mental health care AND debriefing AND seclusion	2
	3	Mental health care AND debriefing AND coercion	1
	4	Mental health care AND post incident review	2
	5	Mental health care AND post incident review AND seclusion	0
	6	Mental health care AND post incident review AND coercion	1
	7	Mental health care AND seclusion AND reflection	3
	8	Mental health care AND coercion AND reflection	7
	9	Mental health care AND seclusion AND counselling intervention	0
	10	Mental health care AND coercion AND counselling intervention	0
Medline	1	Mental health care AND debriefing	28
	2	Mental health care AND debriefing AND seclusion	2
	3	Mental health care AND debriefing AND coercion	0 (2)
	4	Mental health care AND post incident review	2

	5	Mental health care AND post incident review AND seclusion	0
	6	Mental health care AND post incident review AND coercion	0
	7	Mental health care AND seclusion AND reflection	2
	8	Mental health care AND coercion AND reflection	5
	9	Mental health care AND seclusion AND counselling intervention	0
	10	Mental health care AND coercion AND counselling intervention	0
PsychInfo	1	Mental health care AND debriefing	14
	2	Mental health care AND debriefing AND seclusion	3
	3	Mental health care AND debriefing AND coercion	0
	4	Mental health care AND post incident reviews	0
	5	Mental health care AND post incident reviews AND seclusion	0
	6	Mental health care AND post incident reviews AND coercion	0
	7	Mental health care AND seclusion AND reflection	0
	8	Mental health care AND coercion AND reflection	8
	9	Mental health care AND seclusion	0

		AND counselling intervention	
	10	Mental health care AND coercion AND counselling intervention	0
Idunn.no	1	Psykisk helsevern OG skjerming OG debriefing	0
	4	Psykisk helsevern OG tvang OG debriefing	0
	5	Psykisk helsevern OG skjerming OG ettersamtale	0
	6	Psykisk helsevern OG ettersamtale	0
	7	Psykisk helsevern OG tvang OG ettersamtale	0
	8	Tvang OG ettersamtale	1

8.2 Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Helsepersonells erfaringer med ettersamtaler ved bruk av skjerming i psykisk helsevern”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilken hensikt og faktisk betydning ettersamtaler har for eventuelle nye skjermingssituasjoner med samme pasient. I dette skrivet får du informasjon om formålet med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studiens formål er å finne ut av hva ettersamtalene bidrar med, og i hvor stor grad informasjonen fra ettersamtalene faktisk blir benyttet og etterfulgt for å sikre pasientene et bedre tjenestetilbud.

Prosjektet er en masteroppgave ved masterprogrammet «Rus- og psykisk helsearbeid» ved Universitetet i Stavanger. Opplysningene som innhentes i denne studien skal ikke brukes til andre formål.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger (UiS) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du mottar denne forespørselen fordi du er helsepersonell som arbeider i psykisk helsevern. På grunn av lovendringen i Psykisk helsevernlovens §4-2 «Vern om personlig integritet» fra 01.09.2017, må informantene ha erfaringer med ettersamtaler ved bruk av skjerming etter denne loven trede i kraft.

Inklusjonskriterier:

- Det tilstrebes informanter av begge kjønn.
- Helsepersonell med minimum Bachelorgrad.
- Helsepersonell som har hatt minimum tre ettersamtaler med pasienter etter bruk av skjerming etter at lovendringen i Psykisk helsevernloven §4-2 trede i kraft.

Henvendelsen vil bli sendt til helsepersonell som jobber i avdelinger innen psykisk helsevern på [REDACTED].

Hva innebærer det for deg å delta?

Studien er kvalitativ og informasjon vil innhentes gjennom intervjuer. Intervjuene vil foregå individuelt, med forsker og en og en informant.

Det vil bli benyttet en semistrukturert intervjuguide med hovedspørsmål og eventuelle oppfølgingsspørsmål under intervjuene. Spørsmål vil antakelig utvikles underveis i samtalen.

