



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Ettersamtalens nytteverdier

En kvalitativ studie om ettersamtale

Gabriela Alarcon

Masteroppgave i psykisk helsearbeid HEL-3965 November 2022

Sammendrag

Bakgrunn: I 2017 ble psykisk helsevernloven endret, og det ble da lovpålagt at pasientene skal tilbys minimum én ettersamtale for å evaluere tvangsvedtak etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven. Målet med ettersamtale er å evaluere hvorvidt det var det mest hensiktsmessige tvangsvedtaket som ble benyttet, om gjennomføringen kunne vært mer skånsom og om pasienten fikk nødvendig informasjon i forkant av tvangsvedtaket. Denne vurderingen skal ligge til grunn ved eventuelle senere tvangsvedtak. Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke nytteverdier sykepleiere erfarer slik man bedre kan forstå hva som må til for å bruke ettersamtaler til tvangsforebygging.

Problemstillingen: «Hvilke nytteverdier erfarer sykepleiere på akuttpost at ettersamtaler har for forebygging av tvang?»

Metode: Det ble benyttet en kvalitativ metode hvor det ble gjennomført fire semistrukturerte intervju. Fire sykepleiere fra fire ulike akuttpsykiatriske avdelinger ble intervjuet etter et strategisk utvalg. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultater: Nytteverdiene som identifiseres er: 1) gjensidig situasjonsforståelse, 2) forebygging med læring og brukermedvirkning, 3) ettersamtale som reparasjon og 4) økt bevissthet knyttet til rutiner og gjennomføring, pasientens sykdomsbilde og avvisning. Bruken av ettersamtale kan bidra til at pasient og helsepersonell får en gjensidig forståelse for situasjon og at helsepersonell får økt innsikt i pasientens opplevelse. Læringsutbyttet kan bidra til forebygging og reduksjon av tvang, samt at pasienten får medvirket i sin egen behandling. Ettersamtale kan også være nyttig for å bygge og reparere relasjoner som har blitt brutt som følge av tvangsbruk. Deltakerne opplyser om at de ser god nytteverdi av å benytte ettersamtaler, men at det etterspørres mer trening, systematikk og rutiner for gjennomføring. Pasientens sykdomsbilde og at pasienter avviser ettersamtaler kan være til hinder for gjennomføring og stiller høye krav til helsepersonells vurderinger av innsikt.

Konklusjon: Det må i større grad settes fokus på ettersamtaler og forebygging av tvangsbruk. Ved å legge til rette for god opplæring og sikre at pasienter mottar tilbud om ettersamtale kan man bruke nytteverdiene til å forebygge og forbedre bruken av tvang. Det er fremdeles behov for mer forskning på området, og det kunne vært relevant å undersøke dokumentasjons- og informasjonsflyt ved ettersamtale, årsaker til at pasienter avviser ettersamtale, rutiner for gjennomføring samt undersøke hvor mange ettersamtaler som faktisk gjennomføres og etter hvor mange døgn det i snitt tar før gjennomføring.

Nøkkelord: Forebygging, tvang, ettersamtaler

Abstract

Background: Since 2017 it's been mandatory to offer all patients at least one post incident-review to evaluate decisions in coercive treatment in accordance to chapter four in the Norwegian mental health care act. The purpose of post-incident review is to evaluate whether the used coercive method was the most appropriate, and if the patient got the necessary information beforehand. The evaluation should be used to form the basis of any coercive decisions made in the future. The purpose of this study is to investigate nurses' experiences to better understand how we can use post-incident reviews for coercive prevention.

Topic: "Which values do nurses' in acute psychiatric departments experience that post-incident reviews have for the prevention of coercion?"

Method: A qualitative method was used where four semi-structured interviews were conducted. Four nurses from four different acute psychiatric departments were interviewed after a strategic selection. The data material was analyzed using systematic text condensation.

Results: The identifiable values are: 1) mutual understanding of the situation, 2) prevention with learning and user participation, 3) post-incident reviews as repair and 4) increased awareness related to routines and implementation, the patient's state of disease and rejection. The use of post incident-reviews can contribute to mutual understanding of the situation between healthcare staff and patients. They also allow healthcare staff to gain more insight into how the treatment is experienced by the patient. Learning outcomes that can be gained from post incident-reviews can contribute to the prevention and reduction of coercion, as well as allowing the patients to participate in their own treatment. Post-incident reviews can also be useful for building and repairing relationships that have been broken as a result of coercion. The participants in the study state that they see the value in using post incident-reviews, but that there is a demand for more training, systematics and routines for implementation. Obstacles can be the patients state of illness and whether the patient reject post-incident reviews. This places high demands on the staffs' evaluation on the situation.

