



U i T

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for helse- og omsorgsfag

Faglig skjønn og skjerming

-en kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer i bruk av faglig skjønn i møte med psykotiske pasienter på psykiatriske akuttposter.

Mikal Nilsen

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse. Mai 2017



*”Alarmen hadde gått
han stod i stua med mange menn rundt seg
masse personale
store sterke menn
jeg hadde sett han på rommet tidligere
han hadde sittet alene
han ville ikke komme ut
han kjente ingen
ikke leger
ville ikke snakke med noen
jeg oppfattet ikke han som truende
viss jeg fikk han ut av situasjonen ville ingen tape ansikt
han eller noen andre
så jeg tok en kopp kaffe
gikk bort til han
så sa jeg
no går vi på rommet
drikker kaffe og prater litt
så tok jeg pasienten med på rommet
alene
satte meg ned
og pratet med han”*

Sykepleier ”Lise” på psykiatrisk akuttpost

FORORD

Å skrive denne masteroppgaven har vært en spennende og lærerik prosess. Takk til min veileder Inger Marie Holm for nyttige innspill og oppmuntring underveis. Jeg ønsker også å takke mine deltagere som har delt erfaringer med meg. Det har vært interessant å intervjuere og resultatet ble et rikholdig materiale. Videre vil jeg takke mine kollegaer for god støtte og rosende ord om mitt arbeid med oppgaven. Slik forskning trenger vi i akuttpsykiatrien, er en kommentar jeg ofte har hørt siste året.

Mikal Nilsen

Sammendrag

Bakgrunn/hensikt: I den senere tid har det vært fokus på psykiatriske akuttposter i lokale og riksdekkende aviser. Mye av denne kritikken handler om at pasienter opplever det er mye bruk av tvang når de er innlagt. Det å skjerme en pasient fra omgivelsene og de andre pasientene er en form for tvang. Hensikten med denne studien er å bidra med innspill i diskusjonen rundt tvangsbruk i psykiatrien og peke på mulige løsninger for å redusere tvangsbruk gjennom økt fokus på faglig skjønn.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har sykepleiere med bruk av faglig skjønn i skjermingssituasjoner med psykotiske pasienter på psykiatriske akuttposter?

Metode: Studien er kvalitativ. Data ble samlet inn gjennom fire semistrukturerte forskningsintervju.

Resultater: Sykepleierene mener kunnskap, følelse av trygghet i jobben, evne til å sette grenser for pasienter og refleksjon over egen praksis er viktig for å utøve faglig skjønn i sitt arbeide. Ikke minst er et handlingsrom fastsatt av ledere og myndigheter avgjørende.

Nøkkelord: Faglig skjønn, skjerming, akuttpsykiatri, sykepleier, kunnskap, trygghet, grensesetting, handlingsrom, refleksjon.

Abstract

Background and purpose: In the recent years many recorded psychiatric emergency cases have been highlighted in the local and national newspapers. Most of criticism being written were how predominantly the use of force method been experienced by the patients. In protecting a patient from such as environment and also for other constraints, the purpose of this study is to provide more inputs to an open discussion in psychiatry coercion practice and how to reduce it by increasing the professional judgment method further more.

Research question: What experiences do nurses have using professional judgment in situation of seclusion of psychotic patients in psychiatric acute wards?

Method: The research is using qualitative methodology. Data were collected with four semi-structured research interviews.

Results and conclusion: According to the nurses, these are the most important factors to practice professional judgement method: Knowledge, feeling safe at work, being able to set limits for patients and having the opportunity for reflection on their own practice. Last, but not the least, it is necessary to have flexibility, being set up by leaders and government supports.

Keywords: Professional judgment, seclusion, acute psychiatry, nursing, knowledge, safety, boundaries, latitude, reflection

Innhold

1 INNLEDNING	8
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	8
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	8
1.3 OPPGAVENS OPPBYGNING	9
1.4 TIDLIGERE FORSKNING	9
2 TEORI	14
2.1 PSYKOSE	14
2.2 SKJERMING	15
2.2.1 ORGANISERING AV SKJERMING	16
2.3 FAGLIG SKJØNN	16
2.3.1 TEORETISK STÅSTEDER PÅ BRUK AV FAGLIG SKJØNN	18
2.4 FRA NOVISE TIL EKSPERT	18
2.5 KUNNSKAP I HANDLING	20
2.5.1 TAUS KUNNSKAP	21
2.6 SKJØNN OG SYKEPLEIE	21
2.6.1 KLOKSKAPENS HANDLING	22
2.6.2 PERSONORIENTERT PROFESJONALITET	23
3 METODE	24
3.1 VALG AV METODE	24
3.2 FORFORSTÅELSE OG KLARGJØRING AV EGEN ROLLE	25
3.3 UTVALG OG REKRUTTERING AV DELTAGERE	26
3.4 INTERVJUGUIDE OG GJENNOMFØRING AV INTERVJU	28
3.5 TRANSKRIPSJONSFASEN	29
3.6 ANALYSEFASEN	30
3.8 ETISKE BETRAKTNINGER OG RETNINGSLINJER	35
4 PRESENTASJON AV RESULTATER	37
4.1 KUNNSKAP	37
4.1.1 KUNNSKAP OM DIAGNOSER	37
4.1.2 BRUKE KUNNSKAPEN I PRAKSIS	38
4.2 TRYGGHET	39
4.2.1 GJØRE AVTALE MED PASIENT	39
4.2.2 SITTE SAMMEN MED PASIENTEN	40
4.2.3 Å KJENNE PASIENTEN	41
4.2.4 SNAKKE OM GJENNBARE TING	42
4.3 GRENSESETTING	43
4.3.1 NOEN ØNSKER Å VÆRE SKJERMET	43
4.3.2 DET ER EI GRENSE FOR ALT	43
4.3.3 BEHOVET FOR SKJERMING KAN FORANDRE SEG	45
4.4 HANDLINGSROM	45
4.4.1 LOVVERKET STYRER DET VI GJØR	45
4.4.2 RESSURSER	46
4.5 REFLEKSJON	47
4.5.1 FOREBYGGE URO	47
4.5.2 REFLEKSJON OVER EGEN PRAKSIS	48

5 DISKUSJON	50
5.1 KUNNSKAP	50
5.2 TRYGGHET	53
5.2.1 Å GJØRE AVTALE MED PASIENT	54
5.2.2 SITTE SAMMEN MED PASIENT	55
5.2.3 Å KJENNE PASIENTEN	56
5.3 GRENSESETTING	57
5.3.1 NOEN ØNSKER Å VÆRE SKJERMET	57
5.3.2 DET ER EI GRENSE FOR ALT	57
5.3.3 BEHOVET FOR SKJERMING KAN FORANDRE SEG	58
5.4 HANDLINGSROM	59
5.5 REFLEKSJON	61
5.5.1 FOREBYGGE URO	61
5.5.2 REFLEKSJON OVER EGEN PRAKSIS	62
6 AVSLUTNING	65
6.1 STYRKER OG BEGRENSNINGER VED STUDIEN	65
6.2 OPPSUMMERING	66
6.3 VEIEN VIDERE	67
LITTERATURLISTE	68
VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV	70
VEDLEGG 2: SAMTYKKESKJEMA	72
VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE	73
VEDLEGG 4: GODKJENNINGSBREV FRA NSD	75

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helseminister Bent Høie skrev en kronikk i Aftenposten den 12. april 2016 under følgende overskrift: ”Bruken av tvang i psykiatrien går ikke ned, det kan vi ikke leve med”(Høie, 2016). Han mener det brukes for mye tvang i norsk helsevesen. Høie har fått signaler om at mange pasienter opplever at de ikke blir lyttet til. ”Tvang kan forsterke angsten til pasienten som er engstelig og den kan forsterke ydmykelsen til den som er blitt ydmyket. Tvang skal derfor være siste utvei når alle andre veier er prøvd og viser seg å være stengt”, skriver helseministeren i kronikken. I enkelte tilfeller er det likevel nødvendig å bruke tvang, men for den det gjelder kan det være svært krenkende og traumatisk. Mye tyder imidlertid på at tvang noen ganger blir tatt i bruk før alt annet er prøvd, og at tvang blir brukt på feil måte (Høie, 2016). Helseministeren vil at pasienten skal bli mer hørt, for å sikre at det blir foretatt grundigere vurderinger av pasienten før han eller hun tvangsmediseres eller legges i belter eller skjermes (Høie, 2016).

Fra tidligere har det ifølge Bjørgen et al., (2014), som skriver i tidsskriftet Erfaringskompetanse, vært en tverrpolitisk målsetting å oppnå økt frivillighet i psykisk helsevern. Helse og omsorgsdepartementet lanserte derfor i juli 2012 en strategi som heter ”Bedre kvalitet – økt frivillighet”. Målet med strategien er å redusere bruken av tvang ved å dreie fokus mot forebygging, særlig i spesialisthelsetjenesten som inkluderer akuttpsykiatriske poster. Alternative frivillige løsninger skal baseres på mest mulig likeverd mellom brukere, pårørende og helsepersonell (Bjørgen et al., 2014). Slike frivillige løsninger kan være gode alternativer til skjerming og tvang i akuttpsykiatrien. Til tross for mange års arbeid for mindre tvang og mer frivillighet har ikke arbeidet gitt synlige resultater ifølge Høie (2016).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Arbeidet ved en akuttpsykiatrisk post består blant annet i å ta stilling til om psykotiske pasienter skal skjermes. Å skjerme en pasient handler blant annet om å bruke tvang i behandlingen (Lovdata, 2012). Målet med oppgaven er å bidra med innspill i diskusjonen rundt tvangsbruk i psykiatrien og peke på bruk av faglig skjønn for å redusere tvangsbruken. Med dette som utgangspunkt er problemstillingen slik:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med bruk av faglig skjønn i skjermingssituasjoner med psykotiske pasienter på psykiatriske akuttposter?

1.3 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1 presenterer tema, problemstilling og tidligere forskning. Kapittel 2 gjennomgår teori om tre sentrale begreper i studien; Faglig skjønn, skjerming og psykose. Kapitlet inneholder også en gjennomgang av tre sentrale teorier knyttet til oppgavens problemstilling. Kapittel 3 er viet metode. Det tar for seg vitenskapelig perspektiv, egen forforståelse, valg av deltagere, gjennomføring av intervju, i tillegg til en beskrivelse av analysefasen og etiske refleksjoner. Kapittel 4 presenterer studiens resultater. Kapittel 5 diskuterer resultatene med utgangspunkt i oppgavens problemstilling, teoretiske rammer og tidligere forskning. Til slutt, i kapittel 6, en kritisk refleksjon rundt eget arbeid med forskningsprosjektet, studiens styrker og begrensninger, oppsummering/konklusjon og avslutningsvis om veien videre.

1.4 Tidligere forskning

Databaser som SweMed+, PubMed, Norart, CINAHL, Idunn og Munin er gjennom hele forskningsprosessen benyttet for å søke etter artikler og annen litteratur. Søkeordene er valgt med utgangspunkt i tema og problemstilling. På norsk har følgende søkeord vært benyttet: Faglig skjønn, skjerming, akuttpsykiatri, sykepleier, psykose og kvalitativ metode. På engelsk er disse søkeordene brukt; Seclusion (skjerming), restraint (som betyr innskrenkning eller forbud), acute psychiatric, nurse, psychosis and qualitative method.

Søkene er gjort med enkeltord og ulike kombinasjoner av utvalgte søkeord. Eksempel på søk kan være den norske databasen Norat, der det er 11 treff på ordet skjerming. I PubMed er det 615 treff på ordet seclusion i kombinasjon med restraint. SweMed+ ga fire treff på ordet faglig skjønn. Hva angår kombinasjon av søkeordene faglig skjønn og skjerming, ble det ingen treff i nevnte databaser. I det følgende presenteres de ni mest relevante studiene fra søkene, som belyser innfallsvinkler til temaet skjerming av pasienter i akuttpsykiatriske poster. Det omfatter fire norske og fem utenlandske studier.

Solfrid Vatne (2003) har skrevet en doktorgradsavhandling med tittelen; *Korrigere og anerkjenne, -sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Hun har studert sykepleiere som grensesetter (skjermer) pasienter som er innlagt på psykiatrisk avdeling. Oppgaven har til hensikt å bidra til mer kunnskap og å finne bedre metoder for grensesetting. Metoden i studien er observasjoner av pasienter i skjermingssituasjoner og kvalitative intervju med 11 sykepleiere. Avhandlingen får fram kompleksiteten forbundet med grensesetting på en akuttpsykiatrisk behandlingspost. Sykepleierne vekslet mellom en korrigerende og en anerkjennende holdning til pasientene.

Systematisk refleksjon gjorde det mulig å øke sykepleiernes bevissthet om negative effekter av det korrigerende perspektivet i behandlingsopplegget på posten. Den korrigerende avferd som ble funnet anvendt i denne posten likner samfunnets oppdragelsesformer overfor barn/ungdom. Vatnes avhandling har praktisk relevans der sosiale relasjoner preges av store maktforskjeller og ulike former for frihetsberøving (Vatne, 2003).

Reidun Norvoll (2007) har skrevet doktorgradsavhandlingen; ”*Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*”. Norvoll har i en periode fra 2001 til 2003 gjort feltarbeid i to akuttposter ved to ulike sykehus. Hun brukte deltakende observasjon og intervju som metode. Norvoll observerte 36 pasienter og intervjuet 14 ansatte. Hun fant blant annet at personalet ikke fikk brukt seg aktivt og faglig slik skjerminga var organisert. Over halvparten av pasientene opplevde skjerming som fengsel og så det som straff. Noen ble dårligere av skjerming og fikk angst og klaustrofobi. Andre var redde for å bli innelåste. Noen pasienter opplevde det som trygt at personalet var i nærheten. Norvoll sier skjerming på mange måter er det lukkede rom der pasienter og pleiere er overlatt til å løse vanskelige problemstillinger på egenhånd. Norvoll mener det derfor er viktig å åpne postene og finne alternative metoder og gode diskusjoner om innholdet i skjermingen. Hun viser til at mange pasienter gir tilbakemeldinger om krenkelser, maktbruk og liten deltagelse under skjerming i akuttpsykiatrisk post (Norvoll, 2007).

Rolf Wynn (2004) har skrevet en doktorgradsavhandling som heter; *Restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital*. Dette er en kvantitativ studie om skjerming og bruk av tvang ved en psykiatrisk avdeling ved et universitetssykehus i Norge. Funnene i studien viser blant annet at dersom personalet skal føle seg trygge i jobben må de ha kunnskap om alternativer til tvang. Studien viser også til hvor viktig det er å undervise personalet om hvilke konsekvenser skjerming og tvang har for pasientene. Et annet sentralt funn i Wynns studie er at flere pasienter opplever skjerming som noe negativt som har innvirkning på tilfredsheten med behandlingen (Wynn, 2004).

En artikkel *Seclusion in emergency psychiatry*, publisert i Tidskrift for Den norske legeförening i januar 2015 (Norvoll et.al., 2015) bygger på et omfattende litteratursøk om bruk av skjerming i akuttpsykiatriske poster. Artikkelen er basert på systematiske søk i nasjonale og internasjonale databaser for årene 1930 til 2013. Målet med studien har vært å kartlegge hvilke behandlingmessige resultat skjerming har. Resultatene viser at skjerming

som behandlingsmetode ikke har noen dokumentert effekt. Manglende effektstudier gjør at vi i dag har lite kunnskap om nytten av behandling med skjerming. Det er høy grad av diskrepans mellom metodens kliniske utbredelse og det kunnskapsmessige grunnlaget. Begrepet skjerming dekker ulike tilnærminger, og det kunnskapsmessige grunnlaget er generelt svakt. For å kunne evaluere og eventuelt endre dagens praksis er det et klart behov for mer forskning på ulike typer skjerming og på effekten av det (Norvoll et al., 2015).

En systematisk litteraturstudie fra England *Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities* (Gaskin et al., 2007) gjennomgår litteratur om skjerming og isolasjon i psykiatriske enheter. Målet var å finne frem til tiltak som kan bidra til å redusere bruk av skjerming i psykiatriske enheter. Det ble konkludert med følgende tiltak som nødvendige for å redusere skjermingshyppigheten:

1. Økt kvalitet i behandlingsplaner
2. Videreutdanning av personalet
3. Å inkludere pasientene som aktive deltakere i egen behandling
4. Å ansette flere fagfolk
5. Å øke sikkerheten for personalet
6. Å endre det terapautiske miljø
7. Tettere oppfølging av den enkelte pasient.

Tiltak på et overordnet plan som blant annet politiske føringer og lovendringer, ble også vurdert som nødvendige grep for å redusere bruk av skjerming (Gaskin et al., 2007).

I en amerikansk litteraturstudie (Scanlan, 2009) *Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in patient psychiatric settings: what we know so far*, undersøkes hva som skal til for å redusere antall skjerminger (isolat) i psykiatriske institusjoner. Totalt 29 artikler/studier som omhandlet skjerming/isolasjon, ble gjennomgått. Det ble konkludert med at for å oppnå et mål om å redusere hyppighet og varighet for skjerming og samtidig opprettholde et trygt arbeidsmiljø, var det nødvendig å oppfylle punkt 1-7 under:

1. Endringer i retningslinjer og lederskap
2. Ekstern gjennomgang og debriefing (kontrollorgan utenifra, ettersamtaler)
3. Databruk (dokumentasjon om hendelser)

4. Trening (forebygging, alternativer til skjerming)
5. Familiens engasjement
6. Økning i antall ansatte
7. Endringer i behandlingsprogrammer

Det ble i tillegg anbefalt videre systematisk forskning om temaet “seclusion” for å forstå hvilke endringer som må iverksettes for ytterligere reduksjon av skjerming og isolasjon (Scanlan, 2009).

I en russisk studie, *The use of restraint and seclusion in a psychiatric ward* (Nakakis & Ouzouni, 2013), var formålet å kartlegge problemer som oppstår ved bruk av tvang og isolasjon i psykiatriske avdelinger. Bakgrunnen for kartleggingen var at bruk av tvang og isolasjon for å kontrollere pasienters voldelige atferd har vært vanlig i russisk psykiatripraksis i flere tiår. Et litteratursøk ble utført i en rekke ulike databaser med relevante søkeord. Resultatet fra den russiske undersøkelsen kan kort sammenfattes slik: Skjerming som terapeutisk intervensjon brukes i psykiatriske avdelinger for å gi fysisk beskyttelse for pasienten, andre pasienter og de ansatte, samtidig som at man skal opprettholde avdelingens terapeutisk miljø. Det fremheves i studien at det eksisterer retningslinjer for bruk av tvang og isolasjon. Den terapeutiske bruken av isolasjon er akseptabel så lenge instruksjoner og retningslinjer følges. Det ble imidlertid konkludert med at det må rettes fokus mot helsepersonell, *særlig sykepleiere*, som er direkte involvert i gjennomføringen av tvangen for å minimere bruken av den. Det ble poengtert at dette kan oppnåes gjennom opplæring av ansatte og tilstrekkelig bemanning (Nakakis & Ouzouni, 2013).

I en undersøkelse fra Nederland, *Seclusion; The perspective of the nurses* (Vandernagel et al., 2009) intervjues åtte sykepleiere om hvordan de opplever prosessen med å skjerme pasienter. Kunnskap om dette er nyttig for å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen og i forebygging av arbeidsrelatert stress. Studien beskriver blant annet følelser sykepleiere har når de står i en skjermingssituasjon. Sykepleieren føler spenning, makt og tillit når de skjermer pasienten, men det ble også avdekket følelser slik som sinne og avsky mot pasientene (Vandernagel et al., 2009).

En undersøkelse fra Irland, *Restraint and seclusion: a distressing treatment option* (Moran et al., 2009), presenterer en debatt om ulike behandlingsalternativer i psykiatriske sykehus.

Debatten handler om at skjerming av pasienter (bruk av tvang) kan skape dilemma for sykepleiere fordi det kan utløse sterke emosjonelle følelser hos de berørte. I denne studien utforskes hvilke følelser sykepleiere opplever i sitt arbeid med skjerming og bruk av tvang rettet mot pasienter. Til sammen 23 sykepleiere deltok i tre fokusgruppeintervjuer. Et sentralt funn var at sykepleiernes opplevelse av å bruke tvang i sitt arbeid ofte fører til at de undertrykker eller fortrenger sine plagsomme følelser (Moran et al., 2009).