Intervjuene vil bli tatt opp på lydopptak ved hjelp av en båndopptaker.

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i ett intervju. Intervjuets lengde vil variere noe, men det påregnes mellom 45 minutter og en time per intervju.

Dersom det skulle vise seg å være nødvendig for forskeren å forsikre seg om at svarene fra intervjuene ikke har blitt misforstått eller feiltolket, kan det være ønskelig å gjennomføre en medlemsvalidering.

Ved å gjennomføre en medlemsvalidering kan forskeren forsikre seg om forskningens gyldighet ved å presentere fortolkningene av datamaterialet (svar fra intervjuene) for informantene. På denne måten får informantene mulighet til å kommentere eventuell feiltolkning.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun masterstudent og veileder ved UiS vil ha tilgang til informasjon som fremkommer i intervjuene.
- Alle forhåndsregler vil tas for å beskytte personvernet til informantene. Informantene skal sikres konfidensialitet. Data fra intervjuene vil kodes slik at sitater ikke kan gjenkjennes eller koples tilbake til informantene av leserne av studien.
- Data vil bli oppbevart og håndtert på en sikker måte. Alle digitale verktøy som disponeres under prosjektet vil krypteres slik at ingen av enhetene kan åpnes uten passord. Eventuelle håndskrevne notater vil til enhver tid være innelåst, i likhet med digitale verktøy som datamaskin, båndopptaker og minnepenn.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1. juni 2020.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- [Redacted], Psykiatrisk Divisjon ved: Karin Smedvig,
- Masterstudent Anita Heggnes, tlf.: 93 69 04 09 eller veileder ved UiS Unn Elisabeth Hammervold, tlf.: 90 93 67 40
- Vårt personvernombud: Rafal Yeisen

Med vennlig hilsen

Anita Heggnes
Student

Unn Elisabeth Hammervold
Veileder ved UiS

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Helsepersonells erfaringer med ettersamtaler ved bruk av skjerming i psykisk helsevern, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å delta i medlemsvalidering (dersom det anses som nødvendig av forsker)

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 1. juni 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

8.3 Vedlegg 3: Intervjuguide

Helsepersonells erfaringer med ettersamtaler ved bruk av skjerming i psykisk helsevern.

Intervjuguide:

Alder (). Utdanning (). Arbeidserfaring innen psykisk helsetjeneste (). Erfaringer med skjerming (). Erfaringer med ettersamtaler ().

1. Kan du fortelle om hvordan dere gjennomfører ettersamtaler etter skjerming på denne avdelingen?
2. I hvilken grad erfarer du at ettersamtaler blir gjennomført etter skjerming?
3. Motiverer du pasienten til ettersamtale? Hvis «JA»: Hvordan? Hvis «NEI»: Hvorfor ikke?
 - 3.1 Hvordan forholder du deg dersom pasienten først takker «nei» til ettersamtale?
 - 3.2 Hva oppfatter du som årsak til at pasienter takker «nei» til ettersamtale?
4. Kan du fortelle om din bevissthet rundt pasientens sinnsstemning og funksjonsnivå når du tilbyr ettersamtale?
5. I psykisk helsevernloven §4-2 står det at tvangstiltaket «så snart som mulig etter at tiltaket er avsluttet» skal evalueres med pasienten. Hva betyr dette i praksis?
 - 5.1 Hvordan vurderer du tidspunkt for samtalen med tanke på pasientens evne til deltakelse?
6. Hvordan erfarer du nytteverdien av ettersamtaler etter bruk av skjerming?
 - 6.1 Hva opplever du er det viktigste med ettersamtaler? (Tilby samtale, selve gjennomføringen, hva informasjonen kan bidra til)
7. Bruker du skjema i ettersamtalen? Hvorfor/hvorfor ikke?
 - 7.1 Hva legger du vekt på når du skal snakke med pasienten?
8. Hva er din oppfatning når det gjelder pasientens opplevelse av ettersamtaler?
9. På hvilken måte tas det hensyn til pasientens rett til medvirkning? (Kan pasienten medvirke til hvem som deltar, hvor samtalen finner sted, osv.?)
10. I hvilken grad erfarer du at informasjon som kommer frem i ettersamtaler blir tatt til følge i den videre behandlingen av pasienten?
 - 10.1 Hva skjer med informasjonen og kunnskapen man får fra ettersamtalene? (Dokumentasjon?)
11. Opplever du at det har skjedd en endring rundt henholdsvis tilbud, gjennomføring og etterarbeid om/av ettersamtaler etter lovendringen i 2017? Hva har endret seg?
12. Er det noe jeg ikke har spurt om som du ønsker å fortelle om?