Conclusion: Increased focus on post-incident reviews and coercion is necessary. By facilitating and implementing good training and ensuring that patients is offered post-incident reviews, the benefits can be used to prevent and improve the use of coercion. There is still need for more research in this area. It could be relevant to examine how post-incident reviews are documented and recorded and reasons why patients reject post-incident reviews. In addition, there could be relevance in examining how many post-incident reviews are executed and how many days these take to execute.

Keywords: Prevention, post incident-reviews, coercion

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	
Abstract	
Beskrivelse av tema og problemstilling	7
Bakgrunn for valg av tema	7
Ettersamtaler	9
Problemstilling	10
Avgrensning	10
Begrepsavklaring	10
Hensikt	11
Tidligere forskning	11
Teori	14
Ettersamtale som forebyggende tiltak	14
Tvang og makt	15
Foucault om makt og individet	16
Travelbee om pasienten og kommunikasjon	18
Brukermedvirkning	20
Skjønn	23
Relasjonsarbeid	23
Metode	25
Det kvalitative forskningsintervju	25
Utvalg og beskrivelse av deltakere	25
Rekruttering	26
Det semistrukturerte forskningsintervju	27
Forberedelse til intervju	27
Gjennomføring av intervju	28
Forskningsetiske overveielser	29

Transkribering	31
Analyse av datamateriale.....	31
Presentasjon av funn.....	34
Gjensidig situasjonsforståelse	35
Gjensidig forståelse for situasjon	35
Innsikt i pasientens opplevelse	36
Forebygging med læring og brukervedvirkning.....	36
Læringspotensial	37
Brukervedvirkning	38
Ettersamtale som reparasjon.....	39
Bygge, bryte og reparere relasjoner	39
Økt bevissthet knyttet til rutiner og gjennomføring, pasientens sykdomsbilde og avvisning	40
Implementering og rutiner for gjennomføring	40
Pasienten er for syk til å delta i ettersamtale	41
Pasienten avviser ettersamtale.....	41
Diskusjon.....	42
Situasjonsforståelse	42
Gjensidig situasjonsforståelse	42
Innsikt i pasientens situasjon.....	43
Forebygging med læring og brukervedvirkning.....	44
Læringspotensial	44
Brukervedvirkning	45
Ettersamtale som reparasjon.....	46
Bygge, bryte og reparere relasjoner	46
Økt bevissthet knyttet til rutiner og gjennomføring, pasientens sykdomsbilde og avvisning	48
Implementering og rutiner.....	48

Pasienten er for syk til å delta i ettersamtale	49
Pasienten avviser ettersamtale.....	51
Metodediskusjon	52
Validitet.....	52
Reliabilitet	53
Refleksiv objektivitet	53
Generaliserbarhet.....	54
Avslutning	55
Studiens implikasjoner	56
Videre forskning.....	56
Litteraturliste	
Vedlegg 1, informasjonsskriv.....	
Vedlegg 2, intervjuguide	
Vedlegg 3, NSD godkjenning	
Vedlegg 4, NSD godkjenning ny prosjektslutt dato.....	

Beskrivelse av tema og problemstilling

Bakgrunn for valg av tema

I utgangspunktet har alle mennesker full selvbestemmelse over det som angår egen helse og utgangspunktet er at helsehjelp skal være basert på pasientens eget samtykke (Bremnes, 2019). I helse- og omsorgstjenesten er tvang tiltak som pasienten motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at en person normalt ville ha motsatt seg det (Ursin, 2020). Alle former for tvangsbruk er strengt regulert av psykisk helsevernloven. Formålet med psykisk helsevernloven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte, som samsvarer med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper (Psykisk helsevernloven, 1999). Loven har også til hensikt å forebygge og begrense tvangsbruk. I lovverket kommer det også frem at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for enkeltindividet og være i overensstemmelse med pasientens behov, selvbestemmelsesrett og respekt for menneskeverdet (Psykisk helsevernloven, 1999). Til tross for det strengt regulerede lovverket er det mange pasienter som mottar helsehjelp under tvang. I 2018 ble det fattet vedtak for tvungen tilbakeholdelse, behandling uten samtykke og bruk av tvangsmidler for til sammen 7000 pasienter (Bremnes & Skui, 2020). Aktivitetsdata for 2018 fra psykisk helsevern rapporteres det om 15 000 tvangsmiddelvedtak, hvorav litt mer enn halvparten gjaldt kortvarig fastholding (Bremnes & Skui, 2020). Vedtakene er fordelt på 2 300 pasienter, og for 13 prosent av disse ble det rapportert om 10 eller flere vedtak.