Oppsummert viser tidligere forskning presentert ovenfor at skjerming av pasienter i akuttpsykiatriske poster er en behandlingsform uten dokumentert behandlingmessig effekt, som dermed bør begrenses. Flere studier beskriver at mange pasienter klager på denne type praksis fordi de føler seg innestengte, isolerte og i noen tilfeller også krenket og utsatt for maktmisbruk. Konklusjoner og funn viser at det i stor grad er samsvar mellom norske og internasjonale studier på dette feltet. Flere av studiene viser videre at sykepleiere som jobber med å skjerme pasienter opplever økt stress i arbeidshverdagen. Det poengteres imidlertid flere ganger at skjerming som metode kan være nødvendig for å beskytte medpasienter og personale. Mange av studiene vektlegger undervisning og videreutdanning av helsepersonell. *Tilstrekkelig* bemanning er også viktig. Politiske føringer og lover på et overordnet plan legger viktige føringer for hvordan man skal håndtere psykotiske pasienter som har behov for skjerming.

2 TEORI

Bakgrunnen for denne studien er å belyse hvordan faglig skjønn kan brukes når sykepleiere må ta stilling til om psykotiske pasienter skal skjermes eller ikke. Teorikapitlet begynner med en gjennomgang av begrepene psykose, skjerming og faglig skjønn. Psykoser kan forstås som en diagnose og en tilstand. Skjerming har med tvang å gjøre, og jeg vil vise til lovverket bak dette. Faglig skjønn har med god dømmekraft å gjøre og til slutt vil relevant sykepleieteori knyttes opp mot bruk og utvikling av faglig skjønn. Jeg har valgt tre teoretiske ståsteder: Patricia Benner sin teori om ferdighetsnivåer til sykepleiere, Bengt Molander sitt teoretiske ståsted *kunnskap i handling* og Kari Martinsen sin forståelse av skjønn og sykepleie.

2.1 Psykose

En psykose er en tilstand som virker inn på personens evne til å møte de krav livet stiller. Psykosene preges av hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser eller forvirring (Hummelvoll, 2012). De kan være akutte og forbigående eller de kan være del av andre psykiske sykdommer slik som stemningslidelser (bipolar), manier, schizofreni og paranoide tilstander (Hummelvoll, 2012). En måte å definere psykose er:

En psykose er en tilstand hvor personens mentale kapasitet til å oppfatte virkeligheten, kommunisere og forholde seg til andre mennesker, er svekket (Wilson & Kneisel, 1996 i Hummelvoll, 2012 s.337).

Psykosen skaper undring, engstelse og usikkerhet hos de personer som er rundt pasienten. Pasienten lever i en virkelighet som er annerledes enn de fleste erfarer (Hummelvoll, 2012). Skårderud et al. (2010) skriver om psykose at det er å ha en forandret virkelighetsoppfatning eller en realitetsbrist. Den psykotiske personen oppfatter ikke sin egen rolle på samme måte som andre gjør, men har havnet i en tilstand som er fordreid, usammenhengende eller kaotisk (Skårderud et al., 2010). Hummelvoll (2012) uttrykker det slik hva angår en mulig inngang til en psykotisk pasient:

Den væremåten som den psykotiske person viser gjennom språk, holdninger og handlinger, gir en mulig innfallsport til hans opplevelse av seg selv og verden omkring (Hummelvoll, 2012 s. 337).

Diagnosen er imidlertid av underordnet betydning, ifølge Hummelvoll. Det viktigste er å forstå det særegne i pasienten sin situasjon (Hummelvoll, 2012). Om man skal hjelpe en

psykotisk pasient er det nødvendig å få en forståelse av hvordan pasienten sanser, tenker og vurderer seg selv, og på hvilken måte pasienten samhandler med andre og omgivelsene generelt (Hummelvoll, 2012). Mennesker i psykose fungerer dårlig sosialt, og kan isolere seg fra omverden (Skårderud et al., 2010).

Pasienter med sykdommen eller diagnosen psykose har tankefortyrrelser og blir ofte lagt inn på akuttpsykiatriske avdelinger (Norvoll et al., 2015). I norsk helsevesen er psykiatriske akuttposter en lovpålagt øyeblikkelig hjelpefunksjon som innebærer å ta imot, vurdere og behandle pasienter som har behov for spesialisert kompetanse innen psykiatri (Hummelvoll, 2012). Eksempler på tilstander hvor akutt psykiatrisk behandling er nødvendig, kan være selvmordsfare, rusproblemer, depresjoner eller *psykoser*. Innen akuttpsykiatrisk behandling benyttes medikamentell behandling, samtaler, miljøterapi og *skjerming* (Hummelvoll, 2012)

2.2 Skjerming

Det å skjerme eksempelvis en psykotisk pasient innebærer å ta vedkommende vekk fra det sosiale fellesskapet. Skjermingen kan foregå på en skjermingsenhet, det vil si et avgrenset areal inne i avdelingen som er stengt med en dør, eller det kan være en liten avdeling i avdelingen, med egen stue og kjøkken. Det er også vanlig å skjerme pasienter inne på eget rom. Skjerming er et tiltak som benyttes hyppig i psykiatriske døgnavdelinger, særlig i psykiatriske akuttposter (Norvoll et al., 2015). Skjerming har med tvang å gjøre og er dermed tett knyttet til lovverket. Lovens betydning er derfor både nødvendig og relevant å tydeliggjøre i denne sammenheng. Psykiater eller psykolog er ansvarlig for å fatte vedtak om skjerming i henhold til § 4-3 i lov om psykisk helsevern av 2012 der følgende er lovfestet om skjerming:

Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 24 timer. Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknende som innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer. Vedtak om skjerming skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Vedtak kan bare treffes for inntil to uker om gangen. Vedtak om skjerming og om forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkomisjonen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende (Lovdata, 2012).

Det skjermes når pasienten er verbalt og fysisk utagerende, selvskadene, eller kan skade andre. Videre når pasienten er oppløst og kaotisk i fellesmiljøet sammen med andre, har stor angst, svært mistenksom og ikke tåler nærhet til andre mennesker (Vatne, 2006). Hensikten med skjerminga er å hjelpe pasienten til å gjenvinne kontrollen, eller fotfeste, når pasienten ikke har kontroll over sine tanker eller atferd (Vatne, 2006). Det å skjerme en pasient handler om å bruke tvang, og nettopp bruk av tvang er en av psykiatriens grunnlagsproblemer (Skårderud et al., 2010). Det handler om at:

Den enkelte på grunn av alvorlig psykisk lidelse kan motarbeide sitt eget beste og at psykiatrien er satt til å forvalte den enkeltes beste, men også omgivelsens beste (Skårderud et al., 2010 s.263).

Skjerming bidrar til å skape struktur, oversikt, sikkerhet, trygghet og forutsigbarhet både hos pasienten, medpasienter og det øvrige personalet. Man begrenser antall stimuli i omgivelsene slik at pasienten samler seg og kan falle til ro (Vaglun et.al, 1984).

2.2.1 Organisering av skjerming

Skjerming vil si at pasienten oppholder seg på skjermingsenheten sammen med personell, i en lukket avgrenset fysisk enhet, med begrensede muligheter for stimuli, og bestemte regler for atferd (Vatne, 2006). Skjerming organiseres gjerne ved at pasienten som er skjermet på rom oftest har en fastvakt som sitter på en stol rett utenfor døren eller inne på pasientens rom. Denne kontaktpersonen vil hjelpe og rettlede pasienten. Pleieren som skjermer pasienten skal være en brobygger mellom pasienten sin indre kaotiske verden og den ytre virkeligheten (Vaglun et al., 1984). Vatne (2006) skriver metaforisk at sykepleieren som skjermer pasienten er en livbøye til pasienten som befinner seg i et opprørt hav. Det vil si at en pasient som er kaotisk og oppløst i sin væremåte og følelser skal finne trøst og støtte i en rolig, avbalansert og klartenkt sykepleier. Sykepleieren må balansere mellom nærhet og avstand til pasienten (Vatne 2006) ut fra pasienten sine ønsker og det som føles naturlig i den aktuelle situasjon.

2.3 Faglig skjønn

Faglig skjønn er et særnorsk begrep som kan forstås på ulike måter (Grimen & Molander, 2008). ”Det norske ordet skjønn kommer fra det norrøne ordet skyn og betyr slike ting som omdømme, forstand, dømmekraft, vurdering og vett” (Grimen & Molander, 2008 s.180). Det kan også bety verbet å skynja som betyr å forstå, innse, gjøre seg opp en mening om (Hanssen & Humerfelt, 2010). Faglig skjønn er noe vi bruker hver dag i jobben uten at vi tenker over

det og er gjerne relatert til arbeid i sosial, helse og omsorgsyrkene (Grimen & Molander, 2008).

En fullt ut dekkende teori om faglig skjønn finnes ikke i dag (Grimen & Molander, 2008). En metafor på det faglige skjønn kan være et bilde av en smultring, der ringen rundt hullet utgjør lover og regler fastsatt av helsemyndighetene. Det åpne rommet i smultringen er det frie rommet den profesjonelle har til å vurdere situasjonen og til å ta beslutninger basert på skjønn (Dworkin 1978 i Grimen & Molander, 2008).

”Profesjonelt arbeid beskrives ofte som skjønnbasert” (Grimen & Molander, 2008 s.179). Man anvender generell kunnskap, nedfelt i handlingsregler, på enkelttilfeller. Og, når man fatter slike beslutninger bruker man dømmekraft (Grimen & Molander, 2008). Altså, det må være en viss grad av ubestemthet i ulike avgjørelser som skal fattes, hvis ikke er det ikke grunnlag for en profesjon sin legitime kontroll over visse arbeidsoppgaver. Hvem som helst kunne da ha utført arbeidsoppgavene (Grimen & Molander, 2008). Det faglige skjønn kjennetegnes ved at det utøves på bakgrunn av spesifikk fagkunnskap den profesjonelle innehar, ut fra sin utdanningsbakgrunn. Det vil også være kunnskap om spesielle fremgangsmåter eller metoder som benyttes innenfor relasjonelt arbeid eller omsorgsarbeid (Hanssen & Humerfelt, 2010). Et eksempel på en profesjon kan være en sykepleier som har lest pensumlitteratur og bestått eksamener. Tidligere var det eksempelvis bare leger, psykologer, jurister og prester som med rette kunne kalle seg en profesjon eller det å være profesjonell. I ettertid har også de fleste treårige høyskoleutdanningene fått profesjonsstatus. Dette har sammenheng med økt fokus på evidensbasert praksis (Grimen & Molander, 2008). Dagens syn på evidens innebærer at beslutninger innen for eksempel psykisk helsearbeid skal være basert på tre kunnskapskilder. Først er det brukernes eller pasientene sine erfaringer. Deretter tilgjengelig vitenskapelig kunnskap om et tema. Til slutt er det de profesjonelle eller sykepleierene sine erfaringer (Hummelvoll, 2012).

En annen måte å betrakte skjønn på er å ha *grepet*, som er et godt norsk uttrykk (Hanssen & Humerfelt, 2010). Forskjellen på gode og dårlige helsearbeidere er at de gode har *grepet* på det de gjør (Hjort, 2009 i Hanssen & Humerfelt, 2010). Det er altså ulike tilnærminger til begrepet skjønn i faglitteraturen. Felles for disse tilnærmingene er imidlertid begrepet dømmekraft som en egenskap i skjønnutøvelse. Dømmekraft består av å kunne vurdere og beslutte (Hanssen & Humerfelt, 2010). Når man skal beslutte noe må avveiningen være basert

på kjent kunnskap, både teoretisk og ikke minst praktisk. Dersom det var slik at den samme handlingsregelen gjaldt for alle pasienter ville det ikke vært profesjonelt arbeid. Den profesjonelle, for eksempel den erfarne sykepleier, må kunne redegjøre for, og reflektere over det grunnlaget som en beslutning er fattet på. Hvis ikke blir det bare ”synsing” og ikke profesjonelt arbeid (Hanssen & Humerfelt, 2010).

En sykepleier utøver altså faglig skjønn. Det vil si å anvende generell kunnskap, erfaring og dømmekraft til å ta beslutninger om enkelttilfeller (Grimen & Molander, 2008). Å skjerme pasienter krever, i tillegg kunnskap og retningslinjer, at man er reflektert og årvåken samt utviser engasjement og tilstedeværelse. Man må kontinuerlig reflektere over det man gjør eller ikke gjør. Hvis det å vurdere om en pasient trenger skjerming eller ikke var en type arbeid hvem som helst kunne utføre, ville det ikke være et profesjonelt arbeid (Grimen & Molander, 2008).

2.3.1 Teoretisk ståsteder på bruk av faglig skjønn

Å bruke sitt faglige skjønn har med erfaring å gjøre. Patricia Benner (1984) har skrevet en bok om hvordan sykepleieren utvikler sitt erfaringsnivå etter år i praksisfeltet, fra novise til ekspert. Hun viser til at skjønnet er noe som utvikles etter år med praksis, og at de dyktigste sykepleieren, ekspertene, er de som er flinkest til å anvende det. Bengt Molander (1996) har gitt ut boken *kunnskap i handling*, og skriver at kunnskap er en form for oppmerksomhet. Han er opptatt av hvordan man bruker kroppen, håndlaget og kroppsspråket, som kilde til kunnskap. Dette er former for taus kunnskap. Både kroppsspråk og taus kunnskap utvikles gjennom år med erfaring i praksisfeltet. Det er dermed relatert til god dømmekraft eller faglig skjønn som også er et resultat av erfaring. Kari Martinsen (1990) har skrevet om omsorg, skjønn og sykepleie. I skjønnet dominerer i følge Martinsen den praktiske kunnskapen, og den har både faglighet og omsorg i seg. Hun mener at å blindt følge instruksjoner og regler kan gå på bekostning av faglig skjønn. Jeg vil i det følgende gjøre rede for disse tre teoretiske ståstedene.

2.4 Fra novise til ekspert

I boka *From novice to expert* (1980) viser Patricia Benner til fem ferdighetsnivåer hos sykepleiere; novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert (Benner, 1984). I det følgende en kort gjennomgang av de fem ferdighetsnivåene: En *novise* har ingen tidligere erfaring med de situasjoner som det forventes at hun skal gjøre en innsats i. Hun handler ut i fra regler og prosedyrer. Atferden er rigid og hun har et distansert forhold til oppgaven

(Martinsen, 1996). En *avansert nybegynner* kan prestere en tilnærmedesvis akseptabel innsats. Hennes utførelser av oppgaver er bare rettet mot deler av situasjonene. Når hun får beskjed om å utføre en proedyre gjør hun det, selv om det hadde vært mer formålstjenlig og handlet annerledes (Benner, 1984).

En som er *kompetent* kan ha en bevisst og veloverveid planlegging bak sine handlinger. Dette utvikles gjennom er priode over 2-3 år i samme arbeidsforhold. Hun følger ikke bare regler, men kan avveie hvilken plan som kan legges og følges for å nå målet (Benner, 1984). Hun planlegger oppfølging av pasienten og bestemmer selv når hun synes det er nødvendig å diskutere behandlingsopplegget med pasienten. Hun er personlig involvert i det som skjer og gjør det som er best for pasienten uavhengig av nødvedigvis å følge proesdyrer og regler (Benner, 1984).

En *kyndig*, eller dyktig sykepleier gjenkjenner en situasjon med utgangspunkt i et helhetsbilde og erkjenner hvilke av situasjonens aspekter som er mest avgjørende. Vedkommende har en intuitiv fornemmelse for situasjonen basert på en dyp bakgrunnsforståelse (Benner, 1984). Det er kvalitativt sett et stort sprang mellom en kompetent og en kyndig aktør. Den kyndige sykepleieren har jobbet med samme type pasienter i 3-5 år og vet av erfaring hva hun kan forvente i en gitt situasjon. Erfaring er et nøkkelord for den kyndige (Benner, 1984).

Eksperten har med sin store erfaringsbakgrunn fått et intuitivt grep om hver situasjon og kan fokusere inn på den nøyaktige problemstillingen uten å bruke tid på overveielser og analytiske prinsipper (Martinsen, 1996). Evnen til å se hva som er mulig å gjøre er at av de kjennetegn som skiller en kompetent og kyndig sykepleier fra en som er ekspert i faget. Eksperten handler ut fra en dyp forståelse av totalsituasjonen. Når sykepleieren skal beskrive hvorfor hun gjorde som hun gjorde svarer hun ofte at det bare føltes riktig (Martinsen, 1996).

De tre første stegene hos Benner (1984), novise, avansert nybegynner og kompetent beskriver hvordan vi forstår helheten utifra delene. For den kyndige og eksperten er det helheten som strukturerer forståelsen. Benner (1984) sin teori om ferdighetsutvikling hos sykepleieren henger sammen med bruk og utvikling av faglig skjønn. Det faglige skjønnet, eller dømmekraften, utvikles etter som årene går. En *ekspert har* mer enn 5 års erfaring, i henhold til Benner (1984) sin teori.

2.5 Kunnskap i handling

Bengt Molander har skrevet boken *Kunnskap i handling* (1996). Han skriver om den levende kunnskapen som er i stadig bevegelse i veksling mellom innlevelse og distanse, mellom reaksjon og refleksjon, mellom del og helhet, mellom tillit og kritikk. Kunnskap er en form for oppmerksomhet. Denne kunnskapen kan ikke alltid fanges med ord, men vi kan styre denne oppmerksomheten, eller fokuseringen, slik at vi alltid er den bevisst (Molander, 1996). Molander (1996) deler kunnskap inn i tre deler:

1. Faktakunnskap: Dette er det teoretiske grunnlaget, eksempelvis det å kunne teori om diagnosen psykose. Dette kan man lese seg til, og på sykepleierutdanningene er det tilgjengelig teori om denne diagnosen på pensumlistene.

2. Ferdighetskunnskap: Denne type kunnskap har med håndlaget eller praktiske ferdigheter å gjøre. Eksempelvis å iverksette skjerming av en pasient. Det er et konkret gjøremål. Slik type kunnskap trenger man å øve på, ifølge Molander (1996)

3. Fortrolighetskunnskap: Det handler om måten sykepleieren opptrer på i møte med eksempelvis en psykotisk pasient. Det kan være måten man bruker kroppsspråket til å roe ned en opprørt pasient. Denne type handling er *taus kunnskap*. Bak fortrolighetskunnskap ligger forståelse, ferdigheter, kunst, oppmerksomhet, erfaringer og et personlig engasjement, skriver Molander (1996).

Disse tre kunnskapsformene er vevd sammen og blir brukt sammen. Fortrolighetskunnskap brukes imidlertid i stor grad blant sykepleiere i psykiatriske akuttposter uten at det blir dokumentert skriftlig. Dette er kunnskap som stadig forandres, og som også kan forbedres av den enkelte fagutøver. Det gjøres ved å lære av andre kollegaer og ved å reflektere over det man gjør (Molander, 1996). Hver enkelt må ta ansvar for sin læring, å skape kunnskap er en aktiv prosess. Man må stille spørsmål ved det man ikke forstår, men også ved det man gjør (Molander, 1996). For å oppnå kunnskap må man ifølge Molander (1996) være en person som vil lære og vite. En kunnskapsrik sykepleier reflekterer over sine handlinger. Man sammenlikner eksempler, bilder, tolkninger og handlinger fra tidligere hendelser med det nye i situasjonene. Det er en form for kontinuerlig refleksjon. Kunnskapen er i bevegelse (Molander, 1996).

2.5.1 Taus kunnskap

Molander definere taus kunnskap som ”klyfta mellan beskrivning och den verklighet som beskrivs” (Molander, 1996 s.39). Slik kunnskap er ikke lett å gjengi verken muntlig eller skriftlig. Molander (1996) bruker eksemplet om å lære seg å sykle. Det er noe en kan uten å forklare hvorfor. Bruken av kroppen er sentral for en sykepleier som står i en skjermingssituasjon. Kroppen brukes som et “instrument”, og synliggjør ulike være- og handlemåter. Det kan for eksempel dreie seg om hvor nært en skal stå i forhold til pasienten, hvordan man står med kroppen, hvordan man bruker hendene og blikket. Kroppen trekker seg vekk hvis faren nærmer seg og situasjonen er utrygg. Denne type kunnskap er ”taus”. ”Vi er våra kroppar” (Molander, 1996 s. 25). Kroppen er et ”personlig hjem”, den er vårt ansikt utad og det er gjennom kroppen vi handler og reflekterer (Molander, 1996).