8.4 Vedlegg 4: Utdrag av analysen

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Subtema	Tema
«Hvorfor skulle jeg fortalt noe som var veldig sårbart hos meg til en person som nesten ikke har vært der? En person som jeg ikke har noen relasjon til?»	Hvorfor åpne seg for en fremmed man ikke har relasjon til	Relasjon	Relasjonen mellom pasient og helsepersonell og helsepersonellens rolle overfor pasienten
«En ting er jo liksom maktforskjeller, men du er her på jobb, og hvorfor skal du da velge å åpne deg til en vilt fremmed person som er på jobb?»	Hvorfor skal pas. ønske å åpne seg for en fremmed som er på jobb	Relasjon og roller	
«For endel pasienter så har de lettere for å åpne seg til miljøpersonalet enn hva de gjerne har til behandlerne»	Åpner seg lettere for miljøpersonalet	Relasjon og roller	
«De endrer seg litt i måten de er på, og blir litt mer lukket når de snakker med behandleren»	Blir mer lukket med behandler	Relasjon og roller	
«Og at de gjerne snakker litt mer åpent med miljøpersonell, som de gjerne føler at de kjenner bedre og gjerne har en bedre allianse til»	Snakker gjerne mer åpent med miljøpersonell, føler de kjenner de bedre og har en bedre allianse	Relasjon og roller	

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Subtema	Tema
«Ofte så tenker jeg mer at de ikke er interessert, de er ikke interessert i å snakke om det som skjedde og jeg gjerne føler at det, de kanskje kjenner på et ubehag gjerne, gjerne over hva som skjedde i de situasjonene»	Tenker at de ikke er interessert i å snakke om det, og at de kanskje kjenner på et ubehag rundt situasjonen	(Manglende interesse hos pasienten) Ubehagelig tema	
«Pasientene er ikke der at de ønsker å diskutere det eller ha en samtale om det, da ønsker de bare, når de har roet seg: «Beklager» eller et eller annet, de vil ikke snakke om det. De vil ikke gå inn i det igjen»	Pas. ønsker ikke ettersamtale, de beklager eller vil ikke snakke om det. Pas. vil ikke gå inn på det igjen	Fremkaller vanskelige følelser Fremtidsfokus	Ettersamtalene fremkaller ubehag og pasientene oppfattes fremtidsfokuserte
«For ofte tenker man (pas.) at det er forbi, skjedd har skjedd, vil ikke tenke på det og ser fremover»	Pas. vil ikke tenke på det og ser fremover	Fremkaller vanskelige følelser Fremtidsfokus	
«Men jeg tror også pasienter som generelt på en måte ikke vil snakke om det, at det er en vanskelig tid på et vis. «Nå er jeg ferdig, nå vil jeg videre», ja»	Vanskelig tid for pas. Ferdige med det og vil videre	Fremkaller vanskelige følelser Fremtidsfokus	
«Når de er på skjerming så er de jo på sitt sykeste, så det er jo selvsagt en veldig vond periode for dem. Også når de ikke selv mener at de er syke så er det kanskje enda vondere å skulle gå gjennom alt det igjen»	Pas. er på sitt sykeste på skjerming og det er en vond periode. Vondt å gå igjennom skjermingen når de ikke forstår at de er syke	Fremkaller vanskelige følelser	