I 2017 ble psykisk helsevernloven revidert, og formålet var å øke pasientens selvbestemmelse og rettsikkerhet (Hellevik & Skui, 2017). I proposisjon til Stortinget begrunnes lovforslaget med at tall fra helsedirektoratet tyder på at bruken av tvang øker og at det er store geografiske forskjeller og de mener at styrking av pasientens selvbestemmelse og rettssikkerhet er viktige tiltak for å redusere bruken av tvang og få en riktigere bruk av tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015-2016). Noen av endringene som ble gjort i psykisk helsevernloven i 2017 var blant annet vilkår om manglende samtykkekompetanse, skjerpede krav til begrunnelse om vedtak og evaluering av skjerming og tvangsbruk (Hellevik og Skui, 2017).

Fra min egen jobb som sykepleier på akuttpost er jeg godt kjent med endringene som ble gjort i 2017, og husker godt diskusjonene om samtykkekompetanse og utvidet observasjonstid. Det som derimot sjeldent ble diskutert var at det samtidig ble lovpålagt med ettersamtale og at ettersamtalen skal være en del av beslutningsgrunnlaget ved senere

tvangsvedtak. Hovedårsaken til at det overrasket meg er at jeg sitter med en opplevelse om at ettersamtaler ikke brukes systematisk, de er ikke lett tilgjengelig og innholdet kan være av varierende kvalitet. Hos meg har dette skapt bekymring da jeg har et faglig ansvar og kan og bør gjøre mye for å forebygge bruken av tvang. Derimot så er det vanskelig å forebygge tvang eller å bruke ettersamtalen som beslutningsgrunnlag når man ikke vet om innholdet i ettersamtalen.

Ettersamtaler kan være et godt tiltak dersom det implementeres på en god måte, at informasjonen formidles videre på team møter eller i behandlingsplaner. De som står med det faglige ansvaret bør være godt informert om eventuelle tiltak som kan gjøres for å forebygge tvangsbruk. Dette tenker jeg henger mye sammen med hvilken nytteverdi man erfarer av tiltaket, da jeg antar at dersom sykepleiere opplever stor nytteverdi av ettersamtaler vil ha større motivasjon for mer aktiv bruk, bedre informasjonsflyt og utnyttelse av informasjonen ved beslutninger. På sikt kan dette være med på å redusere bruken av tvang, gi økt brukermedvirkning og forbedre tilliten til psykisk helsevern.

I en av mine første eksamener ved masterprogrammet i psykisk helsearbeid beskrev jeg en ettersamtale jeg hadde hatt sammen med en pasient. Denne ettersamtalen gjorde inntrykk på meg av flere årsaker, og er nok en av grunnene til at jeg har fordypet meg videre inn i temaet. Noe av det første pasienten sa til meg var at han aldri hadde blitt tilbudt en ettersamtale, noe som fikk meg til å tenke på hvilke holdninger jeg hadde, og hvorfor jeg hadde dem. Videre i ettersamtalen beskrev pasienten den opplevde tvangen, og han beskrev at han følte seg mobbet og hånet av personalet på post. Hvorfor hadde jeg ikke ansett det som viktig å snakke med pasienten om hans opplevelser? Videre fortalte han at tvangen han opplevde skadet han, og ikke minst var jeg klar over at tvangsbruken var en konsekvens av voldsom utagering som skadet andre. I denne situasjonen satt man med flere parter som følte seg skadet som en konsekvens av tvangsbruk, både den som opplevde tvang, og vi som utøvde tvang. Likevel hadde ingen tilbudt pasienten ettersamtale tidligere for å snakke om hans opplevelser, noe som dermed ikke førte til nevneverdig endring. Etter samtalen satt jeg med en opplevelse om at vi hadde kommet frem til en felles forståelse, og til en felles enighet om tiltak som skulle forsøkes. Hvorvidt tiltakene faktisk førte til endring i tvangsbruken er jeg usikker på, men det jeg vet er at pasienten opplevde seg hørt og forstått, og jeg hadde bedre forståelse for pasientens opplevelse.

Endringen jeg ønsker å fokusere på er det nye kravet om evaluering etter avslutning av visse tiltak etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven. Dette innebærer at tiltakene skal evalueres sammen med pasienten for å belyse hvorvidt det var det mest hensiktsmessige

tvangsvedtaket som ble benyttet, om det kunne vært gjennomført på en mer skånsom måte og om pasienten fikk nødvendig informasjon i forkant av iverksettelse av tvangsvedtak (Hellevik & Skui, 2017).