2.6 Skjønn og sykepleie

Kari Martinsen er sykepleier og filosof, og en kjent teoretiker i sykepleiefaget. Martinsens forståelse av sykepleie er knyttet til den fenomenologiske tradisjonen, som har sitt utgangspunkt i den sansede erfaringsverden (Martinsen, 2000).

For å forstå pasienten poengterer Martinsen at man må ta i bruk sansing. Det er sansingen som åpner verden for oss og gjør det mulig å vinne erfaringer, og vi vinner erfaringer ved “å la oss berøre” (Martinsen, 2000). Slik sansing kan være blikk, håndlag, mimikk og tale. Martinsen beskriver dette som *faglig skjønn*, og er en viktig del av sykepleierens praksis. I skjønnet dominerer den praktiske kunnskap, og Martinsen poengterer at det inkluderer både faglighet og omsorg.

I følge henne er det slik at i møte med “den andre” møter sykepleieren ikke bare en person med en diagnose, man møter også et menneske. Det enkelte møte er konkret og situasjonsbestemt, men har nyanser og mangfold, derfor må vi bruke våre sanser i disse møtene mener Martinsen (2000). Møtet med den andre, med den syke, bør være på en slik måte at vi kan bli den andres tillit verdig. Mye står på spill ved blikket, det vil si at det følger ansvar med å se det du ser (Martinsen, 2000). Omsorgsbegrepet står sentralt hos Martinsen, og hun beskriver sykepleiefaget rundt dette begrepet. Omsorg og nestekjærlighet beskrives som sykepleiefagets fundament, dette på bakgrunn av avhengigheten til andre mennesker. I god omsorg ligger den spontane medmenneskeligheten, den skjønnsmessige vurderingen og et ønske om å ville den andre godt (Martinsen, 2005).

I boken *Fra Marx til Løgstrup* (2003) skriver Martinsen om skjønn i sykepleien. Skjønn har i følge henne følgende to hovedkomponenter ved seg:

1. Det sansende, som gjør at vi ser appellen om hjelp fra den andre.
2. Våre handlinger, som dreier seg om hvordan vi møter den andre.

I følge Martinsen ligger utfordringen i måten vi møter pasienten på. Vi ser vedkommendes appell og svarer på den, samtidig som vi håndterer de faglige utfordringene som kreves. Dette kan for eksempel innebære å etterkomme en pasient som er ilagt skjermingsvedtak sitt ønske om å gå ut og samtidig ta stilling til om dette er faglig forsvarlig å gjennomføre dersom pasienten er urolig. En erfaren sykepleier kan se appellen fra den enkelte pasient og skjønnsmessig komme frem til det beste tiltaket der og da. Sykepleieren handler etter faglig skjønn. Dette er ifølge Martinsen kunnskap ut fra en sanselig og en teoretisk forståelse sammenvet i hverandre (Martinsen, 2003). Både praktiske ferdigheter og holdninger øves opp i arbeidet med pasienter. Teoretisk kunnskap blir innvevd i holdninger og handlinger. God sykepleie er ifølge Martinsen å kunne håndverket og vitenskapen på samme tid, og på en skjønnsmessig måte gjøre begge deler på en gang (Martinsen, 1996).

2.6.1 Klokskapens handling

Martinsen hevder at å følge følge instruksjoner og prosedyrer, uansett situasjon og sammenheng, enten de kommer fra ledere eller myndigheter, kan gå på bekostning av faglig skjønn (Martinsen, 1996). Teoretisk kunnskap utgjør bare deler av det å beherske et fag, og det kan utfordre det faglige skjønn i en gitt situasjon. Hun poengterer videre at kunsten er å bruke begge typer viten i sitt arbeid med pasienter. Denne kunsten kommer til uttrykk når en hører mer enn det som blir sagt og en ser mer enn det øyet ser. Dette er klokskapens handling, ifølge Martinsen, som mener i skjønn dominerer den praktiske kunnskapen (Martinsen, 2003).

I boka *Øyet og kallet* (Martinsen, 2000) fremmer Martinsen at måten vi ser på pasienten kan bli avgjørende for om pasienten får tillitt til oss eller ikke. Vi må bli den andres tillit verdig mener hun. Martinsen (2000) viser til Løgstrup (1956) når hun poengterer at den enkelte alltid har noe av det annet menneskets liv i sitt blikk, og med sitt blikk også i sin makt. Hvordan vi ser og møter pasienten har stor betydning. Å se med hjertet, slik Martinsen (2000) på en

metaforisk måte skriver, handler om at hvert menneske har sin betydning, og at man må se pasienten på en måte som ikke er likegyldig.

2.6.2 Personorientert profesjonalitet

Å mestre det faglige og personlige benevner Martinsen (2000) som personorientert profesjonalitet. Denne profesjonaliteten ytrer seg i skjønnets der aktelsen for livet, kunnskapen og ettertenksomheten arbeider sammen (Martinsen, 2000). Slik profesjonalitet handler om noe personlig, et ønske om å engasjere seg for andre og å forplikte seg til å gjøre sitt beste i møte med pasienten. Det betyr å sette pasienten i sentrum, i tillegg til å forstå sin egen rolle og ha nødvendige kunnskaper. En slik innstilling til arbeidet omtaler Martinsen (2000) som et kall.

Martinsen (2000) mener videre at det å være profesjonell ikke står i kontrast til å vise følelser i sitt arbeide. Følelsene for den andre er med på å åpne den andres verden for en. Det er bare slik vi kan forstå den andre, sier Martinsen (2000). Altså, for å se en pasient med en sykdom, må pasienten bli sett på som et helt menneske. Fagkunnskapen må ikke redusere pasienten til et objekt Martinsen (2000). To pasienter med samme diagnose og samme behandlingsopplegg skal i utgangspunktet ikke behandles forskjellig, men blir sannsynligvis det likevel i mange sammenhenger. Dette skjer fordi pleiernes "øye" ser pasientene forskjellig, og dermed blir også møter med pasienten forskjellig. Det er denne forskjelligheten som er utfordringen, i følge Martinsen. Øyet lever i en vekselvirkning mellom sansing og forståelse. Hvert enkelt pasientmøte må skreddersyes. Hjertelighet og faglighet må gå hånd i hånd. En må se likheter og samtidig forskjeller (Martinsen, 2000).

3 METODE

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for metodevalg, utvalg, rekrutterings- og intervjuprosessen. I tillegg vil jeg kort vil beskrive prosessen rundt transkripsjon og analyse av data. Begrepene reliabilitet, validitet og etiske aspekter i prosjektgjennomføringen vil også bli drøftet.

3.1 Valg av metode

Valg av metode avhenger av problemstilling. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Målet er å utforske meningen i sosiale fenomener slik de oppleves av deltagerne (Malterud, 2013). I denne studien er det sykepleiernes erfaringer, tanker, opplevelser, motiver og holdninger knyttet til bruk av faglig skjønn og skjerming i en akuttpost som er i fokus. Kvalitativ metode er dermed godt egnet for et slikt forskningsformål, og jeg skal i det følgende utdype dette.

I kvalitativ forskning vektlegges forståelse og åpen samhandling mellom forsker og deltager eller intervjuobjekt (Tjora, 2012). Slik forskning egner seg for å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (Malterud 2013). Kvalitative metoder representerer mangfold og nyanser, og man er tett på dem man forsker på (Tjora, 2012). ”I et kvalitativt forskningsintervju produseres kunnskap sosialt, det vil si gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjupersonen” (Kvale, 2013 s.99). Videre har man i kvalitative prosjekter tilgjengelig ulike verktøy for å innhente data, blant annet observasjonsstudier (deltagende eller ikke-deltagende) og ulike intervjuformer som gjerne deles inn i hovedkategoriene semistrukturerte intervju (eller dybdeintervjuintervju) og gruppeintervju (fokusgruppe) (Malterud, 2013; Tjora, 2012).

I denne oppgaven brukes semistrukturerte intervju. Et slikt intervju brukes der man vil studere meninger, holdninger og erfaringer (Tjora, 2012). Forskeren er ute etter livsverdenen til informaten (Kvale 1997 i Tjora 2012). Denne intervjuformen er en relativt fri samtale som kretser rundt noen spesifikke temaer som forskeren har bestemt på forhånd (Tjora, 2012). I begrepet semistrukturert ligger det at intervjuet har en halvfast struktur. Det er meningen å få deltagerne til å reflektere over egne erfaringer og meninger knyttet til forskningstemaet og problemstillingen som er valgt for det akutte forskningsprosjektet. Åpne spørsmål gir deltagerne mulighet til å gå i dybden. Hensikten med intervjuer er å få innblikk i deltagerens erfarings- og meningsverden. Det må skapes situasjoner der samtalen utvikler seg slik at deltagerne får redegjort for sine versjoner (Thornquist, 2003). Det kan være å skape en god

atmosfære slik at deltagerne føler seg trygg i intervjusituasjonen. Dette gjøres nærmere rede for i intervjuguiden.

3.2 Forforståelse og klargjøring av egen rolle

Forforståelse kan være en viktig motivasjon for å igangsette forskning rundt et bestemt tema (Malterud, 2013). Om forforståelse poengterer Tjora (2012):

Forskerens forforståelse, blant annet formet av personlig bakgrunn og erfaring vil kunne påvirke hvordan man former prosjekter med hensyn til tema, metode, valg av teori og analyse (Tjora, 2012 s.20).

Jeg er selv en erfaren sykepleier ved en psykiatrisk akuttpost, og jeg kjenner jeg meg igjen i at egen forforståelse har vært motiverende for valg av forskningsprosjekt. Alle har en forforståelse, enten man vil eller ikke. Man klarer ikke å bli kvitt dem, men det er viktig å vite at den er der. Det er ikke snakk om at forskeren ikke påvirker prosessen, men hvordan (Malterud, 2013). Om man ikke har en forforståelse, vil man heller ikke ha en problemstilling. Malterud uttrykker det slik: ”Forforståelse er den ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter” (Malterud, 2013 s.40). Det er en beskrivelse jeg kjenner meg igjen i.

I min sykepleierrolle har jeg en rekke ganger stilt spørsmål ved min egen praksis med skjerming av psykotiske pasienter. Jeg har selv følt at jeg har skjernet pasienter på unødvendig grunnlag, og jeg har også fått tilbakemeldinger fra flere pasienter om at de noen ganger har opplevd skjermingen som både unødvendig og krenkenede. Jeg har jobbet ved flere ulike akuttposter, og har opplevd ulikheter i måten sykepleiere håndterer psykotiske pasienter. For eksempel reflekterer jeg ofte rundt at jeg opplever noen pleiere som i overkant autoritære mens andre kan ha vanskeligheter med å sette grenser. Slike refleksjoner og vurderinger gjør jeg ofte når jeg er på jobb. Dette er min forforståelse, og det preger valg av tema, problemstilling og metode i oppgaven. Med min erfaringsbakgrunn er det defor vanskelig å gå forutsetningsløs inn i en slik studie. Forforståelsen kan være både legitim og nyttig, og det er den som har vekket min forskningsinteresse for dette feltet. På den annen side kan forforståelsen også bidra til at forskeren går inn i prosjektet med skylapper, begrenset horisont eller manglende evne til å lære av sitt materiale (Malterud, 2013). Poenget er at når forskeren vet om sin forforståelse, eller har et aktivt og bevisst forhold til den, så kan dette begrenses (Malterud, 2013). Mine egne skylapper kan for eksempel være at jeg sjelden eller

aldri har opplevd å bli skadet på jobb av pasienter, og at jeg dermed opplever arbeidsforholdene i akuttpsykiatrien som mindre utfordrende enn de egentlig er. Min oppfatning er at det er for mye passivitet i behandlingen av pasienter i den forstand at det er for liten bruk av praktiske gjøremål og fysisk aktivitet. Jeg mener at det er for mye fokus på at pasienter skal være innelåst i avdelinger og sitte passive på rommene sine. Denne inaktiviteten mener jeg er grobunn for mye frustrasjon både for pasienter og for meg som pleier. I forskningsprosjektet kan dette fremstå som en skylapp jeg må være oppmerksom på og jobbe med i min forskerrolle.

Særlig når en skal analysere og tolke den transkriberte teksten, vil det være viktig å i størst mulig grad ”nullstille” sin forforståelse. Uten slik nullstilling, er risikoen stor for at visse data blir ignorert mens andre data vektlegges i for stor grad, på bekostning av en mest mulig nøytral undersøkelse av forskningstema (Kvale, 2009). Når et materiale tolkes, ser forskeren etter mønstre i svarene som er innhentet gjennom samtalene og prøver å lesere betydningen av dem. Dette er det viktigste redskap for tolkning er forskeren selv (Malterud, 2013). ”Den vanligste fallgraven er å la forforståelsen overdøve den kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha levert” (Malterud, 2013 s. 48). Min måte å ”nullstille” min forforståelse, var å skrive ned på forhånd det jeg forventet jeg skulle finne, i et arbeidsnotat. Det er hva Malterud (2013) kaller en ”selvangivelse”. Da har jeg på en måte ”lagt til side” min forforståelse.

3.3 Utvalg og rekruttering av deltagere

Kriteriene for å være med i studien er at deltakerne er offentlig godkjente sykepleiere, i tillegg til at de har mer enn 5 års praksis fra akuttpsykiatrien. Jeg ønsket så lang ansiennitet hos deltakerne fordi teori innenfor dette feltet viser at utvikling av godt faglig skjønner kommer etter år med erfaring i praksisfeltet (Benner, 1984; Martinsen, 2005; Molander, 1996).

For å rekruttere til prosjektet tok jeg en telefon til avdelingsleder ved de tre akuttpsykiatriske postene. I telefonsamtalen fortalte jeg kort om masterprosjektet og at jeg trengte deltagere ved deres avdeling til studien. Deretter tok jeg initiativ til et møte som de takket ja til. Jeg avtalte tidspunkt med hver enkelt avdelingsleder, og besøkte dem uken etter. I møtet presenterte jeg prosjektet muntlig. I tillegg ga jeg dem et informasjonsskriv med all nødvendig prosjektinformasjon, sammen med kontaktinformasjon (vedlegg 1). Avdelingslederne fant prosjektet både interessant og relevant for deres virksomhet og bisto meg med å foreslå

sykepleiere som oppfylte kriteriene, og som jeg kunne spørre om å delta. Med utgangspunkt i listen over potensielle deltagere fra de tre avdelingsledernes, fant jeg raskt frem til fire erfarne sykepleiere som ønsket å delta i studien. Da jeg hadde rekruttert to kvinner og to menn som representerte tre akuttpsykiatriske poster påbegynte jeg intervjufasen. For å sikre anonymitet, ble avdelingslederne ikke informert om hvilke av deres foreslåtte kandidater som endte opp som deltagere i mitt prosjekt. I det følgende en kort anonymisert presentasjon av deltakerne. Navnene er fiktive, og oppgitt alder er angitt innenfor et femårs spenn. Det vil si at deltakerne kan være inntil fem år eldre eller yngre enn det som er oppgitt;

Knut er 41år. Han har videreutdanning i psykisk helse og har mer enn 10 års erfaring fra akuttpsykiatri.

Arne er 47 år. Han har mer enn 5 års erfaring fra akuttpsykiatri.

Lise er 59 år. Hun har videreutdanning i psykisk helse og har mer enn 15 års erfaring fra akuttpsykiatri.

Tone er 36 år. Hun har videreutdanning i psykisk helse og har mer enn 5 års erfaring fra akuttpsykiatri.

Som det fremgår er samtlige deltagere erfarne sykepleiere, og tre av dem har videreutdanning i psykisk helse. De jobber ved tre ulike psykiatriske akuttposter. Selv om kjønn isolert sett ikke drøftes som tema i oppgaven, var det viktig for meg å ha kjønnsbalanse i deltakergruppen. Ved å rekruttere to menn og to kvinner til studien mener jeg å få et riktigere bilde av kjønns sammensetningen i arbeidsstokken i avdelingene som jeg rekrutterer deltagere fra. I tillegg er det selvsagt et viktig poeng å få frem både kvinnelige og mannlige sykepleieres erfaringer og meninger om skjerming av psykotiske pasienter. Grunnen til at jeg valgte relativt strenge inklusjonskriterier knyttet til deltakernes erfaringsgrunnlag, var at det stod sentralt å finne frem til deltagere som i størst mulig grad kunne belyse problemstillingen jeg hadde valgt. Dette omtaler Tjora (2012) som et strategisk utvalg: ”Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har best mulig potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp” (Tjora, 2012 s.56).

Grunnen til at jeg konkluderte med at fire deltagere er tilstrekkelig utvalg for denne oppgaven er fordi Malterud (2013) poengterer at et lite utvalg kan være nok dersom forskeren har gjort

et godt teoretisk forarbeid og har grundig kunnskap om et område. Ifølge Malterud (2013) er det ikke slik at overførbareheten øker proporsjonalt med antall individer i materialet. Metningspunkt nås når flere deltagere ikke kan gi ytterligere forståelse av det fenomen som studeres. Med min bakgrunn som sykepleier i akuttpsykiatrien har jeg god kunnskap om temaet i oppgaven. Da jeg leste gjennom intervjuene i ettertid så jeg at kvaliteten i empirien var bra nok til å besvare forskningsspørsmålet.

3.4 Intervjuguide og gjennomføring av intervju

For å teste intervjuguiden og mine ferdigheter som intervjuer gjennomførte jeg et prøveintervju med en sykepleiekollega i september 2016. Grunnen til at jeg ønsket å gjennomføre et prøveintervju var for å teste organisering og struktur på intervjuguiden, om spørsmålene ble oppfattet som forståelige av deltageren samt å sjekke om det var mulig å komme gjennom intervjuguiden innenfor planlagt tidsramme. Jeg ønsket også informasjon om deltageren mente at noen spørsmål/tema manglet, eller om noen spørsmål ble oppfattet som overflødig eller overlappet hverandre. I tillegg til dette ønsket jeg innsikt i om deltageren mente jeg burde justere måten jeg intervjuet på, om jeg for eksempel stilte ledende spørsmål, snakket for mye eller for lite, om jeg var for intens eller for tilbaketrukket eller andre forhold rundt mine håndtering av forskerrollen som deltageren reagerte på. Jeg fikk stort sett god tilbakemeldinger hos min kollega, og prøveintervjuet gav meg ny innsikt, som innebar at jeg gjorde små justeringer av innholdet i guiden. Kollegaen mente blant annet at jeg selv snakket for mye under intervjuet og stilte for mange spørsmål. Jeg bestemte meg derfor for å tone ned min egen stemme under hovedintervjuene og redusere antall spørsmål i guiden.

Før hvert intervju startet ble samtykkeskjema (vedlegg 2) signert. Før signering klargjorde jeg også muntlig at deltakelsen er frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet uten å oppgi grunn. Jeg spurte deltakerne om de kunne akseptere at det ble gjort lydopptak og begrunnet dette med forenklet analysearbeid. Samtlige deltagere aksepterte dette. Mobiltelefon og mac ble brukt til lydopptak. Deltakerne ble også opplyst om at opptakene blir oppbevart i låst skuff som kun jeg har nøkkel til, at de oppbevares i anonymisert form og at de vil bli slettet når masteroppgaven er levert i mai 2017.

Innledningsvis i intervjuguiden (vedlegg 3) er det spørsmål om alder, kjønn, antall år som sykepleier på psykiatrisk akuttpost etc. Etter den innledende delen, presenteres hovedspørsmål som omhandler skjerming, faglig skjønn, eksempler på god og dårlig skjerming og om etiske refleksjoner. Jeg runder av intervjuet med å stille et åpent avslutningsspørsmål

om deltakernes refleksjoner rundt om det er rom for bruk av faglig skjønn på posten deltakeren er ansatt. Intervjuspørsmålene er tuftet i dagligspråket, med det formål å få frem gode fortellinger.