8.5 Vedlegg 5: Godkjennelse fra personvernombudet ved det aktuelle sykehuset



Til

Anita Heggenes

Intern ID
Tildeles av Forskningsavdeling

Elements

Saksbehandler:
Personvernombud Rafal Yeisen

Dato:
11.10.19

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger i forbindelse med masterprosjektet - " Helsepersonells erfaringer med ettersamtaler ved bruk av skjerming i psykisk helsevern."

Prosjektets formål:

Formålet med masteroppgaven er er å finne ut av hvilken hensikt/formål og faktisk betydning ettersamtalene har for eventuelle nye tvangssituasjoner med samme pasient. Det er ønskelig å finne ut av hva ettersamtalene bidrar med, og i hvor stor grad informasjon fra ettersamtalene faktisk blir benyttet og etterfulgt for å sikre pasientene et bedre tjenestetilbud.

Et underordnet mål med studien er at resultatene potensielt kan bidra til bedre innsikt i betydningen av ettersamtaler slik at de kan utformes og gjennomføres på en måte som sikrer pasientens rettigheter, samt bidra til at eventuelle nye tvangssituasjoner blir håndtert på en hensynsfull måte på bakgrunn av den informasjon som har kommet frem i ettersamtaler.

- Prosjektet skal gjennomføre intervjuer av helsepersonell, i henhold til et intervjuguide.
- Prosjektet må godkjennes av klinikkssjef før oppstart.
- Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger
- Innsamlede data vil bli tatt opp på bånd, lagret på kryptert minne pinne og kryptert frittstående PC.
- Innsamlede data vil bli avidentifisert, og oppbevart sikkert ved bruk av nedlåsbar hindring.

Behandlingsgrunnlag:

Det vurderes at prosjektet er et helsetjeneste forskning og er samtykkebasert. Databehandlingen er samtykkebasert og har nødvendig behandlingsgrunnlag i personvernforordningen artikkel 6 nr 1 a).


De grunnleggende personvernprinsipper artikkel 5

Det vurderes at prosjektet er utformet på en slik måte at de grunnleggende personvernprinsipper søkes ivare tatt med relevante tiltak.

Prosjektet har et klart definert formål. Innsamlede data anses relevant og nødvendig for å oppnå formålet. Data oppbevares kryptert, og avidentifisert, samt med sikker nedlåsning.

De registrerte sine rettigheter, herunder informasjon til de registrerte

De registrerte gis dekkende informasjon vedrørende sine rettigheter jf personvernforordningen kapittel III. Prosjektet har utformet et informasjonsskriv til de registrerte som leveres ut før de eventuelt signerer samtykkeskjemaet.

Informasjonsskriv skal inneholde Personvernombud kontakt info 
tlf 51512929



Sikkerhet ved behandlingen av data

Det forutsettes at alle data behandles på et tilfredsstillende sikkerhetsnivå og i samsvar med de krav som følger av personvernforordningen artikkel 32.

Prosjektperiode

Prosjektperioden settes til 14.10.19 – 01.06.20. Alle innsamlede data skal være fullstendig anonymisert eller slettet senest 01.09.20.

Når data er slettet skal det sendes melding til personvernombudet som bekrefter det.

Vurdering:

Det er ingen innvendinger til gjennomføringen av prosjektet, da de registrertes personvern vurderes tilstrekkelig ivarett.

Det forutsettes at prosjektet gjennomføres i henhold til krav satt i personvernforordningen og annet relevant regelverk.

Videre at prosjektet gjennomføres som opplyst i protokoll.