Ettersamtaler

Evalueringene av tvangsmiddelbruk blir heretter omtalt som ettersamtale. Ettersamtaler har sitt opphav fra debriefing innen psykologi og fra sykepleiefaglig refleksjonspraksis (Goulet & Larue, 2016). Debriefing kan defineres som «an early intervention method for personnel groups exposed to a single task or repetitive tasks related to stressful events that carry a high potential for psychotraumatic effects» (Goulet & Larue, 2016, s.121). Av ressursheftet «Alternativer til tvang» beskrives det at mange har opplevd både traumatisering og retraumatisering som følge av tvangsbruk, da å bli utsatt for tvang kan ligne på en overgrepssituasjon til tross for at helsevesenet ønsker å hjelpe (Bjørger, Storvold, Norvoll & Husum, 2014). Ettersamtale anses derfor som et nødvendig tiltak for å kunne bearbeide situasjonen og komme seg videre. Av en studie om pasienters erfaringer om tvang og psykisk helsevern var ett av funnene at negative erfaringer var preget av manglende innflytelse, fravær av valgmuligheter og bruk av unødvendig tvang (Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang, 2014). Deltakerne i den samme studien understreket behovet for å bli anerkjent som person og ønsket om mer evaluering både underveis i sykehusoppholdet og alltid etter bruk av tvang slik at involverte parter kunne lære av hendelsen.

Tvangstiltakene det skal gjøres ettersamtale på gjelder vedtak om skjerming mot pasientens vilje, undersøkelse og behandling uten eget samtykke, undersøkelse av rom og eiendeler, kroppsvisitasjon, rusmiddeltesting uten pasientens samtykke og bruk av tvangsmidler (Psykisk helsevernloven, 1999). Pasientens vurdering som kommer fram i ettersamtalen skal journalføres og legges til grunn i beslutningsgrunnlaget ved senere vedtak om tvang. Ettersamtalen skal være en åpen samtale for å kunne bearbeide en hendelse, og undersøke hvordan man kan forebygge fremtidig tvangsbruk (Bjørger et al., 2014). Ettersamtalen skal ikke være klandrende eller ha straffende aspekter mot hverken personal eller pasient, men fungere som et verktøy for å kunne undersøke hva som har hendt, og forhindre nye episoder. Videre skal dette bidra til at en kan gjøre nødvendige endringer i organisasjonen for å redusere og kvalitetssikre tvangsbruken. Ved å benytte ettersamtaler får man fram pasientens perspektiv, og involvering av pasienten og gjennomgang av tvangsbruk kan redusere tvangsbruken uten at det fører til skade (Pedersen, Reidun & Bjørger, 2017).

Til tross for et tydelig lovverk og forskning som understreker behovet for ettersamtale kommer det frem av kontrollkomisjonens rapport om tvangsbruk i 2018 at kommisjonen gjentatte ganger har påpekt at ettersamtaler er lite synlig og lite tilgjengelig i journalsystemet DIPS (Kalseth, Bremnes & Mjøs, 2019). Utover dette er ikke ettersamtaler nevnt flere ganger i rapporten.

Problemstilling

Med utgangspunkt i fordelene litteraturen fremhever ved å benytte ettersamtale, men også at det fremkommer fra kontrollkomisjonen at ettersamtaler er lite synlig og lite tilgjengelig ønsker jeg å benytte følgende problemstilling:

Hvilke nytteverdier erfarer sykepleiere på akuttpost at ettersamtaler har for forebygging av tvang?

Avgrensning

På grunn av oppgavens omfang og egne ressurser kommer jeg ikke til å undersøke bruk av ettersamtaler på andre avdelinger som er godkjent for tvang, men kun akuttpsykiatriske avdelinger. Ulempen med dette er at resultatene jeg får fra denne undersøkelsen muligens ikke samsvarer med det som erfares på andre avdelinger. Eksempelvis fordi at antall liggedøgn på akuttpost er kortere og at pasientene ofte er i dårligere psykisk form enn på andre avdelinger som er godkjent for tvang. Dette kan være en spennende problemstilling å se på ved andre avdelinger dersom en har ressurser nok til dette.

Ettersamtale gjøres kun om vedtakene i kapittel 4 og derfor kommer jeg heller ikke til å gå inn på tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern da de faller inn under et annet kapittel i psykisk helsevernloven.

Begrepsavklaring

Forebygging er et begrep som benyttes gjennomgående gjennom teksten og er definert som tiltak som igangsettes før sykdom er diagnostiserbar eller høyt symptomnivå er oppstått (Dalgard et al., 2011). I denne oppgaven bruker jeg begrepet forebygging spesifikt som et tiltak for å redusere bruk av tvang, uavhengig av diagnose og symptomtrykk.