En av mine viktigste oppgaver som forsker og intervjuer var å sørge for god flyt og kommunikasjon underveis i intervjuet. Dersom jeg oppfattet noen svar som uklare eller utydelige ba jeg på en høflig måte deltageren om å utdype, konkretisere eller gi noen eksempler. Gjennom intervjuene forsøkte jeg videre å skape en trygg atmosfære for å legge til rette for at deltageren skulle føle seg trygge på å fortelle om det de hadde på hjertet. For å etablere denne tryggheten satte jeg av litt tid før selve intervjuet og lydopptaket startet for å snakke litt løst og fast med deltageren. Jeg orienterte da om at det er helt vanlig å føle litt ubehag og kjenne seg begrenset når man vet at det gjøres bruk av lydopptaker, men at mange etter hvert glemmer at det pågår lydopptak (Tjora, 2012). Under selve intervjuet ønsket jeg å høre min egen stemme minst mulig, og fokuserte på å gi deltageren mest mulig taletid. Dette var en lærdom jeg var spesielt oppmerksom på etter tilbakemeldingen fra min kollega som stilte opp som deltager i prøveintervjuet. Jeg minte også deltagerene om at de ikke behøvde å bevise sin sin kompetanse under intervjuet. Dette fordi jeg ønsket å høre deres ærlige og oppriktige mening om et tema, og ikke at de skulle anstrenge seg “for å svare rett”.

Intervjuene ble gjennomført i oktober og november 2016. Alle ble gjennomført på et kontor i avdelingen der deltageren er ansatt, skjermet fra støy og innsyn. Intervjuene ble gjennomført med cirka en ukes mellomrom slik at jeg fikk tid å transkribere, reflektere rundt gjennomføringen og eventuelt forbedre meg ytterligere til neste intervju. Jeg vektla eksempelvis den frie samtale fremfor å følge guiden slavisk i de siste to intervjuene. Min erfaring i etterkant var et det opplevdes som enklest å intervju deltagerne med lengst erfaring. De trengte bare et sikkord, eller et hint, så snakket de svært åpent, informativt og reflektert rundt spørsmålene jeg stilte. Disse intervjuene varte dessuten lengre enn intervjuene med de mindre erfarne sykepleierne

3.5 Transkripsjonsfasen

En transkripsjon er en oversettelse fra talespråk til skriftspråk (Kvale, 2009) eller en omdannelse fra en muntlig samtale til en skriftlig tekst. Det som ble sagt i intervjuene ble ordrett skrevet ned. Også latter, kremting, hosting og andre uttrykksmåter ble forsøkt nedskrevet så godt det lot seg gjøre. Mye informasjon ble formidlet i taushet. Det kan være

tenkepauser, ironi og kroppens fremtoning. Dette ble fraværende i den ordrette transkriberingen. Ifølge Kvale (2009) finnes ingen objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. Muntlig språk er ikke det samme som skriftlig språk. Vi snakker ikke i avsnitt og vi signaliserer ikke med skriftegn når vi snakker (Marshall og Rossman, 1995 i Tjora, 2012). For å unngå å miste for mye informasjonen valgte jeg å transkribere intervjuene samme dag, eller dagene etterpå, mens jeg ennå hadde intervjuet ferskt i minnet. Om dette sier Tjora:

Når man leser en transkribert tekst fra et intervju man selv har vært med på, er man straks tilbake i situasjonen og ser for seg kroppsspråk og uttrykk som hørte situasjonen til (Tjora, 2012 s.145).

Jeg skrev for hånd, med blyant, i en A4 bok. Jeg laget en stor marg for notater og tanker. Jeg brukte margen flittig. Transkripsjonen var tidkrevende. De lengste intervjuene klarte jeg ikke å bli ferdig på en dag. Det ble cirka 80 håndskrevne sider empiri, av fire intervju.

3.6 Analysefasen

Analysen og tolkningen starter allerede med forberedelsen til intervjuene og fortsetter i samtalene, gjennom transkripsjonsprosessen og i analysen av utskriftsteksten (Malterud, 2013). Problemstillingen er en god hjelp i analysedelen. Hva spør den om, og hva skal jeg se etter for å svare på den. Det er utgangspunktet for videre analyse. Å analysere tekster stiller krav til ydmykhet og ærlighet i forhold til det som skal presenteres. Vi skal bruke den enkelte deltagers historie og uttrykk til å vinne kunnskap som gjelder for flere (Malterud, 2013). Kunsten er å skille relevant tekst fra irrelevant, og sortere den del av teksten som kan tenkes å belyse vår problemstilling (Malterud, 2013).

Kvale & Brinkmann (2009) inkluderer seks trinn i sin mal for intervjuanalyse. Jeg velger å presentere de første 3 trinnene her, fordi de skjer underveis i selve intervjuet, før jeg går over til å bruke Malterud (2013) sin systematiske tekstkondensering. *Først* forteller deltageren spontant om hvordan de føler, opplever og gjør angående et tema eller emne. Her skjer det liten fortolkning både hos intervjueren og deltageren. *Det andre trinnet* er når deltagerne selv oppdager nye forhold under intervjuet og ser nye betydninger i det de opplever og gjør på bakgrunn av sine egne spontane beskrivelser (Kvale, 2009). I *det tredje trinnet* foretar intervjueren fortolkninger og fortetninger av meningen med det intervjupersonen sier. Man sender meningen tilbake (Kvale, 2009). Dette gjøres ved å gi et kortfattet resyme av hvert

intervju. Deltageren har da mulighet til å bekrefte forskerens forståelse eller komme med korrigerende kommentarer eller nye innspill. Intervjupersonen kan da svare at det ikke var det jeg mente eller at det var akkurat det jeg forsøkte å si. På den måten skjer det en kontinuerlig fortolkning med mulighet for bekreftelse eller avkreftelse (Kvale, 2009). I intervjuene jeg gjennomførte fremmet alle deltagerne nye innspill, korrigerende kommentarer eller utdypninger under gjengivelsen. Dette ble gjort for å sikre at deltagerens utsagn ble forstått så korrekt som mulig og for å kvalitetssikre innholdet.

Jeg har valgt å bruke Malterud (2013) sin systematiske tekstkondensering i min oppgave. Hun følger en 4-trinns modell. *Trinn 1* handler om å bli kjent med materialet. Jeg leser gjennom de fire intervjuene, gjerne flere ganger og med “nye øyne” hver gang. Målet er å få et overblikk og et nytt helhetsbilde av råmaterialet jeg har foran meg. Det viktigste i denne delen er å sette sin egen forforståelse i parentes (Malterud, 2013). Egne erfaringer, kunnskaper, holdninger og fordommer må nullstilles. Det er derfor viktig å stille seg åpen for inntrykk som det skrevne materialet kan formidle. Problemstillingen må hele tiden være i bakhodet. Hva er det vi vil vite noe om? Når intervjuene er lest på nytt skal det skrives ned hvilke foreløpige temaer som kan skimtes i teksten (Malterud, 2013). I min oppgave noterte jeg etter gjennomlesningen seks ulike foreløpige temaer. Ifølge Malterud er det et tegn på kreativ analyse at de foreløpige temaene ikke sammenfaller for mye med hovedtemaene i intervjuguiden. Det betyr at forskeren er våken for å se nye mønstre i teksten (Malterud, 2013).

Det andre trinnet av analysen starter med å sortere den delen av teksten som skal studeres nærmere og som kan tenkes å belyse problemstillingen. Jeg startet med en systematisk gjennomgang av materialet for å identifisere *meningsbærende enheter* (Malterud, 2013). Dette er tekstord, setninger og replikker som bærer med seg kunnskap om temaene som ble skrevet ned i trinn 1 (Malterud, 2013). Jeg la disse meningsbærende elementene inn i et arbeidsdokument, som tilsammen ble på 20 sider. Det er altså bare en liten del av råmaterialet som ble meningsbærende elementer. Jeg velger ut det jeg finner interesant ut i fra om det har sammenheng med tema og problemstilling i oppgaven. Det jeg ikke fant interessant, med utgangspunkt i tema og problemstilling, ble lagt til side. Det å finne meningsbærende enheter i et råmateriale heter å dekontekstualisere (Malterud, 2013).

Underveis ble alle valgene og begrunnelsene for disse nedskrevet i et arbeidsdokument. Analysen ble et finurlig arbeid med inkludering og ekskludering av utsagn, koder og temaer.

Arbeidet vekslet mellom del og helhet, helhet og del lik den hermeneutiske sirkel (Thornquist, 2003). Noe ganger forsto jeg delene ut fra helheten og andre ganger helheten ut fra delene (Thornquist, 2003). Eksempelvis så kunne en setning eller en kommentar fra en deltager (meningsbærende element) påvirke oppfatningen av det foreløpige temaet jeg la kommentaren inn under. Den nye helhetsforståelsen setter delen (meningsbærende element) i ett nytt lys.

Etter at råmaterialet ble dekontekstualisert startet arbeidet med å systematisere de meningsbærende enhetene. Jeg *kodet* setningene og replikkene under de foreløpige temaene jeg valgte i trinn 1 i analysen. Dette går ut på å klassifisere og identifisere de meningsbærende elementene som har sammenheng med de foreløpig seks temaene som jeg valgte ut i første analysetrinn (Malterud, 2013). En meningsbærende enhet - ord, setning, eller sitat, skal bare ha *en* mening. Hvis en setning eller sitat har flere meninger må den deles opp ytterligere.

Koding innebærer en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektete tekstelementer og den teoretiske referanseramme (Malterud, 2013 s.104).

Koding innebærer å merke et ord, setning eller replikk slik at man i ettertid skjønner hvilket tema ordet, setningen eller replikken skal ligge under, og hvem av delttakerne som har sagt det. Kodene er merkelapper som skal samle tekstbiter som har noe til felles (Malterud, 2013). Det er her viktig å minne om at det er tema fra trinn 1 i analyseguiden som kodene ble sortert under, og ikke nødvendigvis de opprinnelige temaene fra intervjuguiden. I denne delen av analysearbeidet vil det kanskje være nødvendig å utvide med et ekstra foreløpig tema dersom den meningsbærende enheten ikke passer inn under et av de seks foreløpige temaene. Det kan også bli nødvendig å slå sammen to teamer til ett. Slike valg skrev jeg ned i arbeidsdokumentet. På trinn to skal en begynne å overveie hvorvidt kodene representerer fenomener av samme klasse og ta stilling til fellesskap og forskjeller i tema og koder (Malterud, 2013). Igjen er det viktig å være bevisst sin forforståelse og teoretiske referanseramme, der et mål eventuelt kan være å utvikle nye begreper.

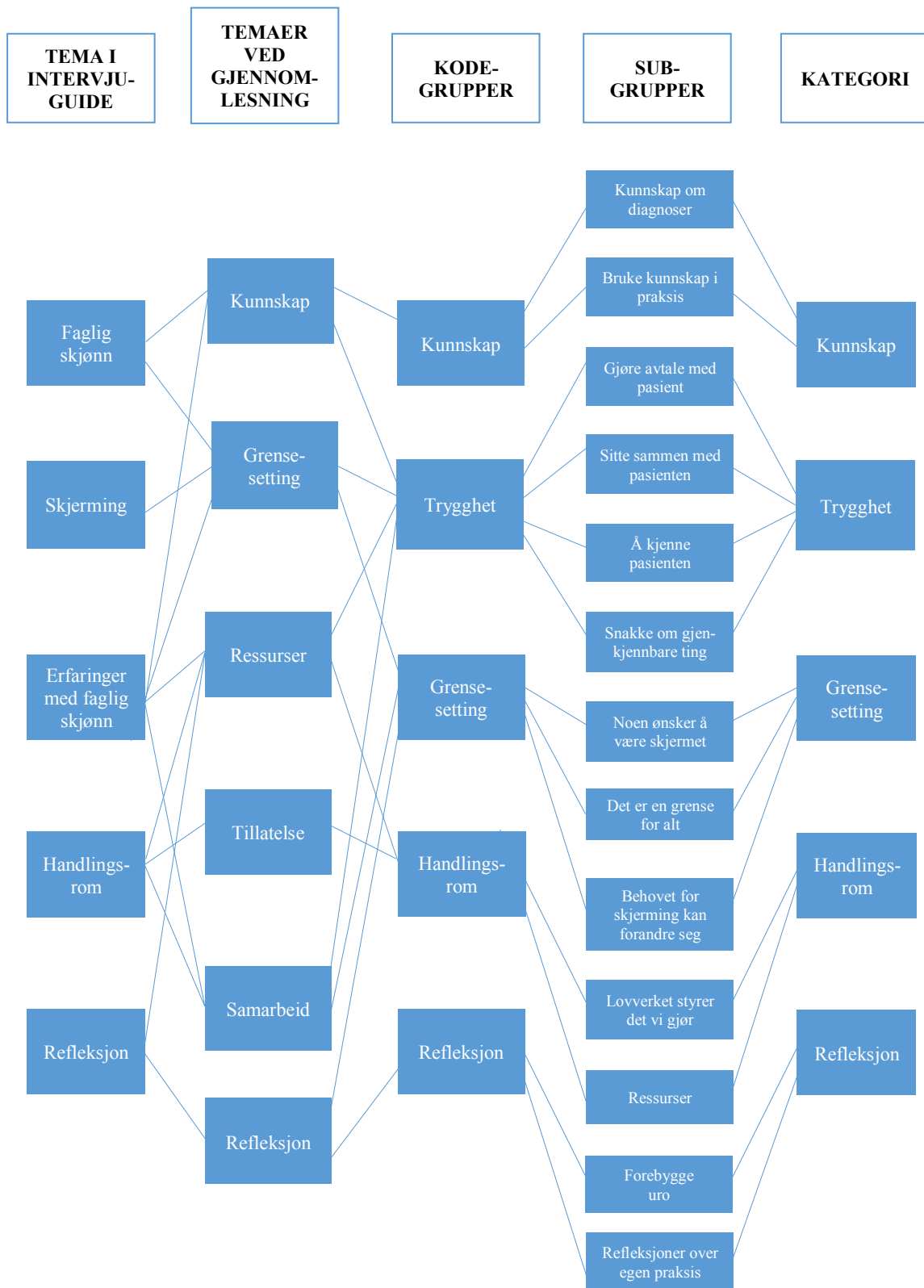
I trinn 3 går man fra kode til mening. Man henter ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (Malterud, 2013). Kodegruppene får nå *subgrupper*. På dette analysetrinnet lages et kondensat – et kunstig sitat. I kondensatet brukes “jeg form” ut fra de meningsbærende enhetene som en påminnelse om at hver deltager skal

representeres. Målet er at sitatet skal være mest mulig likt det deltagerne hadde uttrykt under intervjuet (Malterud, 2013).

Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle subgruppen, fortrinnsvis med bruk av deltagerens egne ord og begreper fra de meningsbærende enhetene (Malterud, 2013 s.106).

I analysenes *førde trinn* skal bitene settes på plass igjen, - rekontekstualisering. Dette innebærer å sammenfatte gjenfortellingene som kan legge grunnlag for nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2013). En analytisk tekst, eller sammenfatning, utvikles med utgangspunkt i kondensatene og sitatene. Den analytiske teksten presenteres i oppgavens resultatdel.

I det følgende presenteres analyseprosessen skjematisk:



3.7 Reliabilitet og validitet

I metodekapitlet har jeg redegjort for hvilke grep som er gjort for å styrke studiens kvalitet. Det er tillegg til metodisk kvalitet viktig å fokusere på hele prosjektets validitet og reliabilitet.

Studios kvalitet avhenger av reliabilitet og validitet (Tjora, 2012). Reliabilitet betyr nøyaktighet og pålitelighet og har med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre. Et spørsmål man kan stille for å teste studiens reliabilitet er om andre forskere som benytter de samme metodene vil kunne komme frem til de samme resultatene (Kvale, 2009).

For å styrke reliabiliteten sendte jeg deltagerne et informasjonsskriv (vedlegg 1) før intervjuene ble gjennomført. På denne måten ble deltagerne kjent med teamet og formålet med studien. På slutten av hvert intervju gjorde jeg en kort oppsummering av hva deltagerne hadde sagt, for å sikre at det var samsvar mellom det jeg hadde forstått og hva deltagerne faktisk hadde sagt.

Fullstendig nøyaktighet er vanskelig å oppnå innenfor kvalitativ forskning. Dette fordi slik forskning bygger på en fortolkende tradisjon. Det er derfor viktig å gjøre rede for på hvilken måte forskerens egen posisjon kan komme til å prege forskningsarbeidet (Tjora, 2012). Hvis for eksempel forskeren som person er altfor tydelig til stede i materialet, blir kunnskapens gyldighet og pålitelighet betydelig innsnevret (Malterud, 2013). Dette forsøkte jeg å inngå, blant annet vet å la deltagerne snakke så mye som mulig i intervjuene, og i så stor grad som mulig tone ned min egen stemme.

Validitet har med tolkning av data å gjøre, og gyldigheten av disse tolkningene (Kvale, 2009). Spørsmål man kan stille er om svarene man kommer frem til svarer på problemstillingen (Tjora, 2012). Det er viktig at deltageren svarer på det man spør om, og ikke på noe annet. For å sikre dette responderte jeg ofte underveis i intervjuene på deltagerens svar; ”Jeg forstår deg slik at...” -dersom jeg var usikker på om spørsmålet ble besvart. For å sikre validiteten er det også viktig å bruke begreper i intervjuguiden som deltageren skjønner meningen av. Jeg måtte eksempelvis tydeliggjøre og utdype betydningen av begrepet ”faglig skjønn” til flere av mine deltagere før intervjuet startet.

3.8 Etiske betraktninger og retningslinjer

Ifølge Kvale (2009) er en intervjuundersøkelse en moralsk undersøkelse der det menneskelige samspill i intervjuet påvirker både intervjupersonen og den kunnskapen som produseres. Når sykepleierne jeg intervjuer skal snakke om sine erfaringer om et tema er det viktig at de føler

seg trygge, at de bevarer sin konfidensialitet, at de er anonyme og at ingen i ettertid skal kunne gjenkjenne og spore det de har sagt i intervjuet. Blant annet informerte jeg deltagerene om at sitatene ville bli skrevet på bokmål fordi risikoen for å bli gjenkjent ville reduseres ytterligere. På den måten blir selve intervjusituasjonen bedre og mer avslappet, og jeg får tilgang til informasjon de kanskje ikke ville ha delt med meg dersom de var mer i tvil til anonymiseringen.

Jeg søkte på forhånd til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) om å få godkjent min studie. Dette fordi prosjektet inkluderer intervju som innebærer behandling av sensitive personopplysninger. Jeg fikk tilbakemelding fra NSD (se vedlegg 4) om at deltageres rettigheter i forhold til personvern er ivaretatt. De skrev dessuten at informasjonsskrivet var godt utformet.

4 PRESENTASJON AV RESULTATER

I dette kapitlet presenteres studiens funn. Med utgangspunkt i analysen blir deltagerenes formidling av erfaringer tematisert. Noen erfaringer blir presentert som sitater. Disse vil bli nærmere utdypet av forsker. Analysen resulterte i følgende fem hovedkategorier;

*Kunnskap

*Trygghet

*Grensesetting

*Handlingsrom

*Refleksjon

4.1 Kunnskap

Flere av deltagerene i studien forteller om hvor viktig det er å ha kunnskap om hvorfor man skjermer en pasient. Tilstrekkelig kunnskap gjør det enklere å begrunne hvorfor skjerming er nødvendig. Noe av denne kunnskapen er teoretisk og noe læres gjennom praksis og erfaring. Pasienter som kan ha behov for skjerming har ulike typer diagnoser, for eksempel manier, bipolar, alzheimer og psykoselidelser (Norvoll et al., 2015). Felles for disse diagnosene er at de fører til kroppslig uro og en type atferd som kan være lite hensiktsmessig i et fellesmiljø sammen med andre pasienter. Problemstillingen i min oppgave omhandler pasienter med diagnosen psykose, og jeg kommer i fortsettelsen kun til å beskrive og drøfte forhold rundt denne diagnosen. Kategorien psykotiske pasienter er størst i antall innleggelses på psykiatriske akuttposter (Norvoll et al., 2015). Jeg velger å dele den analytiske kategorien kunnskap opp i *to subgrupper*; 1. Kunnskap om diagnoser. 2. Bruke kunnskapen i praksis.

4.1.1 Kunnskap om diagnoser

Sykepleieren trenger kunnskap om denne diagnosen for å vite hvorfor det kan være hensiktsmessig å skjerme en pasient. Hvordan oppstår en psykose og hvordan går den over? Hva kjennetegner den kroppslige atferden som følger med denne lidelsen? Hjelper det å skjerme pasienter med psykose? Blir de friske eller friskere av det? Lise sier at hun i møte med en pasient må;

Finne ut hvorfor pasienten er så urolig?