Med vennlig hilsen



Rafal Yeisen
Personvernombud



Notat

Til:

Karin Smedvig (student: Anita Heggenes)

Fra:

Fagsjef Kirsten Lode/mv

Kopimottakere:

Kliniksjeff Helle Kristine Schøyen, Juridisk rådgiver Ina Trane

Dato: 16.10.2019

Arkivref: 2019/16653 - 132779/2019

Godkjennelse masterprosjekt - MA202

Masterprosjektet: «Helsepersonells erfaringer med ettersamtaler ved bruk av skjerming i psykisk helsevern.»


Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA202.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra  vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

8.6 Vedlegg 6: Rutine for ettersamtaler etter vedtak i Phvl kap. 4

KPHV - Samtale med pasient - Etter vedtak i Phvl kap. 4 - Rutine

KPHV - Samtale med pasient - Etter vedtak i Phvl kap. 4 - Rutine

Dokumentadministrator: Cesar Damian Sanhueza
Godkjent av: Helle Kristine Schøyen

Gyldig fra: 31.01.2018
Revisjonsfrist: 31.01.2020

Revisjon: 1.2
ID: 36918

1. Hensikt:

Det er et lovkrav å gjennomføre samtale med pasient etter vedtak i Psykisk helsevernlovens kapittel 4, jfr. § 4-2. Et sentralt formål med samtale og prosedyren for gjennomgang er å støtte pasientens opplevelser og at personalets holdning er anerkjennende og utforskende.

Struktureret dialog har fokus på:

- o Å utvikle faglig og organisatorisk kvalitet i klinikkens pasientbehandling der bruk av tvangsmidler har funnet sted.
- o At pasienten skal få sette ord på og reflektere over hva som hendte.
- o Å bevare/gjenopprette dialog og relasjon.
- o Å øke pasientens innsikt i faktorer som eksempelvis kan føre til uro-, frustrasjon og sinne.
- o Å skape rom for ideer-, planer- og avtaler om relevante tiltak som kan bidra til at pasienten eller personalet bedre kan forebygge og mestre tidligere erfaring med bruk av tvang.
- o Fremme refleksjon over hva som eventuelt kan gjøres annerledes i en liknende situasjon senere for om mulig å unngå bruk av tvangsmiddel eller fysisk grensesetting, samt om andre typer tvangsmiddel har en lempeligere hensikt.

2. Omfang:

Prosedyren gjelder for alle sengeposter og poliklinikker i Klinikk psykisk helsevern voksne der en har behov for å gjennomgå hendelser når faglig ansvarlig har truffet vedtak etter Psykisk helsevernlovens kapittel 4.

Evaluering og samtale med pasienten skal gjennomføres ved:

- a. Skjerming som pasienten motsetter seg, jf. § 4-3.
- b. Undersøkelse og behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4.
- c. Undersøkelse av rom og eiendeler og kroppsvisitasjon etter § 4-6 første ledd og undersøkelse etter § 4A-4 andre og tredje ledd.
- d. Rusmiddeltesting uten pasientens samtykke, jf. § 4-7A andre ledd.
- e. Bruk av tvangsmidler, jf. § 4-8.

3. Ansvar:


- o Gjennomføring av samtaler etter tvangsbruk med pasient etter punkt 2 over, unntatt samtale etter bruk av mekanisk tvang jf. § 4-8 bokstav a:

- For faglig ansvarlig som går vakt utenom ordinær arbeidstid, er det tilstrekkelig at ansvaret for samtale overdras til den sengepost der pasient befinner seg. Dette dokumenteres i pasientjournalen.

- Faglig ansvarlig ved sengepost / poliklinikk der pasienten befinner seg skal sikre at det gjennomføres samtale med pasienten. Ansvaret kan delegeres til behandlingsansvarlig LIS 2 og psykolog.

- AMC2: skal gjennomføre samtale med pasienten dersom dette er praktisk mulig, men følger ellers prinsippet om journalføring av ansvar til aktuell sengepost som pasienten overføres til.