Sitatet viser hvordan sykepleiere prøver å finne ut av hva som plager pasienten. Hva feiler det vedkommende og hva er galt? Dette må man snakke med pasienten om. Kanskje han ser eller

hører noe vi andre ikke ser eller hører. Kanskje han har angst som fører til at han er utrygg og engstelig. Er han sulten? Lise sier at man må finne ut av dette før man går til det skrittet å skjerme pasienten.

4.1.2 Bruke kunnskapen i praksis

Det er forskjell på teori og praksis. Det å kunne bruke teorien i praksis tar tid. Sykepleieren trenger erfaring. Det kommer gjerne etter år med praksis. Tone sier;

Man er nødt til å ha fagkunnskapen på plass og kunne bruke den i praksis.

Sitatet illustrerer at det ikke er nok å kunne den teoretiske kunnskapen, den må også kunne anvendes. En måte å bruke teori i praksis er å trygge pasienten ved eksempelvis å sitte sammen med han på rommet. En annen måte er å ta med pasienten på gåtur i området slik at pasienten får utløp for energien, sier Lise. Enkelte pasienter kan bli roligere av et slikt tiltak. Hun forteller også at enkle grep som å servere en kopp kaffe eller et måltid mat kan roe ned psykotiske pasienter. Knut mener kroppslig uro hos en psykotisk pasient også kan skyldes somatiske plager. Det kan være at pasienten har smerter, hodepine, søvnmangel, trenger smertestillende medisin eller at det er bivirkning av den medisinen hun allerede har fått. Kanskje pasienten har hjertebank eller angst som følge av psykosen. Dette må sykepleieren finne ut av. Problemet må løses på lavest mulig nivå eller på enklest mulig måte.

Mye av kunnskapen sykepleiere anvender i møte med en psykotisk pasient viser seg i hvordan han eller hun opptrer i møte med pasienten. Hvordan man snakker med pasienten, står, bruker hendene, om man er vennlig, bestemt eller imøtekommen har betydning. Hvor nært bør en for eksempel stå i forhold til pasienten? Knut forteller at gode vurderinger og avgjørelser har med erfaring å gjøre, og ikke bare kunnskap i faget. Det er noe som kommer etter år med praksis, og som til slutt gjør at man handler på automatikk. Knut sier:

Man kan si det er en magefølelse.

Sitatet viser hva som ligger bak en beslutning som taes. En magefølelse har med taus kunnskap å gjøre. Det er noe som ikke kan beskrives med ord, verken muntlig eller skriftlig. Taus kunnskap er lagret i kroppen. Knut *vet* hvordan han skal opptre i møte med en psykotisk

pasient, men han kan ikke forklare hvorfor han vet det. Det er utviklet gjennom år med praksiserfaring. Knut forteller videre;

Jeg tenker ikke diagnoser.

Sitatet forteller at det ikke er sykdommen eller diagnosen i seg selv som skal være i fokus. En psykiatrisk diagnose kan i mange tilfeller føre til stempling eller at man setter en ”merkelapp” på pasienten. Det kan føre til en stereotyp tenkning. Det er et menneske bak diagnosen poengterer Knut.

4.2 Trygghet

Denne kategorien omhandler hvordan det å være trygg på pasienten er viktig for å få til et samarbeid og gode løsninger. Det å snakke sammen, gjøre avtaler og ha tillitt til hverandre har med trygghet å gjøre, og det fremmer deltagerne som en viktig ramme på en akuttpost. Kategorien trygghet deles inn i *fire subgrupper*. Disse er; 1. Gjøre avtale med pasient. 2. Sitte sammen med pasient. 3. Å kjenne pasienten 4. Snakke om gjenkjennbare ting

4.2.1 Gjøre avtale med pasient

Flere deltagere fremhever viktigheten av å kunne gjøre en avtale med pasienten. Disse avtalene kan være å prøve korte turer ut i hovedmiljøet (fellesstua) eller turer ut på området. Arne forteller;

Du ønsker å gjøre det og det, men utfra det jeg har hørt og observert, så er jeg litt usikker på om det går, men dersom vi kan få en god avtale, så kan vi kanskje få det til.

Dette sitatet illustrerer et typisk eksempel fra en skjermingssituasjon. Pasienten ønsker å gå ut, men personalet er litt usikker på om det går. Hvis han klarer å få til en avtale så kan det gå bra. Ofte er man i en forhandlingssituasjon med pasient. Sykepleieren kan først gjøre en avtale om at pasienten kan gå ut i hovedmiljøet der de andre pasientene sitter og være der i kanskje 15 minutter, så gå inn på skjermingsgangen eller rommet sitt igjen. Dersom dette går bra kan tidsrommet utvides til 30 minutter neste gang. Tone forteller at hvis man er trygg på pasient, kjenner pasienten og klarer å gjøre en avtale, så kan man gå ut sammen med pasienten. Dette er en vanlig arbeidsform i en akuttpost. Knut sier;

Tur i fjæra er sånne kjente ting som funker.

Sitatet forteller at det å ta i bruk nærområdet til aktiviteter anses som god terapi. Turer i fjæra, ned til naustet eller på stille stier i skogen, gjerne litt unna andre mennesker dersom pasienten lar seg fortyrre av andre. Tone forteller at hvis pasienten er noe mer samlet, kan hun gjøre avtale om å gå på butikken. I de tilfeller der pasienten ikke kan inngå en avtale så må vi vente med å gå ut, og fortsette med skjermingen, forteller hun. Arne sier;

Man må prøve å lese pasienten.

Med dette sitatet kan man forstå at sykepleieren må prøve å lese pasienten gjennom kroppsspråket han viser. En pasient som er mer eller mindre psykotisk kan det være svært utfordrende å kommunisere verbalt med. Lise forteller at det er hele væremåten til pasienten som avgjør om man får tillitt eller ikke. Kroppslig motorikk, hvordan pasienten står med kroppen, blikkontakt og det muntlige språket. Det å få til en avtale med pasienten er en viktig del av behandlingen. Tone sier;

Da får man det samspillet med pasientene, at dem får en medvirkning i sin egen behandling. Tenk å måtte være skjermet hele helgen. Uansett hva pasienten gjør er han skjermet, det er ikke særlig terapeutisk. Man er nødt til å bruke faglig skjønn.

Sitatet viser til at et samspill eller samarbeid mellom pasient og pleier kan føre til at pasienten blir delaktig i egen behandling. Dersom pasienten for eksempel ønsker å gå ut og lufte seg, skal ikke personalet fortelle at han er for dårlig psykisk til å gå ut for å trekke frisk luft.

4.2.2 Sitte sammen med pasienten

Det å sitte sammen med den psykotiske pasienten på rommet er en kjent metode blant erfarne sykepleiere for å roe ned vedkommende og få han til å samle seg. Fra teorien vet vi at psykotiske pasienter kan slite med mye angst. Lise sier;

Hvis noen er engstelig, så blir de ikke mindre engstelig å være alene inne på et rom.

Dette sitatet forteller at noen pleiere mener at psykotiske pasienter trenger å ha noen sammen med seg på rommet. Likevel, det kan være slitsomt å være der inne hvis pasienten prater kontinuerlig. Det å være litt inne på rommet hos pasienten og litt utenfor rommet, er en god

arbeidsform på skjerminga, forteller Tone, og legger til at pasienten kan bli lei av å bli passet på. Man må balansere mellom nærhet og avstand sier Tone. Når man sitter sammen med pasienten er det dessuten viktig å være seg selv. Lise forteller;

Når jeg sitter med en avslappet holdning, er trygg på meg selv, er verken engstelig eller redd denne pasienten, som er kaotisk og redd, aggressiv eller voldelig, så formidler jeg trygghet i min væremåte.

Sitatet forteller noe om hvordan sykepleieren med sin væremåte kan formidle trygghet til pasienten. Hvis pasienten prater fort, puster fort, har høy puls, svetter, skjelver, er oppskaket og i mental ubalanse er det viktig at den ansatte på skjerminga utstråler trygghet og ro. Sykepleieren skal snakke tydelig, rolig og med dempet stemme. Det smitter og formidler trygghet til pasienten. Man kan og formidle at man er redd, forteller Lise, og sier videre at da tør man ikke å gå inn på rommet alene med pasienten.

4.2.3 Å kjenne pasienten

Det å kjenne pasienten fra tidligere er en viktig erfaring å ha med seg. Da vet man hvilke tiltak som fungerer når pasienten er dårlig, og hva som må gjøres for at pasienten skal bli bedre. Mange av pasientene som er innlagt er kjent fra tidligere innleggelse. Arne forteller;

Jo bedre man kjenner den enkelte pasient desto mer treffsikker blir man

Sitatet forteller noe om at det å være treffsikker handler om å ha gjort noe før. Pasienten kan ha vært innlagt før, og er godt kjent i lokalene og i området rundt. Vedkommende kjenner da spillereglene fra tidligere og vil for eksempel kunne gå tur ut på egenhånd selv om han eller hun i utgangspunktet er i dårlig form. I slike situasjoner kan pleierne være villige til å ta sjanser. Lise forteller om en manisk og psykotisk pasient hun har kjent gjennom mange år;

Hun er interessert i å stelle seg, se ordentlig ut, men å dra til byen med ei sånn dame anser man nærmest som risikosport. Men fordi jeg kjenner henne så godt, og jeg vet det vil hjelpe henne til å samle seg, å gå til frisør. Jeg gjør en avtale med ho, at den og den dagen drar vi til frisøren.

Sitatet illustrerer at det ikke er alle som kunne dratt til byen med denne pasienten som Lise er kontaktperson til. Et frisørbesøk er imidlertid det som må til for at pasienten skal få

muligheten til å bli roligere. Dette vet Lise, og forteller videre at hun ved å ta pasienten med til frisøren handler på eget skjønn.

Arne forteller at han ofte foreslår tiltak som legen ikke er så veldig interessert i, men som han vet vil hjelpe fordi han kjenner pasienten fra tidligere innleggelser. Arne gir et eksempel på å gå i gymsalen hvis han vet at pasienten er glad i å trene. Lise forteller om en pasient som kan være ”forferdelig kaotisk” når hun kommer på vakt og det bare er fremmede på jobb. Så roer pasienten seg når hun ser Lise. Pasienten stoler på henne og vet at hun vil hjelpe. Å få blikkontakt med sykepleieren kan være med og samle, sier hun. Når man kjenner pasienten fra tidligere innleggelser, vet man som oftest mye mer om vedkommende enn det som står skrevet i rapporter. Knut sier;

De som ikke kjenner pasienten forholder seg til det som er skrevet, på en streng måte.

Sitatet viser at det er mye som kan være vanskelig å formidle skriftlig. En behandlingsplan inneholder bare deler av en virkelighet, og man kan ikke lese seg til et tillitsforhold mellom pleier og pasient. Knut mener det som oftest er enklere å snakke med pasienten for å danne seg et bilde av han.

4.2.4 Snakke om gjennbare ting

Hvis man kjenner pasienten sine interesser så kan man snakke om gjenkjennbare ting. Dette kan hjelpe pasienten til å samle seg. Jeg spør om det kan hjelpe en psykotisk pasient å snakke om et tema som interesserer henne? Lise svarer;

Hvis pasienten er en rypejeger, for eksempel, så kan jeg begynne å snakke om hvor han bruker å jakte, om det er mye ryper i området. Jeg kan spørre om terrenget, om de er flere som går sammen, om de har faste steder, hytte eller om de bruker hund. Du treffer med et tema som interesserer og samler på en måte, sånn at pasienten klarer å fokusere på noe gjenkjennbart og trygt.

Sitatet ovenfor er et eksempel på tema som kan være med å samle en pasient som er interessert i rypejakt. Det som skjer er at pasienten fokuserer på noe gjenkjennbart og trygt. Lise forteller også at man i relasjon med en psykotisk pasient gjerne kan tilby gjenkjennbare ting. Pleieren kan for eksempel tilby kaffe dersom man vet at pasienten liker det, et bad, en matrett eller annet som man vet pasienten setter pris på, og som kan bidra til at han eller hun

kan samle seg. Slik hverdagslig omsorg kan roe ned en opprørt pasient på en bedre måte enn skjerming på rom, mener Lise

De fire subgruppene presentert ovenfor tilhører den analytiske kategorien trygghet. I det følgende presenteres empiriske funn fra den analytiske kategorien grensesetting, som deles inn i subgruppene; 1. Noen ønsker å være skjermet 2. Det er ei grense for alt. 3. Behovet for skjerming kan forandre seg.

4.3 Grensesetting

Noen ganger har ikke sykepleieren annet valg enn å grensesette eller skjerme pasienten. Det har med bruk av tvang å gjøre. Andre ganger kan man få til et samarbeid med pasienten. Jeg velger å dele kategorien grensesetting opp i *tre subkategorier*; 1.Noen ønsker å være skjermet. 2. Det er en grense for alt. 3. Behovet for skjerming kan forandre seg.

4.3.1 Noen ønsker å være skjermet

Enkelte pasienter ønsker seg inn på skjerminga. Hvis situasjonen hjemme har vært hektisk, kaotisk og uforutsigbar, så trenger pasienten tid til å samle seg. De ønsker at andre skal ta kontrollen ved å skape ro, orden, struktur, trygghet og forutsigbarhet rundt pasienten. Arne forteller;

Det er ikke bestandig pasienter motsetter seg å bli skjermet det kan være at de føler at det er trygt, at de er sammen med personalet inne på deres eget rom, det er begrenset stimuli, det er ingen som kommer og skal ta dem, ikke sant, de trenger ikke å føle seg utrygge på andre pasienter eller personale.

Sitatet illustrerer at enkelte pasienter har behov for å bli grensesatt (skjermet). En psykotisk pasient kan være redd, engstelig, høre stemmer eller føle seg forfulgt. Han vil kanskje være for seg selv, avskjermet fra de andre pasientene. Andre pasienter har kanskje en type personlighet som gjør at de ønsker å være alene, sier Knut.

4.3.2 Det er ei grense for alt

Dette er et utsagn alle deltagerne i studien har uttalt. Hvis pasienten går over en viss grense, så er personalet pliktig til å reagere. Det er alltid andre pasienter å ta hensyn til, og de vil klage hvis ikke noe blir gjort. Knut sier;

Det er ei grense for alt.

Dette sitatet poengterer at det er enkelte typer atferd og oppførsel som ikke kan aksepteres, selv ikke på en psykiatrisk akuttpost. Knut fortsetter;

Hvis vi har den type problematikk ute i avdelinga, med lite kontroll på hva pasienten gjør og involverer seg med, på grunn av aggressiviteten, den atferden, at han skremmer andre pasienter, at han er hissig, ikke klarer å forholde seg til samtaler, at han blander seg inn i andre samtaler, det blir bråk av alt. Klart at den pasienten blir skjermet.

Sitatet forteller oss at skjerming er et viktig ”verktøy” personalet kan ta i bruk for å få kontroll over en utagerende pasient. Før skjermingen iverksettes er sykepleieren gjerne i forhandling med pasienten. Det må forklares, i den grad det lar seg gjøre, hva som er tillat og ikke tillat å gjøre i fellesmiljøet. Hvis ikke pasienten hører etter og forandrer atferd, så må pasienten skjermes. Andre ganger har personalet ingen valg, og må skjerme pasienten uten forklaring eller forhandling. Tone forteller;

Man skjermer for ukritisk atferd, kle seg naken eller seksuelle henvendelser.

Sitatet er et eksempel på type atferd som ikke er akseptabel i et fellesmiljø. Dersom en pasient er psykotisk og kommer ut av rommet sitt uten klær, så tenker man seg ikke om, man går bort til pasienten, leder han eller henne inn på rommet igjen, og anmoder om å ta på klærne. Dersom pasienten fortsatt ikke vil ha klær på seg, så må han eller hun selvsagt skjermes på rommet, fortsetter Tone. En av grunnene til at slik atferd må skjermes, i tillegg til å beskytte andre pasienter, er at dersom man lar en naken pasient vandre rundt, så vil vedkommende i ettertid kunne påklage personalet for ikke å ha grepet inn når pasienten var i en psykotiske tilstand. Pasienten skal i ettertid ikke kunne si at han eller hun ble utsatt for ikke å få nødvendig beskyttelse i en kritisk sykdomsfase. Arne sier at å være på skjerminga kan være veldig krevende, ikke minst for nye og uerfarene pleiere som ikke har så mye faglig å fare med, og som i tillegg mangler erfaring. Knut forteller;

Mange situasjoner man har stått i, vært utsatt for vold, blitt slått, bristet ribbein, sånne ting ødelegger for bruk av faglig skjønn. Du blir redd og engstelig, det er mye som kunne vært sagt om det her.

Dette sitatet illustrerer at det kan være vanskelig å jobbe på akuttpost. Knut forteller at han har lest at forskning viser at sykepleiere på psykiatriske akuttposter mottar mer vold og trusler enn politiet. Jeg tror ikke almenheten er så veldig klar over det, forteller Knut videre. Om man har dårlige erfaringer med for eksempel at man har blitt slått eller sparket når man har tatt pasienter ut fra skjerminga, så fører det til at man ikke tør å ta slike sjanser igjen. Dårlige erfaringer ødelegger for bruk av faglig skjønn, poengterer Knut.

4.3.3 Behovet for skjerming kan forandre seg

Kontrastene i en akuttpost kan være store. Tilstanden til en psykotisk pasient kan forandre seg over natten med rett behandling. Sykepleieren må hele tiden se etter tegn til bedring. Lise sier;

Den ene dagen kan ikke være den andre lik.

Sitatet belyser at virkeligheten på en akuttpost kan forandre seg fra dag til dag. En psykotisk pasient som tidligere har vært uhøflig og voldelig, kan bli snill og nærmest skifte personlighet hvis han får nok søvn og/eller medisin. Når han i tillegg er skjermet og opplever struktur og orden rundt seg, så hjelper det på. Lise sier hun merker det er en grense for hvor lenge en skjerming skal vare. Hun forteller;

Dersom pasienten endrer atferd, samler seg, er mer rolig, føler seg trygg i avdelingen, kan man bruke fornuft.

Sitatet ovenfor sier noe om at det er ei grense for hvor lenge ei skjerming skal vare. Det er ikke et endelig vedtak at de må være inne på skjerminga, sier Tone. Når pasienten og pleieren er klar for det kan man tillate pasienten å komme ut i hovedmiljøet igjen.

4.4 Handlingsrom

Bruk av faglig skjønn handler om å ha et handlingsrom å arbeide innenfor. På en akuttpost må en sykepleier følge det lovverket som er gitt av helsemyndighetene. I tillegg må sykepleieren bruke sin kreativitet for å skape gode løsninger for pasienten med de ressurser man har tilgjengelig. Jeg velger å dele denne analytiske kategorien i *to subgrupper*; 1. Lovverket styrer det vi gjør. 2. Ressurser

4.4.1 Lovverket styrer det vi gjør

Lov om psykisk helsevern er utgangspunktet når man skjermer pasienten. Legen skriver ut skjermingsvedtaket, og sykepleieren skjermer pasienten. Tone sier;

Lovverket styrer det vi gjør.

Sitatet viser til lovverket som helsepersonell er underlagt i en psykiatrisk institusjon og som man er pliktig å følge (Lovdata, 2012). Det er for eksempel lovbestemt at legen må skrive skjermingsvedtak dersom pasienten skal skjermes utover 12 timer. Tone forteller at målet med et slikt vedtak ikke er at pasienten skal skjermes mest mulig. Mange nyutdannede sykepleiere (og ekstravakter) tror ofte at målet med vedtaket er at pasienten skal holde seg inne på rommet så lenge vedtaket gjelder, tilføyer hun. Tone sier at skjermingsvedtaket er skrevet fordi pasienten skal ha mulighet til å klage hvis han eller hun er uenig i vedtaket. En eventuell klage sendes til kontrollkommissjonen som tar stilling til om dette aktuelle vedtaket var nødvendig eller ikke.

Dersom sykepleieren finner det tilstrekkelig trygt å ta med pasienten ut, i fellesmiljøet eller på tur på området, selv om han eller hun har skjermingsvedtak, så krever det litt vågemot fra pleieren å gjøre nettopp det. Tone sier at hun ofte tenker på hvordan legene, de som har skrevet vedtaket, vil reagere dersom det skulle gå galt. Hva om pasienten stikker av? Eller hva om pasienten skader pleieren eller en tilfeldig forbigående person? Arne forteller at behandlerene (legene) stort sett støtter vurderingene som pleierne gjør, også i de tilfeller det går galt. Arne mener legene er åpne for innspill og at de er tydelige på at det er rom for å gjøre feilvurderinger iblant. Arne setter pris på legenes åpne og fleksible holdninger.

4.4.2 Ressurser

Å jobbe på en psykiatrisk akuttpost kan være stressende. Det er en viss usikkerhet i luften hele tiden, forteller Knut. Dersom man skal tørre å ta sjanser i jobben må det være nok folk tilstede. Et klassisk eksempel er pasienter som ikke kommer seg ut i frisk luft fordi det ikke er nok pleiere på jobb som kan gå ut sammen med dem. I tillegg til ressurser dreier dette seg også om sikkerheten til både pasienten og personalet. Knut forteller;

Man slipper å føle seg utrygg for at det ikke er nok folk på jobb.

Sitatet forteller oss at det må være nok folk for å ta vare på personale og pasienter. Tone sier at det er tilgjengelig alarmberedskap på andre poster i bygget. Det må være folk som kan komme til dersom alarmen går. Knut forteller at det er ikke noe særlig å bruke energi på å

tenke på og føle at det ikke er kontroll, at det ikke er tilstrekkelig personell i avdelinga. Han tenker ofte på sikkerheten til personalet. Det er bedre å bemanne opp for mye enn for lite, sier Knut. Det er også viktig å ha en sammensetning i personalet som til sammen innehar de rette egenskapene, mener han. Knut sier det er en fordel om staben består av pleiere som liker det uforutsigbare, som er rolige, avbalanserte og trygge på seg selv.

4.5 Refleksjon

Refleksjon er den siste analytiske kategorien i studien. Å reflektere er en viktig del av jobben på en akuttpost. Man må hele tiden veie for og imot. Er det for eksempel best å skjerme pasienten, eller er det best å la være? Det å stille slike spørsmål til seg selv er en viktig del av arbeidsformen til en psykiatrisk sykepleier. Jeg velger å dele kategorien refleksjon inn i *to subkategorier*; 1. Forebygge uro. 2. Refleksjon over egen praksis.

4.5.1 Forebygge uro

De flinkeste sykepleierne kan forbygge uro før den oppstår. Da sparer man seg for mye arbeid i ettertid. Tone sier;

Det å forebygge uro er nøkkelen til så mye.

Sitatet viser til at forebygging av uro kan hindre unødig bruk av skjerming (og dermed tvang) i akuttposter. En måte å gjøre det på er å følge pasienten tett. En annen måte å gjøre det på er å ta pasienten med ut. Lise forteller;

Pasienten får ikke utløp for sin energi inne på skjerminga, da tenker jeg at å springe rundt huset, hvis man er i god fysisk form selv, er jo det det beste.

Sitatet viser til at fysisk aktivitet kan være med å forebygge uro. Det er mange pasienter som etter en treningsøkt har sagt at det gjorde godt å få komme ut og løpe, forteller Lise. Andre aktiviteter som kan forebygge uro inne i posten er bordtennis, tegning, maling, kortspill, tv-titting etc. Tone sier;

Hvis man gir tettere kontakt så kan man kanskje unngå å skjerme.

Dette sitatet viser hvordan kroppslig nærhet til pasienten kan bidra til at pasienten blir roligere. Pasienten føler at han blir tatt på alvor og sett. Noen ganger kan pasienten reagere på personalet, eller på personalets sammensetning. Lise sier;

Vi har hatt pasienter som har reagert veldig aggressivt på menn, spesielt på store kraftige menn, som har blitt innlagt fordi dem har vært psykotisk og dårlig, hvor dem ikke anser at jeg, en liten tynn dame, utgjør noen trussel.

Lise mener med dette sitatet at den beste sammensetningen av et vaktlag på en akuttpsykiatrisk avdeling ikke nødvendigvis kun består av store sterke menn. En liten dame kan komme i bedre posisjon i forhold til en urolig pasient, mener hun. Med hennes nærver vil pasienten føle seg roligere og kanskje mindre truet enn av en mannlig pleier. Pasienter som er innlagt i akuttposter i psykiatrien representerer et tverrsnitt av befolkningen hva angår kjønn og fysisk størrelse. Slik må det også være blant de ansatte. Mange av de beste og mest profesjonelle sykepleieren har ikke den kroppslige størrelsen med seg, men ettersom det er viktig å ivareta sikkerheten til både pasienter og personalet har hvert vaktlag av sikkerhetsgrunner minimum to menn på hver vakt.

4.5.2 Refleksjon over egen praksis

Ved hjelp av kontinuerlig refleksjon rundt sitt eget arbeid, vil man ofte finne frem til den beste løsningen for pasienten med de ressursene som til enhver tid er tilgjengelig. Å reflektere, innebærer å selv vurdere hva som er rett å gjøre i akutell situasjon. Tone sier;

I begynnelsen så var det sånn at legen har sagt, legen har bestemt. Nå tenker jeg selv.

Sitatet illustrerer at etter hvert som sykepleiere får flere år med erfaring og til slutt blir ”ekspert” i faget, vil de lettere kunne argumentere og få gjennomslag hos behandlende lege. ”Denne pasienten trenger å sove”, ”denne pasienten trenger og skjermes, ”denne pasienten trenger tetter oppfølging” som eksempel. Legene vil ofte si seg enig med erfarne sykepleieres vurderinger, forteller Tone. Lise sier at man må reflektere over hvilken rolle man har i forhold til pasienten;

Det er å være medmenneske som er viktigst. Det er ikke vokterrollen som er viktigst. Det at man ser og lytter og klarer å trygge pasienten slik at han skjønner at vi er der for å hjelpe, og ikke at vi skjermer for å straffe.

Sitatet sier noe om at enkelte pasienter kan føle skjerming som straff, som et fengsel, fordi dører er låst (akuttpsykiatriske poster er låst) og personalet har nøklene. Lise tilføyer at når hun forklarer hvorfor, at det er trygghet for dem og for ansatte, så skjønner de det. Hun poengterer at personalet skal oppføre seg som folk mot folk.

Tone forteller at når skjerming brukes riktig, er det omsorg. Man gjør det for å gi pasienten mindre inntrykk og stimuli, for å kunne samle seg raskere. Hvis pasienten er aggressiv og uberegnelig, skjerner man for å beskytte de andre. Da er det mer frihetsberøvelse. Arne forteller at man noen ganger skjerner for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre. Man gjør det også for å hindre blamering slik at pasienten kan komme ut av sykdomsfasen med selvspekten i behold. Noen ganger kan det være feil ved personalets væremåte. Tone sier:

Jeg har opplevd på skjermingsgangen at pasientene har blitt oppfordret til å gå på rommet fordi personalet har ansett dem for slitsom, det tenker jeg blir feil, når man skjerner pasienten for personalet sin del.

Sitatet ovenfor sier noe om at personalet ikke kan forvente at en psykotisk pasient inne på en psykiatrisk akuttpost skal oppføre seg eksemplarisk. Det må være høyde for noe støy og uro uten at men behøver å gå til det skrittet å skjermes. Tone sier;

Man kan velge å gjøre noe, eller ikke velge å gjøre noe.

Sitatet viser til det handlingsrom man jobber innenfor. Sykepleieren må ikke velge ut fra egeninteresse slik at han får det mest mulig behagelig på jobb. Knut forteller at det er viktig å ha selvironi, å kunne flire av seg selv. Det å kunne tape litt ansikt for en pasient er et viktig poeng. Det er ikke alltid den ansatte som har rett når det oppstår uenigheter. Tone oppsummer intervjuet av henne med denne kommentaren;

Å bruke faglig skjønn, det er jo det som gjør at jeg liker jobben, hvis jeg ikke skulle bruke det, tenke selv, da ville det ikke vært noen jobb for meg.

Dette sitatet illustrerer at det å trives i jobben i en akuttpsykiatrisk avdeling er et godt utgangspunkt for å gjøre en god jobb for pasientene.

5 DISKUSJON

Funn i studien er delt inn i de analytiske hovedkategoriene; kunnskap, trygghet, grensesetting, handlingsrom og refleksjon med subkategorier ledet ut fra hovedkategoriene (se s.31). Funnene vil bli diskutert og presentert med utgangspunkt i det teoretiske rammeverket i oppgaven og tidligere forskning, og vil i størst mulig grad følge strukturen i den analytiske modellens hovedkategorier og subkategorier.

5.1 Kunnskap

I kapittel 4, presentasjon av resultater, fremhevet deltagerene viktigheten av å vite *hvorfor* de skjerner pasienter. Her ble kunnskap om diagnoser og bruk av kunnskap i praksis trukket frem som viktige erfaringer. Kunnskap om psykoser er en viktig kompetanse sykepleiere trenger for å begrunne hvorfor de eventuelt velger å skjerme pasienten eller hvorfor de velger og ikke gjøre det. Det å bruke kunnskapen i praksis har med erfaring å gjøre, og er i tillegg et utgangspunkt for utvikling og bruk av faglig skjønn.

Pasienter som har behov for skjerming på en psykiatrisk akuttpost har ofte en psykose eller psykoselignende tilstand (Norvoll et al., 2015). Flere studier fremhever viktigheten av å ha kunnskap, utdanning og opplæring når man jobber i en psykiatrisk akuttpost (Gaskin et al., 2007, Nakakis, 2013, Scanlan, 2009). Lise fortalte i intervjuet at hun har behov for å finne ut *hvorfor* pasienter er urolige, hun trenger altså kunnskap for å føle seg trygg på at vurderinger og beslutninger hun må ta er riktige i den gitte situasjonen. En psykotisk pasient preges av hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser eller forvirring (Hummelvoll, 2012). Pasienten kan høre stemmer i hodet eller se ting andre ikke ser. Noen kjenner seg forfulgt mens andre har tankekaos. Uro og angst vil ofte prege den som rammes (Hummelvoll, 2012).

Teoretisk kunnskap utgjør bare deler av et fag ifølge Martinsen (1993). Martinsen mener at man i tillegg til teoretisk kunnskap trenger erfaring og praksis. Kunsten er å bruke begge typer viten på en gang. Når pleieren samhandler med pasienten må en forsøke å lese pasienten mellom linjene, eller høre mer enn det som blir sagt og se mer enn det øyet ser slik Martinsen (1993) formulerer seg. Dette er klokskapens handling ifølge Martinsen (1993). Dersom en klok handling skal bli optimal må man legge til faglig skjønn, sunn fornuft eller god vurderingsevne (Martinsen, 1993).

Skårderud et al. (2010) skriver at det å være psykotisk handler om å leve i en annen og endret virkelighet, og det er som å miste noe av seg selv. For de som arbeider med psykotiske mennesker ligger det en utfordring i å bli kjent med personens virkelighetsoppfatning (Hummelvoll, 2012). En psykose vil kunne skape undring, usikkerhet og engstelse hos de personer som er rundt pasienten. Det er nødvendig å få en forståelse av hvordan pasienten sanser, tenker og vurderer seg selv, og hvordan pasienten samhandler med andre og omgivelsene generelt. (Hummelvoll, 2012).

Hummelvoll (2012) poengterer at det er pasientens *væremåte* som er viktig – det at man forstår det særegne i pasienten sin situasjon. Det en psykotisk pasient viser gjennom språk, holdninger og handlinger, kan gi hjelperen en mulig inngangsport til å forstå hans opplevelse av seg selv og verden omkring. Sykdommens fenomenologi består i å søke pasientens livsstil, livssituasjon og væren eller eksistens (Lorem, 2006). Da oppdager man sannsynligvis et engstelig forvirret menneske som søker fast grunn og bekreftelse på sin identitet. Diagnosen blir av underordnet betydning. Knut fortalte i intervjuet at han ikke tenker diagnoser. Martinsen (1990) skriver at i møte med den andre, møter vi ikke bare en person med en diagnose, men også et menneske. Hvert møte er konkret og situasjonsbestemt. Vi må bruke våre sanser i møtet (Martinsen, 2000). Fenomenologiens utgangspunkt er den sansende erfaringsverden. Det er sansingen som åpner verden for oss og gjør det mulig å vinne erfaringer (Martinsen, 2000). Slik sansing kan være blikk, håndlag, mimikk og tale. Mye står på spill ved blikket og det følger ansvar med å se det du ser (Martinsen, 2000). I skjønnet dominerer den *praktiske kunnskap* og Martinsen skriver at det har både faglighet og omsorg i seg. God sykepleie er ifølge Martinsen å kunne håndverket og vitenskapen (teorien) på samme tid, og på en skjønsmessig måte gjøre begge deler på en gang (Martinsen, 1996).

Det er forskjell på teori og praktisk kunnskap. Moland (1996) viser til Polyani (1958) og skriver om forskjellen mellom ”knowing that” (viten, regelstyrt, vitenskapelig arbeid) og ”knowing how” (kunnen). En sykepleier kan ha god teoretisk sykdomsforståelse om diagnosen psykose (knowing that). Dette er likevel nyttesløst hvis ikke vedkommende kan bruke denne kunnskapen i praktiske ferdigheter (knowing how). Ifølge Benner (1984) er det ikke alt en erfaren sykepleier gjør som kan begrunnes på en god teoretisk måte (knowing that). Likevel kan sykepleieren være veldig flink, nærmest ekspert, i sitt praktiske arbeid (knowing how). Vi vet hvordan vi sykler eller svømmer, men vi kan ikke forklare hvordan vi

gjør det. I boka til Benner (1984), *From novice to expert*, vises det til et intervju med en psykiatrisk sykepleier med 15 års erfaring;

When i say to doctor, the patience is psychotic, i dont always know how to legitimize that statement. But im never wrong. Because i know psychosis from inside out. And i feel that, and i know that, and i trust it. (Benner, 1984 s.32).

Også Molander (1996) mener at vi kan kjenne igjen ting og handle uten at vi eksakt kan fortelle hvordan vi gjør det. Molander viser til Polanyi (1966) som sier at vi kan mer en vi kan fortelle. ”Ingen verksamhet er helt tyst” (Molander, 1996, s.41). Molander (1996) mener at etter hvert som vi får erfaring blir ferdighetskunnskap automatisert slik at man handler på refleks. Mye av ferdighetskunnskapen og fortrolighetskunnskapen er vanskelig å dokumentere skriftlig i behandlingsplaner og rapporter. Det er viktigere å kjenne pasienten, slik Knut sa det i intervjuet. Fortrolighetskunnskap er taus kunnskap som viser seg i handling. Det kan sammenlignes med det Polyani kaller for ”knowhow” (Molander, 1996). Bak fortrolighetskunnskapen ligger også en personlig egnethet eller skikkethet, begavelse, oppmerksomhet og et personlig engasjement (Molander, 1996).

Molander (1996) er opptatt av å formidle at vi vet mer enn vi kan uttrykke i ord. Mine deltagere forteller om *erfaringer* de har med bruk av faglig skjønn på skjerminga, men det vil alltid være noe som ikke kan beskrives med ord, verken muntlig eller skriftlig. Knut snakker om en *magefølelse* som ligger bak beslutninger han tar. Dette er taus kunnskap eller kløften mellom det som beskrives og selve virkeligheten slik Moland (1996) uttrykker det.

Molander (1996) beskriver tre momenter som skaper kunnskap, og som utgjør en helhet. Disse er; 1. Øving eller trening, 2. Diskusjoner om teknikker og refleksjoner rundt hvordan ting skal gjøres og rundt språket som hører til virksomheten og 3. Personlig inntreden i en tradisjon, gjennom en læremester, for å skape en profesjonell identitet. Punkt 1 som har med øving eller trening å gjøre, kommer med årene. En ekspert kan ifølge Benner (1984) sammenligne situasjonen med lignende hendelser tidligere og gjenkjenne mønstre og strukturer. Hun vil forstå situasjonen ut fra helheten. Det er det som strukturerer forståelsen. En novise, nybegynner eller kompetent sykepleier vil forstå en situasjon ut fra delene (Martinsen, 1996). Eksperten har med sin store erfaringsbakgrunn fått et intuitivt grep om hver situasjon og kan fokusere inn på den nøyaktige problemstillingen uten å bruke tid på overveielser og analytiske prinsipper (Martinsen, 1996).

Punkt 2 og 3 har blant annet sammenheng med det Meløe (1985) skriver om å ”se med de begreper som er innebygget i virksomheten” (Meløe, 1985 s.23). På en akuttpost kan begreper som brukes for å beskrive en psykotisk pasient være; skjermingstrengende, utflytende, kaotisk, samlet, uberegnelig, farlig, lunefull, redd, engstelig, spontan, urolig, samarbeidsvillig eller det å ha selvinnsikt. En erfaren sykepleier trenger ikke noen nærmere forklaring for å skjønne innholdet i disse ordene. ”Vi kan være gode eller dårlige til å se” (Meløe, 1985 s.21). Et kyndig blikk har bare den som selv kan gjøre det samme. En nyansatt ekstravakt vil kunne ha et ukyndig blikk på pasienten. Videre skriver Meløe (1973) om forståelse; ”Vår forståelse av det andre gjør er bygget inn i det vi selv gjør, som premisser for våre egne handlinger (Meløe, 1973 s.337)”. Altså, på skjerminga vil sykepleieren sin forståelse av pasienten være et resultat av hvordan sykepleieren eller pasienten selv opptrer i situasjonen. En profesjonell, en som har vært ansatt lenge i akuttpsykiatrien, vil ofte evne å lese og forstå pasienten rett, og handle deretter. Hvis sykepleieren sitter i en stol og blar i en avis på yttersiden av døra til pasienten, så vil han eller hun forstå at pasienten er rolig. Hvis sykepleieren står oppreist, i beredskap, utenfor døren til pasienten, så vil han forstå at pasienten er urolig, eller kan bli det snart. En uerfaren eller uprofesjonell vil kunne misforstå pasienten og handle feil. Det handler om å se eller forstå det vi ser (Meløe, 1985).

En sykepleier trenger kunnskap i møte med en psykotisk pasient som er innlagt på en akuttpost. Slik kunnskap kan til å begynne med, for en nyutdannet sykepleier, være teoretisk forståelse om hva som kjennetegner diagnosen psykose. Etter hvert som sykepleieren får mer erfaring i praksisfeltet vil det å anvende kunnskap i praksis bety *mer* enn den teoretiske forståelsen en får ved å lese i faglitteraturen.

5.2 Trygghet

Trygghet i møte med den psykotiske pasient var et av hovedfunnene i studien. Det har med å kunne gjøre avtale, sitte sammen, kjenne pasienten fra tidligere eller å snakke om gjenkjennbare ting. Deltagerne i studien mente at pasientene også ble trygge av disse tiltakene. Trygghet kommer etter hvert som sykepleieren får mer erfaring. En nyutdannet sykepleier, en novise, ifølge Benner (1984) sin teori om kompetanseutvikling, mangler erfaring fra praksisfeltet. Hun vil således mangle den tryggheten man får opparbeidet seg gjennom praksis eksempelvis i psykiatriske akuttposter og vil kunne føle seg utrygg i hjelperollen. Kompetansebygging i klinikken (psykiatrisk fagfelt) kommer gjennom år med

erfaring og leder til ekspertkompetanse (Benner, 1984). Teorikunnskaper om psykose og hvor utrygge disse pasientene er (Skårderud et al., 2010) er også viktig. Det å ha kompetanse er likevel, i noen tilfeller, ikke nok for å være trygg i jobben. Personlig egnethet, det at man har med seg grunnleggende trygghet hjemmefra, er vel så viktig i møte med psykotiske pasienter. Slik trygghet kan vanskelig innøves i praksisfeltet. Trygghet har altså to betydninger. Det å være trygg på sin egen kompetanse eller å være en trygg person i seg selv. Å jobbe på psykiatriske akuttposter passer ikke for alle, poengterte Knut i intervjuet.