- o Gjennomføring av samtaler med pasienter etter vedtak om bruk av mekanisk tvang, jfr. § 4-8 a:

- Samtalen gjennomføres som hovedregel av faglig ansvarlig for vedtaket. Dersom vedtaket er fattet av vakthavende overlege, bør vedkommende gjennomføre samtalen. Dersom dette ikke er praktisk mulig, jfr. pkt. 4, kan ansvaret overlates til faglig ansvarlig på den aktuelle sengepost. Det må fremkomme av pasientjournalen at det finner sted en ansvarsoverdragelse for gjennomføring av samtale med pasienten. Se for øvrig faglig ansvarlig sitt ansvar ved  [KPHV - Bruk av mekanisk tvang i institusjon for døgnopphold - Rutine](#).

- o Postledere / poliklinikkledere har ansvar for å gjøre personalet kjent med prosedyren og legge til rette for at prosedyren følges opp. Den enkelte ansatte har ansvar for å sette seg inn i og følge rutinen.

4. Beskrivelse:

- o **Når skal samtalen gjennomføres:**

- Vurderes med tanke på hendelsens karakter og pasientens psykiske tilstand. I de fleste tilfeller skal samtale gjennomføres så snart som mulig i etterkant av at et tiltak etter kapittel 4 er avsluttet.

- Unntak / individuell vurdering

I noen tilfeller vil det være hensiktsmessig å avvente gjennomføring av samtale en til to dager etter hendelsen, men ikke senere en syv dager etter hendelsen så fremt pasientens psykiske tilstand ikke tilsier at samtale ytterligere må utsettes.

- Et tiltak anses avsluttet når det er gjennomført, eksempelvis når kroppsvitasjon er utført eller ved at pasienten løses fra belter fordi det ikke lenger er uomgjengelig nødvendig å bruke dem.

- Det er ikke anledning å «samle opp» flere tiltak før pasienten tilbys samtale. Foregående vedtak skal evalueres selv om det følger ganske umiddelbart et nytt vedtak som nevnt under pkt. 2.

- For pasienter under tvunget vern uten døgnopphold som eksempelvis er underlagt tvangsmedisineringsvedtak, vil det være naturlig å gjennomføre samtale ifm. undersøkelse og vurdering av om nytt tvangsmedisineringsvedtak skal treffes.

- o **Deltakere:**

- For vedtak etter §. 4-8 a, gjennomføres samtalen som hovedregel av faglig ansvarlig for vedtaket. Se for øvrig punkt. 3.

- I andre tilfeller er det naturlig at den som er pasientens behandler på delegasjon av faglig ansvarlig gjennomfører samtalen sammen med pasientens primærkontakt eller annen ansatt

som deltok i aktuell hendelse.

o **Dokumentasjon:**

- Det skal i elektronisk pasientjournal DIPS opprettes et notat kalt "**Ettersamtale § 4-2 Vern av integritet**".

- Det skal fremgå av journalen at samtale med pasient er gjennomført. Samtale som omtalt i punkt 1 skal tilbys alle pasienter, men det er frivillig om pasienten ønsker å gjennomføre denne. Det skal fremgå av journalen at pasienten eventuelt ikke ønsker å delta. Selv om en pasient avslår tilbud om samtale, skal vedkommende ha nytt tilbud etter eventuell senere iverksettelse av samme type tiltak. I de tilfeller samtale ikke har latt seg gjennomføre eksempelvis grunnet pasientens psykiske tilstand, må dette fremkomme i journalen.

- Ved gjennomført samtale skal plan for behandling / pleieplan revideres så fremt dette er gjennomførbart.

- Den som leder samtalen skal informere pasienten om klageadgang til kontrollkommisjonen.

o **Innhold skal tilpasses samtalen og kan eksempelvis omfatte følgende spørsmål:**

- Når og på hvilken måte merket pasienten eksempelvis frustrasjon/uro/sinne/aggresjon? (forvarsler).

- Hva var hendelsen? (kort om sårbarhetssammenhenger/risikosituasjoner).