5.2.1 Å gjøre avtale med pasient

Hvis pleieren er trygg på pasienten så kan hun gjøre avtale om å gå ut. Å gjøre avtale med en psykotisk pasient er et spørsmål om god dømmekraft eller faglig skjønn (Grimen & Molander, 2008). Et annet ord for faglig skjønn kan være å ha *greet* (Hjort, 2009 i Hanssen & Humerfelt, 2010) Lise har *greet* på pasienten når hun kan avtale frisørtur til byen med en psykotisk pasient. Arne fortalte i intervjuet at han kunne gjøre en avtale med en pasient på bakgrunn av det han hørt og observert om vedkommende. Han bruker generell kunnskap og dømmekraft på enkelttilfeller. Alle profesjoner gjør det i en eller annen form ifølge Grimen & Molander (2008). Det er en viss grad av ubestemthet i det man gjør (Grimen & Molander, 2009). Man vet ikke helt hvordan det går men man har visse holdepunkter. Hvis det ikke var en grad av ubestemthet ville oppgaven kunne utføres av hvem som helst, uten å tenke seg om (Grimen & Molander, 2009). Knut fortalte i intervjuet at avtaler om turer i nærområdet, i fjæra, var sånne kjente ting som funket. Knut har den ekspertise som skal til for å inngå en avtale med pasienten, fordi han er en *ekspert* ifølge Benner (1984) og kan *lese* pasienten og se an vedkommende. En ekspert har evne til å se hva som er mulig å gjøre og hvilken avtale som er gjennomførbar (Benner, 1984).

Ifølge Hummelvoll (2012) må sykepleie til pasienter med psykose vektlegge samarbeid og meningsfulle aktiviteter. Samtlige deltagere i denne studien fremhevet viktigheten av å kunne gjøre avtale med pasienten. Slik avtale kan være et muntlig løfte fra pasienten om å være rolig på turen, kunne samarbeide om aktiviteten og ikke stikke av. Hvis pasienten ikke kan inngå en slik avtale, blir det ingen tur ut. Tone sier at å gjøre avtale med en pasient har med samspill å gjøre, det at pasienten medvirker i sin egen behandling. Ifølge Gaskin et al. (2007) må pasientene inkluderes som aktive deltagere i egen behandling for å få ned skjermingshyppigheten. Norvoll (2007) mener det er viktig å åpne postene og finne alternative metoder til skjerming. Det å gå ut med en skjermet pasient er et slik alternativ.

Et samarbeid eller en avtale med en psykotisk pasient kan motvirke passivitet og sosial tilbaketrekning (Hummelvoll, 2012). Et slikt samarbeid må være basert på kommunikasjon og gjensidig forståelse. Når pleieren skal gjøre avtale med pasienten må hun vurdere om det er rett å gjøre det, om det er formålstjenelig og rettferdig. For å gjøre det må man vurdere handlingens virkninger. Enhver handling kan også ha uheldige sidevirkninger (Grimen & Molander, 2008). Pasienten kan nekte å ble med tilbake til avdelingen eller stikke av, slik Tone fortalte i intervjuet. Da må man vurdere om det er verdt å ta den risikoen for at pasienten skal få frisk luft.

5.2.2 Sitte sammen med pasient

Hvis pasienten er redd og engstelig kan sykepleieren sitte inne på rommet sammen med pasienten. En kontaktperson som utstråler ro og trygghet, i nær avstand til den urolige pasienten, kan ha en beroligende effekt. Sykepleieren blir noe konkret, som den urolige pasienten kan orientere seg rundt. En metafor kan være at sykepleieren blir som en *trygg havn i et opprørt hav* (Vatne, 2003). Ifølge Norvoll (2007) får noen pasienter angst av å være på skjermingsrommet, og hun skriver at det er betryggende å ha personalet i nærheten. Også funn hos Gaskin et al. (2007) konkluderer med tettere oppfølging for å trygge den enkelte pasient.

Lise fortalte i intervjuet at i møte med den psykotiske pasienten formidler hun trygghet i sin væremåte. Dette smitter over på pasienten som kanskje er kaotisk og redd. Når man sitter sammen med pasienten på rommet er mye av kommunikasjonen taus. En erfaren sykepleier er ekspert på taus kommunikasjon. Han eller hun viser med kroppsspråket hva som er lov og ikke lov. Måten han står eller sitter på sammen med pasienten viser dette. Av og til innebærer det at pleieren reiser seg fra stolen og står i døråpningen for å poengtere at det er ”forbudt” å komme ut av døra. Måten pleieren gestikulerer med armene kan også være et signal til pasienten om hva som er tillatt eller ikke. Å løfte armen og bruke hånda til å peke, eller rette håndflate mot pasienten, kan vise hvor grensene går. En samhandling mellom sykepleieren og pasienten kan være positivt eller negativt ladet (Måseide, 2008). En positiv interaksjon er ofte nøkkelen til en vellykket skjerming.

Når sykepleieren sitter inne på rommet er bevisstheten rettet mot pasienten som blir skjermet. Dette er hva fenomenologer kaller rettethet eller intensjonalitet (Lorem, 2006). Den urolige pasienten vil merke dette og kanskje bli rolig av den ansatte sin *rettethet*, konsentrasjon,

fokusering eller *samlethet*. Det er nettopp dette som er litt av poenget med hele skjerminga. Pasientens skal merke vår tilstedværelse og bli trygg på kontaktpersonen, sier Tone. Denne tryggheten skal smitte over på den urolige pasienten. Kontaktpersonen sin rolle er å være et *anker i et opprørt hav* (Vatne, 2003).

5.2.3 Å kjenne pasienten

Flere deltagere fortalte om betydningen av å kjenne pasienten, og at det førte til at en opprørt og redd pasient ble mer trygg, rolig og samlet. Arne fortalte at han er mer *treffsikker* i hvilke tiltak som kan gjøre pasienten godt når han kjenner pasienten fra tidligere innleggelses. I fenomenologien er en interessert i å forstå menneskelige handlinger og begivenheter ut fra aktørens eget perspektiv (Thornquist, 2003). Én sykepleier kan velge å skjerme en pasient fordi han oppfatter situasjonen som utrygg. En annen kan velge å løsne opp på skjerminga fordi han oppfatter situasjonen annerledes. Én sykepleier kan forstå kroppslig uro som et resultat av smerte, en annen kan tolke det som aggressivitet. Bruk av faglig skjønn er forskjellig, selv om det er snakk om samme pasient, fordi virkeligheten oppfattes eller oppleves forskjellig. To pasienter med samme diagnose skal i utgangspunktet ikke behandles forskjellig, men blir det likevel. Dette kan komme av at den ene i personalet kjenner pasienten eller har en bedre relasjon til vedkommende enn den andre har. Martinsen (2000) skriver at *øyet* ser en forskjell og at møtet med pasienten derfor blir ulikt. Det er forskjelligheten som er utfordringen. Hvert enkelt pasientmøte må skreddersyes (Martinsen, 2000).

Lise fortalte blant annet om en pasient, ei urolig og opprørt dame, hun møtte i akuttmottaket. Pasienten kjente Lise fra tidligere innleggelses. Når pasienten fikk blikkontakt med Lise ble hun glad, og straks mer rolig og samlet. Det å mestre det faglige og personlige, kaller Martinsen (2000) personorientert profesjonalitet. Slik profesjonalitet handler om noe personlig. Å ville engasjere seg for andre forplikter at man gjør sitt beste i møte med pasienten. Det innebærer å sette pasienten i sentrum, forstå sin egen rolle og ha det som kreves av kunnskaper (Martinsen, 2000).

En sykepleier som er trygg på seg selv i møte med en psykotisk pasienten kan utvise større grad av fleksibilitet i behandlingen. Å sitte sammen med en psykotisk pasient på rommet eller å gå ut med han alene krever i mange tilfeller *vågemot* hos sykepleieren. Den som kjenner pasienten fra før har en fordel. Bruk av faglig skjønn handler mange ganger om å gå *ut av boksen*, være kreativ og ta sjanser. Slike fleksible handlinger som kan komme pasienten til gode er ofte enklere å gjennomføre dersom pleier og pasient kjenner hverandre godt. Wynn

(2004) skriver at hvis personalet skal føle seg *trygge* i jobben, må de ha kunnskap om alternativer til bruk av tvang. Slike alternativer har jeg redegjort for i dette kapitlet.

5.3 Grensesetting

Når sykepleieren grensesetter pasienten må hun ta utgangspunkt i væremåten til pasienten og handle deretter (Skårderud et al., 2010). Et annet ord for grensesetting kan være å skjerme. Arne fortalte i intervjuet at enkelte pasienter ønsker å skjerme seg selv og da slipper personalt å måtte korrigere pasienten. Andre ganger så må pleieren selv definere en klar grense om hva som er akseptabel atferd i posten og hvor pasienten har lov å oppholde seg (Vaglun et al., 1984). Det kan være fordi pasienten er aggressiv, skremmer medpasienter eller ikke klarer å holde seg til avtaler fortalte Knut. Mellom disse to ytterpunktene er det nyanser. En erfaren sykepleier ser dette og tar i bruk faglig skjønn i samspillet med pasienten når grenser skal settes.

Å skjerme har med tvang å gjøre. Der den enkelte på grunn av alvorlig psykisk lidelse kan motarbeide sitt eget beste er psykiatrien satt til å forvalte den enkeltes beste og omgivelsens beste (Skårderud et al., 2010). I lov om psykisk helsevern (2012) står det blant annet i paragraf 4-3 at dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig kan det bestemmes at pasienten skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter (Lovdata, 2012).

5.3.1 Noen ønsker å være skjermet

Arne forteller at noen pasienter ønsker å være skjermet. De ønsker tett oppfølging og føler at de blir tatt på alvor og sett når de er skjermet. Pasientene opplever skjermingen som noe trygt og godt. Det er begrenset stimuli i omgivelsene og de er trygge på at ingen kommer og tar dem. Det kan være at pasienten ønsker fred og ro rundt seg etter en turbulent tid forut for innleggelsende. Ifølge Hummelvoll (2012) er angsten fremtredende hos mange psykotiske mennesker og derfor kan verden oppleves som truende å leve i. De ønsker at andre skal ta kontrollen når de selv ikke har det. Personalet ønsker å skape struktur, oversikt, trygghet og forutsigbarhet hos pasienten (Vaglun et al., 1984).

5.3.2 Det er ei grense for alt

Knut fortalte i intervjuet at det er ei grense for alt. Det er ingen konkrete regler eller instruksjoner som sier *hvor* urolig, psykotisk, rotetet, usammenhengende og støyende en pasient må være før et vedtak om skjerming skal treffes. Det kommer an på øyet på ser. Hvordan reagerer

medpasienter på uroen? Hvor mange er på jobb? Er det erfarent personale? Hensikten med grensesetting har et sikkerhetsmessig perspektiv, ved å bevare liv, fremme helse og lindre lidelse (Strand, 1990). Men, hvis det bare er sikkerhet som betyr noe vil ikke den ansatte på skjerminga handle terapeutisk, men i større grad ha en vokterrolle (Strand, 1990). Lise fortalte i intervjuet at hun ikke liker å være vokter, men heller en medhjelper. Likevel, å jobbe på skjerminga kan til tider være krevende, tøft og utfordrende, slik Knut fortalte. Det innebærer mange ganger å stå ansikt til ansikt med en aggressiv pasient som roper, skriker og truer. Wynn (2004) beskriver skjerming som noe negativt som virker generelt inn på pasienttilfredsheten. Knut var opptatt av at negative erfaringer, vold og trusler fra pasienter kan virke ødeleggende for kreative forslag eller bruk av faglig skjønn. Han tar nå mindre sjanser enn før. Dette samsvarer med tidligere internasjonale studier (Moran et al., 2009; Vandernagel et al., 2009), hvor sykepleiere forteller at de undertrykker eller fortrenger plagsomme følelser forbundet med jobben, eller at de føler sinne eller avsky.

Tone fortalte i intervjuet at hun skjermer pasienten for å hindre at vedkommende blamerer seg i hovedmiljøet. I en skjermingssituasjon vil sykepleierens oppgave være å definere situasjonen og pasientens atferd, fastslå forventninger til pasienten, definere konsekvenser dersom atferden fortsetter og iverksette tiltak dersom den uønskede atferden ikke stopper (Strand, 1990). Ifølge Strand (1990) er hensikten med skjerming kontroll av uønsket atferd, men også å beskytte pasienten mot stigmatisering og blamering.

5.3.3 Behovet for skjerming kan forandre seg

Lise fortalte i intervjuet at hvis pasienten endrer atferd, er mer rolig og trygg, så kan man bruke sunn fornuft. Fornuft har med god dømmekraft eller faglig skjønn å gjøre (Grimen & Molander, 2008). Den som skjermer, den profesjonelle sykepleieren, har en relasjon til den som blir skjermet, pasienten. Disse to aktørene samhandler med hverandre. Noe av denne samhandlingen består av tegn og symboler. Dette er meningsbærende handlinger og uttrykk (Måseide, 2008). Opp og ned av stolen, frem og tilbake til døren, ut og inn av rommet. Måten man puster på, det kroppslige uttrykket. Hvordan holde hendene? Viser man med kroppen at noe er forbudt eller er man imøtekommen? Kroppen synliggjør ulike være- og handlemåter (Molander, 1996). Sykepleieren responderer på pasienten sine bevegelser. Det er et samspill, eller samarbeid mellom den som skjermer og den som blir skjermet. Veksle mellom nærhet og distanse (Vatne, 2003). Et slikt samarbeid kan etter hvert gå over i tillitsforhold mellom pasient og pleier. Den ene stoler på den andre og omvendt. Arne fortalte at det gjøres løpende

vurderinger om hvor lenge ei skjeming skal vare. Kan man slippe litt opp her og prøve vedkommende ute i miljøet? Hvis sykepleieren har tillit til pasienten så gjør han det.

Den ene dagen er ikke den andre lik fortalte Lise i intervjuet. Kontrastene i en psykiatrisk akuttpost kan være store. Dette fordi en psykotisk pasient i mange tilfeller kan endre atferd over natta, eller etter en uke, med rett behandling slik som medisiner, søvn og skjeming (Norvoll et al., 2015). Det er pasienter som ønsker å være skjermet, det gjør det enkelt for personalet. Så er det de som ikke ønsker å være skjermet, men som blir det likevel på grunn av utagerende atferd. Da er situasjonen noe helt annet. Vold og trusler er ikke uvanlig ifølge Knut. Det ødelegger for bruk av faglig skjønn. Knut tar ingen sjanser på grunn av tidligere negative erfaringer, men når pasienten er i bedring endrer samspillet på skjerminga seg. Sykepleieren går fra å være vokter til bli en lagspiller.

5.4 Handlingsrom

Sykepleieren trenger et handlingsrom å jobbe innenfor på en psykiatrisk akuttpost. Dette rommet må være stort nok slik at det er mulig å utøve faglig skjønn i. Veggene i dette rommet er lovverket fastsatt av helsemyndighetene. Tone fortalte i intervjuet at lovverket styrer det vi gjør. I lov om psykisk helsevern omhandler paragraf 4-3 skjerming (Lovdata, 2012). Det må fattes skjermingsvedtak hvis pasienten skjermes på eget rom utover 24 timer, eller utover 12 timer på en skjermingsenhet. Et skjermingsvedtak gjelder i 2 uker før det eventuelt må forlenges. Legen eller psykolog har det overordnede ansvaret for pasienten og skriver ut skjermingsvedtaket. Tone fortalte videre at målet med skjermingsvedtaket ikke er at pasienten skal skjermes mest mulig, men at pasienten skal kunne klage hvis han eller hun er uenig i vedtaket. En uerfaren sykepleier, en *novise*, ifølge Benner sin (1984) teori om ferdighetsnivåer, har en tendens til å følge dette vedtaket til punkt og prikke uansett. En *ekspert* vil ta med pasienten ut av skjermingsrommet så snart hun ser en bedring i pasientens helsetilstand. Det å følge instruksjoner og prosedyrer, uansett situasjon og sammenheng, enten de kommer fra ledere eller myndigheter, kan gå på bekostning av faglig skjønn (Martinsen, 1996).

I løpet av siste året har lovverket vært redigert. Ifølge artikkelen; *Tvang er en del av psykiatrien* i tidsskriftet Sykepleien 27 mai 2016 foreslår regjeringen tiltak som gjør det vanskeligere for leger å behandle pasienter med tvang (Østby, 2016). Blandt disse tiltakene er;

Pasienter får rett til å evaluere bruken av tvang og skjerming i etterkant sammen med behandlere. Hvis pasienten motsetter seg skjerming, skal det alltid fattes vedtak før skjermingen iverksettes. Pasientens syn skal journalføres. Faglig ansvarlig får plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det fattes vedtak om tvangsbehandling (Østby, 2016).

Disse forslagene til lovendring vil bli lagt frem til sommeren 2017 ifølge helseminister Høie (Høie, 2016). De foreslåtte endringene vil gjøre det vanskeligere for sykepleiere å *igangsette* en skjerming fordi hun eller han trenger vedtak av legen *før* skjermingen kan iverksettes. Man kan si at handlingsrommet innskrenkes i sykepleieren sin disfavør fordi pleieren ikke kan iverksette en skjerming, sånn uten videre, ut fra det som er best i den aktuelle situasjon. Sykepleieren må ringe lege før skjermingen igangsettes. Det kan jo tenkes at pasienten er svært urolig, vandrer uten klær, fortyrrer medpasienter etc. Legen som skal ta stilling til om pasienten skal skjermes eller ikke har med stor sannsynlighet ikke vært i situasjonen forut. Hvis pasienten er uenig i å bli skjermet og pleieren mener at pasienten absolutt trenger å være skjermet blir det ord mot ord. Legen har ifølge de nye reglene rett til å avgjøre dette.

På den annen side kommer endringene i lovverket pasienten til gode fordi stemmen hans blir hørt og journalført (Østby, 2016). Særlig dette med å evaluere bruk av tvang i ettertid er viktig. Det å få snakke med en sykepleier eller lege om hvorfor tvangsbruken ble gjennomført kan hjelpe pasienten til å bearbeide negative opplevelser med helsevesenet. Gaskin m.fl. (2007) skriver at tiltak på et overordnet plan, som politiske føringer og lovendringer, er avgjørende for hvilken skjermingspraksis som skal gjelde på psykiatriske akuttposter. Også Scanlan (2009) viser til endringer i retningslinjer for å få ned tvangsbruken.

Anvendelse av faglig skjønn i en akuttpost har sammenheng med ressurser. Et av funnene i studien viser det. Knut fortalte i intervjuet at det ikke er noe særlig å føle seg utrygg på jobb fordi det mangler folk. Dette har med sikkerhet å gjøre slik. Hvis det mangler personell, eller erfarent personell, innskrenkes handlingsrommet til både pleier og pasient. Det blir da færre turer ut i friluft (hvis pasienten trenger følge). Flere undersøkelser (Nakakis & Ouzouni, 2013, Scanland 2009, Gaskin et.al 2007) konkluderer med at tilstrekkelig bemanning er viktig for å finne gode løsninger for pasienten.

5.5 Refleksjon

Det siste hovedfunnet i studien er kategorisert som refleksjon. Det å reflektere over eget arbeid, hva som oppfattes som rett og galt, hvorfor man gjør slik og slik, av og til stoppe opp og sette spørsmålstegn ved egen praksis. Kontinuerlig vurdere om det er forbedringspotensiale. I det følgende blir subkategoriene forebygge uro og refleksjon over egen praksis drøftet.

5.5.1 Forebygge uro

Tone fortalte i intervjuet at hvis man gir tettere kontakt til pasienten kan man unngå å skjerme. Det kan dessuten forebygge uro. Det å gi tettere kontakt til en psykotisk pasient har med nærhet i rom å gjøre. Bruken av kroppen er helt sentralt for sykepleieren som jobber i en psykiatrisk akuttpost. Molander (1996) er opptatt av at kroppen er et personlig hjem og vårt ansikt utad. Det er gjennom kroppen vi handler og reflekterer. ”Vi er våre kroppar” (Molander, 1996 s.25).

Den kroppslige posisjoneringen til sykepleieren i et rom i forhold til pasienten er symbolsk ladet (Måseide, 2008). Hvor langt fra eller nært skal en stå i forhold til pasienten? Er pasienten imøtekommen eller symboliserer han avvisning? Hvordan er ansiktsuttrykket? Smiler han med munnen, er han bestemt, trøtt, sur, oppgitt, glad eller snill? Er det ”varme” i øynene, er det blikkontakt (Martinsen, 2000)? Noen smiler med øynene heter det. Er pasienten farlig, kan han gå til angrep? Blir pasienten provosert eller sint hvis pleieren bruker hendene og tar i han? En interaksjon eller samhandlingen mellom den profesjonelle og pasienten kan være positiv eller negativt ladet (Måseide, 2008). En positiv interaksjon er ofte nøkkelen til å forebygge fremtidig uro. Da er resultatet en gjensidig tillitt mellom pleieren og pasienten som kan hindre at man trenger å skjerme pasienten.

En erfaren sykepleier vil i mange tilfeller kunne fornemme hvis det blir urolig i posten. Han eller hun vil kunne forberede seg ved kalle inn ekstra personell og gi pasienten tettere oppfølging. Denne evnen til å være i forkant utvikles etter år med praksis. Ifølge Benner (1984) er erfaring et nøkkelord for eksperten. Knut forteller han kan gjenkjenne en situasjonen med et *blikk* eller med et *intuitive grasp* slik Benner (1984) skriver i boken fra *Novice to expert*. Når Knut kommer inn i avdelingen danner han seg et overblikk over situasjonen eller stemningen. Han har gjennom erfaring tilegnet seg en evne til å se

situasjonen som en helhet og klarer å gjenkjenne mønstre eller strukturer. Knut har en intuitiv forståelse av situasjonen og inngår dermed i Martinsens (1996) ekspertkategori.

I noen situasjoner handler sykepleieren på automatikk eller på impuls. Slike handlinger kaller Martinsen (2004) for innfallet. De kommer av seg selv. Intuisjonen sier at jeg må være forbredt på noe, og så viser det seg at noe skjer. Bak innfallet ligger erfaring og faglig kunnskap (Martinsen, 2004). Dette stemmer også med hva Knut selv forteller. Han kan ikke forklare hvorfor han klarer å se situasjoner, men han tror det har med årelang trening å gjøre. Knut forteller at man må prøve å lese pasienten, se hva som fungerer av tiltak. Hvis pasienten er meget urolig må man finne åpning for den energien som er der. Løsningen kan være å gå rundt bygget en tur.

Martinsen (1996) mener eksperten har en erfaringsbakgrunn som ingen av de andre har. Han eller hun handler ikke bare med et blick men også ut fra det som føles riktig. Eksperten kan ikke nødvendigvis forklare sin intuisjon, men ofte viser den seg i ettertid å være rett. Intuisjon er det å kunne se en situasjon med et helhetlig bilde. Intuisjon er en evne som formidler taus kunnskap (Martinsen, 2005). Denne kunnskapen kan ikke formuleres i tydelige regler. Det å forebygge uro er ofte et kunststykke som krever erfaring, intuisjon og evne til å være i forkant før en urosituasjon oppstår.

5.5.2 Refleksjon over egen praksis

En del av personalets jobb på skjerminga er å reflektere over egen rolle. Spørsmål de ansatte kan stille seg selv er: Hva er det rette å gjøre i den og den situasjonen? Hvordan skal jeg opptre, og hva er den beste løsningen for akkurat denne pasienten? Dette har med etiske refleksjoner å gjøre (Løgstrup, 1966). Han skriver:

Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gjøre uden at han holder noget av dets liv i sin hånd. (Løgstrup, 1966, s.25).

Det å kunne reflektere er sentralt i helse og omsorgsfagene. Vatne (2003) mener systematisk refleksjon gir en mulighet til å øke sykepleiernes bevissthet om negative effekter av behandlingsopplegget i akuttpsykiatriske poster. Det handler om å ha et reflektert forhold til pasienten, til seg selv og den kontekst man befinner seg i (Hanssen & Humerfelt, 2010). Tone fortalte i intervjuet at man hele tiden må tenke på hvorfor man skjermer. Det er den indre stemmen som må være med i arbeidet.

Personlig egnethet spiller inn, slik som rett sinnelag, gode holdninger og det å ha empati for andre. Empati har med barmhjertighet og medfølelse å gjøre (Hanssen & Humerfelt, 2010). Det innebærer også innlevelse i et annet menneske sin situasjon. Innlevelsen handler om å kunne forstå den andres posisjon, hva et annet menneske føler i et bestemt øyeblikk (Hoffman, 2008 i Hanssen & Humerfelt, 2010). Empati handler altså om å forstå en annen persons opplevelse. Når vi eksempelvis veksler mellom å være nær eller distansert fra pasienten er det nettopp det vi gjør, å prøve å forstå hvordan vi påvirker pasienten med vårt nærvær eller mangel på det. Lise fortalte i intervjuet at det å være medmenneske er viktigst. Det er ikke vokterrollen som er viktigst. Det at man ser og lytter, å klare å trygge pasienten, slik at han skjønner at vi er der for å hjelpe, å ikke at vi skjerner for å straffe.

”Både empati og sympati innebærer å ta en annens perspektiv, noe som er viktig i forbindelse med skjønnsutøvelse” (Hanssen, 2010 s. 84). En forutsetning for empati er evnen til å danne følelsesmessig tilknytning til andre mennesker. Profesjonsutøvere møter pasienter som befinner seg i en emosjonell og smertefull tilstand. Pasienten er i et avhengighetsforhold til den som utøver skjønn. Det er et maktforhold som er asymmetrisk (Hanssen & Humerfelt, 2010). Profesjonsutøveren har kunnskapsmakt. Gjensidig tillit og respekt er et godt utgangspunkt. Hvordan man da opptrer på skjerminga har betydning. Å være smidig, diplomatisk og medgjørlig istedenfor rigid, streng, firkantet og følelsesløs kan være en konstruktiv tilnærming. Pleieren er ofte i forhandlinger med pasienten. Godt faglig skjønn utøves på bakgrunn av teoretisk skolering, erfaring i praksisfelt og personlig kompetanse og egnethet (Skau, 1998 i Hanssen, 2010).

Ifølge Molander (1996) har ikke kunnskap en begynnelse eller en slutt. Kunnskapen er hele tiden tilstede som noe levende som stadig forandres. Kunnskap kan også forbedres, ved å lære av kollegaer og ved å *reflektere* over det man gjør. Å skape kunnskap er en aktiv prosess. Man må stille spørsmål ved det man gjør og det man ikke forstår. Man må reflektere over det man vet og det man mangler av kunnskap (Molander, 1996). Man har ikke sluttet å lære. Molander (1996) sier at en kunnskapsrik praktiker reflekterer over sine handlinger. Han sammenligner tidligere erfaringer med det nye i situasjonen. Dette er refleksjon. Kunnskapen er i bevegelse. Man skaper mening i en situasjon ved å bruke det man vet fra før og sammenligne med det nye i situasjonen. Det er en form for oppmerksomhet. Refleksjonen inngår da i kunnskapen og er en sirkel mellom del og helhet, lik den hermeneutiske sirkel

(Molander, 1996). Sykepleieren sin evne til å reflektere over sine handlinger på en psykiatrisk akuttpost er selve bærebjelken i arbeidet ved en slik akuttpost.

6 AVSLUTNING

6.1 Styrker og begrensninger ved studien

Jeg har mange års erfaring som sykepleier i akuttpsykiatrien, og dette mener jeg har vært min viktigste styrke i arbeidet med denne oppgaven. Jeg har kunnskaper om pasientgruppen og sykepleiefaget og utfordringer knyttet til å håndtere og behandle psykotiske pasienter innlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling. Oppgaven tar for seg både faglige og menneskelige dilemmaer som jeg og mine kollegaer møter daglig. I arbeidet med denne studien ønsket jeg å samle erfaringer og se dem i en teoretisk sammenheng.

En svakhet ved gjennomføringen av studien kan være at jeg på noen områder ikke stiller meg tilstrekkelig kritisk til min egen profesjon. Andre yrkesgrupper som jobber i psykiatrien slik som vernepleiere, helsefagarbeidere og miljøterapeuter vil kunne si at de bruker faglig skjønn på samme måte som sykepleierene. Mitt syn er at å være flink og profesjonell i en akuttpost ofte er et spørsmål om erfaring og personlig egnethet fremfor profesjonstilhørighet. Samtidig er dette skrevet ut fra mitt perspektiv som erfaren sykepleier. Jeg har forsøkt å holde en objektiv distanse i valg av problemstilling, i intervjuene med mine deltagere og i analysene av materialet. Begrensninger kan være at jeg kanskje ikke stiller spørsmål om forhold som synes selvsagte. Enkelte forhold kan dermed overses. Eksempel på det kan være at det bare er en liten del av psykotiske pasienter i en akuttpost som blir skjermet. De andre, som ikke blir skjermet, trenger ofte ingen spesiell oppfølging ut over det å ha en kontaktperson i avdelingen.

Det er en styrke ved studien at den belyser et tema fra et perspektiv (faglig skjønn) der det finnes lite kunnskap fra tidligere forskning. Studien bidrar til å styrke kunnskapsgrunnlaget for sykepleiere. Den har også sin styrke som kvalitativt studie fordi den kan generere nye problemstillinger, og slik være utgangspunkt for nye studier.

Jeg har fire deltagere. Studien vil av den grunn ikke være generaliserbar på en slik måte at man kan trekke konklusjoner for en større gruppe. Andre sykepleiere vil likevel kunne kjenne seg igjen i deltagerens erfaringer, dermed vil studien ha overføringsverdi. En annen forsker vil kunne gjennomføre den samme studien ved å følge den oppskriften jeg har skissert. Det er likevel ikke sikkert at han eller hun ville ha kommet frem til de samme konklusjonene. Dette fordi forskeren selv velger kategorier og subkategorier som brukes i presentasjonen av funnene. Jeg har selv valgt meningsbærende enheter, 15 sider, ut fra et råmateriale på cirka 80

sider. Målet er ikke å presentere alt, men det som ikke var kjent fra før og som bidrar til refleksjon (Malterud, 2013). En annen forsker vil kunne ha en annen teoretisk referanseramme og dermed lest gjennom materialet med andre “briller” enn det jeg gjorde. Diskusjonsdelen i oppgaven ville da ha vært annerledes.

6.2 Oppsummering

Hensikten med oppgaven var å belyse problemstillingen; *Hvilke erfaringer har sykepleiere med bruk av faglig skjønn i skjerings situasjoner med psykotiske pasienter på psykiatriske akuttposter?*

Resultatene viste at sykepleierne mente at kunnskap om diagnose og det å kunne bruke teori i praksis var viktig i møte med en psykotisk pasient. Væremåten til den enkelte pasient ble av enkelte sykepleiere tillagt større vekt enn selve diagnosen.

Det å være trygg på seg selv i møte med pasienten var et av studiens hovedfunn. Dette vil berolige en opprørt og urolig psykotisk pasient. Å inngå avtale med en pasient om å gå en tur ut, å sitte sammen med pasienten, å kjenne pasienten og kunne snakke om gjenkjennbare ting har med trygghet å gjøre.

Grensesetting var et annet funn. Å være ærlig og redelig når man setter grenser. Det er en grense for alt, og av og til må man sette foten ned og være rigid. Likevel, behovet for skjerming kan forandre seg. Den ene dagen er ikke den andre lik. En må være dynamisk og løse opp ved behov.

Å ha tilstrekkelig handlingsrom var et viktig funn i studien. Det at det er rom for å gjøre feil og “høyt under taket” i tillegg til nok folk i posten fremmet sykepleierne som nødvendig for å kunne gjøre en god jobb. Også lover og politiske føringer på et overordnet plan er viktig. Slike institusjonelle rammer legger føringer på bruk av skjønnet.

Til slutt ble evnen til å kunne reflektere over egen praksis fremmet som viktig, og alltid tenke på hva som er rett og galt i det man gjør. Skjerming er ikke straff. Man er medmennesker og ikke voktere i følge sykepleierne i denne studien. Individuell tilnærming og løsninger tilpasset den enkelte pasient, fremfor ensidig vektlegging av regler og struktur er nødvendig. Når den beste behandling skal gis, kommer man ikke utenom bruk av det gode, faglige skjønnet.

6.3 Veien videre

Slik jeg skrev i avsnittet om bakgrunn for valg av tema har skjerming som metode vært omstridt. Flere pasienter har klaget på skjerming når det gjelder isolasjon og tvang. Skjerming har også vært gjenstand for debatt, både faglig, juridisk, etisk og helsepolitisk (Norvoll et al., 2015). Det er et misforhold mellom skjermingsmetodens kliniske utbredelse og det kunnskapsmessige grunnlaget. For å kunne evaluere og eventuelt endre dagens praksis, er det et klart behov for mer forskning på ulike typer skjerming og på effekten av skjerming (Norvoll et al., 2015).

I tillegg til forslag til lovendringer fra regjeringen som blir lagt frem sommeren 2017 for å få ned tvangsbruken i psykiatrien, er også denne oppgaven et bidrag til å vurdere tiltak for å få ned tvangsbruken. Å trekke inn begrepet faglig skjønn som et alternativ til skjerming og tvang gir nye innfallsvinkler og åpner opp for nye muligheter. Faglig skjønn i akuttpsykiatrien kan også være tema for videre forskning.

LITTERATURLISTE

- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Bjørger, D., Storvold A, Norvoll R, Lossius T. (2014). Alternativer til tvang -fra et brukerperspektiv. *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*.
- Gaskin, C. J., Elsom, Stephen J., Happell, Brenda (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *The British Journal of Psychiatry*, 298-303.
- Grimen, M., Molander, A. (2008). Profesjonsstudier; *Profesjon og skjønn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hanssen, H., & Humerfelt, K. (2010). *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt -ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal.
- Høie, B. (2016). Bruken av tvang går ikke ned. Det kan vi ikke leve med. *Aftenposten* 11 april.
- Kvale, S. B., S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal.
- Loem, G. F. (2006). *Samspill i psykisk helsearbeid* Oslo: Cappelen akademiske.
- Lovdata. (2012). *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. § 4-3. Skjerming*. <https://lovdata.no> : (Lastet ned 5 feb.2017)
- Løgstrup, K. (1966). *Den etiske fordring* (7. opl. ed.). København: Gyldendal.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1996). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet* (Vol. 1). Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup* (Vol. 2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2004). Skjønn- språk og distanse. *Sykepleien*, nr. 2, 2004.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønn og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Meløe, J. (1985). *Notater i vitenskapsteori: til gruppene i humaniora og samfunnsvitenskap med fiskerifag*. Universitetet i Tromsø.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2. omarb. oppl. ed.). Göteborg: Daidalos.

- Moran, A., Cocoman, A, Scott, PA, Matthews A, Staniuliene V Valimaki M,. (2009). Restraint and seclusion: A distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 599-605.
- Måseide, P. (2008). *Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nakakis, K., Ouzouni, K. (2013). The use of restraint and seclusion in a psychiatric ward. *To Vima tou Asklipiou*, 01 July 2013, Vol.12(3), pp.303-323 [Fagfelleverdert tidsskrift] 303-323.
- Norvoll, R (2007). *Det lukkede rom: Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultet. 300-311.
- Norvoll, R., Hynnekleiv, T., Ruud, T. (2015). Seclusion in emergency psychiatry. *Tidsskrift Norske Legeforening*, 135(1), doi:10.4045/tidsskr.14.0124, 30-45.
- Scanlan, J. N. (2009). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: What we know so far. A review of the literature. *The International journal of social psychiatry*, July 2010, 412-423.
- Skårderud, F., Haugesgjerd, S., Stänicke, E., S.A.M.D & Engell, S. (2010). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (Vol. 2 utg.): Gyldendal akademiske.
- Vaglum, P., Jørstad, J., & Karterud, S. (1984). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri : fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vandernagel, J.E.L., Tuts, K.P., Hoekstra, T., Noorthoorn, E.O. (2009). Seclusion: the perspective of nurses. *International Journal of Law and Psychiatry*, 408-412
- Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne: Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap. Sammendrag; 10 s.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wynn, R. (2004). Restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital., *International Journal of Circumpolar Health*, 07/2004, Vol.63(4) [Fagfelleverdert tidsskrift] 445-447.
- Østby, B. (2016). Tvang er en del av psykiatrien. *Sykepleien* nr.5, 2016.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

Mitt navn er Mikal Nilsen og jeg skal skrive en masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse, Institutt for helse- og omsorgsfag ved Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Jeg jobber til daglig som sykepleier ved akuttpost nord-1 ved UNN (Universitetssykehuset i nord Norge) på Åsgård.

Temaet i oppgaven er “Faglig skjønn på skjerminga” Det er en kvalitativ studie av erfaringer sykepleiere har i bruk av faglig skjønn på skjerminga i psykiatriske akuttposter.

Jeg vil fokusere på hvordan sykepleiere bruker sin dømmekraft og vurderingsevne på skjerminga slik at man oppnår en god løsning for pasienten, medpasienter og ansatte. Jeg ønsker i tillegg å spørre om hvilke etiske refleksjoner deltagerne gjør seg når han eller hun velger å skjerme en pasient fra omgivelsene.

Jeg velger å intervju 4 sykepleiere. Deltagerne må ha mer enn fem års arbeidserfaring fra en psykiatrisk akuttpost. Intervjuene vil gjennomføres høsten 2016. Vi avtaler sammen hvor og når intervjuet finner sted. Intervjuet vil bli tatt opp på en lydfil på en bærbar pc. Hvert intervju tar cirka 40 minutter.

Jeg er underlagt taushetsplikt og alle data vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert. Prosjektet skal avsluttes i juni 2017. Lydfilene vil da bli slettet. Deltagere som ønsker det kan få en kopi av oppgaven etter at den er levert våren 2017. Prosjektet er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Deltagelsen er frivillig og så lenge studien pågår, kan du trekke tilbake samtykke uten å oppgi grunn. Alt materiale fra deg vil da bli slettet.

Dersom du har spørsmål om dette kan du ta kontakt med meg: (mob: 90 63 84 25, mail: mikalnilsen@hotmail.com). Du kan også kontakte min veileder Inger Marie Holm, (mob: 99 62 94 4, mail: Inger.Marie.Holm@telemed.no). Dersom du ønsker å bli intervjuet må du signere vedlagt samtykkeerklæring.

Mikal Nilsen

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om Mikal Nilsen sitt masterprosjekt «FAGLIG SKJØNN PÅ SKJERMINGA». En kvalitativ studie av erfaringer sykepleiere har i bruk av faglig skjønn på skjerminga i psykiatriske akuttposter, og er villig til å delta gjennom å stille på intervju.

Navn:

Telefonnummer:

E-postadresse:

(Signert av prosjektdeltager, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

”FAGLIG SKJØNN OG SKJERMING”

En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer i bruk av faglig skjønn i møte med psykotiske pasienter på psykiatriske akuttposter.

A. Åpningsspørsmål

Alder?

Kjønn?

Antall år som sykepleier?

Antall år som sykepleier på psykiatrisk akuttpost?

Hvorfor velger du å jobbe i akuttpsykiatrien?

B. Hovedspørsmål

Hva legger du i begrepet faglig skjønn?

Hva vil det si å skjerme en pasient?

Hvilken erfaring har du i bruk av faglig skjønn, til psykotiske pasienter, på skjerminga i psykiatriske akuttposter?

Kan du fortelle en historie fra skjerminga, der du i ettertid, mente du brukte godt faglig skjønn?

Kan du fortelle en historie fra skjerminga, der du i ettertid, mente du ikke brukte godt faglig skjønn?

Bruker du mer eller mindre faglig skjønn, på skjerminga i dag, enn du gjorde da du var ny og uerfaren i akuttpsykiatrien?

Hvilke etiske refleksjoner gjør du når du velger å skjerme en pasient?

C. Avslutningsspørsmål

Er det rom for å bruke faglig skjønn på den psykiatriske akuttposten du jobber i?

Er det noe som kunnet vært annerledes?

Hvordan opplevde du intervjuet?

Har du mer å tilføye i intervjuet?

Vedlegg 4: Godkjenningsbrev fra NSD

Inger Marie Holm Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ Vår dato: 11.10.2016 Vår ref: 50403 / 3 / AGL Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.10.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

50403

Behandlingsansvarlig Daglig ansvarlig Student

Faglig skjønn på skjerminga

En kvalitativ studie av erfaringer sykepleiere har i bruk av faglig skjønn på skjerminga i psykiatriske akuttposter

UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder Inger Marie Holm Mikal Nilsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Endringsmeldinger gis via et eget skjema,

<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07 Vedlegg: Prosjektvurdering Kopi: Mikal Nilsen mikalnilsen@hotmail.com



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltagelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Data innhentes ved personlig intervju. Vi minner om at det av hensyn til sykepleieres taushetsplikt ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter. Vi anbefaler at forsker minner deltagerne om dette i forbindelse med intervjuet.

Personvernombudet legger til grunn at studenten etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine regler for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 20.06.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger

da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å: - slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)

- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn) - slette lydopptak