- Hvilke tanker og følelser har pasienten i ettertid?

- Hva var pasientens opplevelse av kontroll?

- Informere om hvordan personalet vurderte situasjonen.

- Identifisere eventuelle alternative måter å forstå oppstått hendelse.

- Fremhever pasienten noen faktorer hos personalet som bidrar til å eskalere eller deeskalere hendelsen?

- Identifisere eventuelle alternative måter å løse situasjonen på og om andre typer tvangsmidler har en lempeligere hensikt. Skal dokumenteres.

o **Tillegg ved samtale etter bruk av tvangsmidler: undersøk hvordan pasienten opplevde dette:**

- Hva er pasientens forklaring på at han eller hun ble utsatt for tvang / tvangsmidler i den konkrete hendelsen?

- Var det noe som ble opplevd spesielt vanskelig?

- Hva mener pasienten personalet kunne gjort annerledes?

- Kunne pasienten ha gjort noe annerledes?

- Gir pasienten uttrykk for at noe ble opplevd / håndtert bra? Evt. hva?

Hjelpeskjema tilknyttet spørsmål om bruk av tvangsmidler, jfr. § 4-8, finnes under

arkfane «Relatert»:

- Det anbefales at mal medbringes til samtalen med pasienten som et hjelpeverktøy og at denne skannes inn i pasientjournalen i etterkant som en del av punktet om dokumentasjon.

5. Avvik:

Kan ikke fravikes såfremt det ikke foreligger journalført begrunnelse som nevnt i denne rutinen. Andre avvik knyttet til rutinen skal registreres i sykehuset sitt avvikssystem Synergi.

6. Kilder/Referanser:

[Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern \(psykisk helsevernloven\)](#)

[Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer](#)

Vedlegg

 [KPHV - Mal - Samtale med pasient - Etter vedtak i Phvl § 4-8](#)

8.7 Vedlegg 7: Mail til Helsedirektoratet

Fra: Anita Heggenes <anita-heggenes@hotmail.com>
Sendt: torsdag 7. mai 2020 14:47
Til: Postmottak (Ekstern post til arkivet) <f-arkivar@helsedir.no>
Emne: Statistikk på ettersamtaler ved bruk av skjerming i psykisk helsevern

Hei.

Jeg er masterstudent ved UiS og skriver nå min masteroppgave om "Helsepersonells erfaringer med ettersamtaler med pasienter ved bruk av skjerming i psykisk helsevern".

I den forbindelse lurer jeg på om det finnes tall/statistikk på **gjennomføring av ettersamtaler** etter skjermingsvedtak i psykisk helsevern? Slike tall ville være interessante å inkludere i min studie, sammen med tallene for skjermingsvedtak.

Jeg har blitt forespeilet at slike tall ikke finnes. Hvis det stemmer skulle jeg gjerne hatt det skriftlig slik at jeg kan bruke det i oppgaven min.

Mvh.
Anita Heggenes, Masterstudent ved UiS

Svar på spørsmål om statistikk på ettersamtaler ved bruk av skjerming i psykisk helsevern



Karin Irene Gravbrøt <Karin.Irene.Gravbrot@helsedir.no>

ma. 11.05.2020 12:05

Du ↕

Hei

Registrering og rapportering av gjennomførte ettersamtaler etter skjerming i psykisk helsevern er per i dag ikke inkludert i rapporteringen til Norsk pasientregister.

Med vennlig hilsen

Karin Irene Gravbrøt
seniorrådgiver
avdeling spesialisthelsetjenester
divisjon kvalitet og forløp
mobil: 902 50 967



Postadresse: Pb 220 Skøyen, 0213 Oslo
Besøksadresse: Vitaminveien 4, 0485 Oslo
<https://helsedirektoratet.no> <https://helsenorge.no/>
<https://medium.com/helseaktuelt>

 Tenk på miljøet; ikke skriv ut denne e-posten hvis det ikke er helt nødvendig