Tvangstiltak/vedtak – i oppgaven kommer jeg til å bruke begrepene tvangstiltak og tvangsvedtak om hverandre. Dette fordi alle former for tvang som utøves skal være lovfestet i form av et tvangsvedtak som utstedes av en faglig ansvarlig, godkjennes av en overlege eller psykologspesialist og som gjennomføres på post av personal.

Hensikt

Ved å undersøke ettersamtaler ønsker jeg å rette et søkelys mot bruken av ettersamtale som et forebyggende tiltak. Siden endringen av psykisk helsevernloven har alle pasienter som har fått tvangsvedtak rett på minst én ettersamtale, og denne skal ligge til grunn ved eventuelle senere tvangsvedtak (Psykisk helsevernloven, 1999). Det kan tenkes at ved å undersøke ettersamtaler og hvilken nytteverdi sykepleiere erfarer, kan en bedre forstå hva som må til for å bruke ettersamtaler som tvangsforebygging. Dette kan igjen brukes for å se på hvordan en bør implementere eller forbedre rutiner på avdelinger. Ved å løfte denne tematikken kan man kanskje bidra til å forbedre bruken av ettersamtalen og sikre at informasjonen som kommer frem ved evaluering av tvangsvedtak faktisk benyttes som beslutningsgrunnlag ved senere vedtak om tvang, og dermed kan være med å forebygge bruken av tvang, i tillegg til å forbedre tvangsutøvelsen.

Tidligere forskning

I startfasen fant jeg få forskningsartikler om temaet og tok derfor kontakt med Tvangsforsk som har vært behjelpelig med innspill. Der fikk jeg tips til søkeord, samt tilsendt relevante artikler av Unn Elisabeth Hammervold, som har gjennomført sin PhD om samme tema. Ved søk har jeg brukt søkebasen pubmed og benyttet følgende søkeord: 1) psychiatric OR mental, AND 2) coercion OR restraint, AND 3) post-incident review OR debriefing. Ovennevnte søkeord i pubmed ga 35 treff, hvorav jeg har funnet at 17 av dem var aktuelle for oppgaven, etter en gjennomgang av sammendrag. Ved hjelp av de samme søkeordene med unntak av «post-incident review» (som ikke ga noen treff i Psycinfo), fikk jeg 53 treff. Etter en gjennomgang av titler og sammendrag satt jeg deretter igjen med 18 artikler hvorav 8 av disse er de samme som jeg fikk i søket i Pubmed. Mitt søk ga dermed totalt 28 artikler fra Pubmed og Psycinfo. Av de 28 artiklene har jeg brukt et utvalg relevante artikler som er presentert sammen med annen relevant forskning.

Goulet og Larue (2016) har publisert en systematisk oversikt som tar for seg ulike former for ettersamtaler og hvordan det beskrives i litteraturen. Her kommer det frem at ettersamtaler har flere benevnelser, blant annet; «post-event discussion», «post-seclusion debriefing», «debriefing procedures», «post-event analysis» og «post-seclusion counseling intervention» (Goulet & Larue, 2016). Det kan se ut som at av mange ulike benevnelser, følger det også mange ulike måter å praktisere dette på, og det er ikke gitt at debriefing er det samme som ettersamtale. Av artikkelen beskrives det at debriefingen for kun helsepersonell i hovedsak preges av sikkerhet for personell og pasient, men hvor studier viser at refleksjon for

læring i personalgruppen benyttes i liten grad (Goulet & Larue, 2016). Beskrivelsene av debriefing hvor pasienter inkluderes er tilsynelatende hensikten å finne ut av deres følelser og hva som forårsaket deres reaksjoner og handlingsmønstre, noe som samsvarer veldig med hvordan ettersamtale beskrives i litteraturen.

Av samme artikkel henvises det kun til én studie av ettersamtaler hvor det er benyttet et kvantitativt design. Dette er en pilotstudie som ble gjort av Whitecross, Seary og Lee (2013), hvor 31 pasienter fra akuttpost som er utsatt for tvang mottar ettersamtale og én kontrollgruppe mottok vanlig behandling. Resultatene fra denne studien viser ingen signifikant forskjell i utvikling av PTSD-liknende symptomer, men det var signifikant forskjell i bruken av tvang, hvorav tvang var benyttet færre timer enn hos kontrollgruppen. Konklusjonen er at implementering av ettersamtaler kan ha gjort behandlingsteamet mer bevisst og dermed endret sin praksis.

Goulet, Larue og Lemieux (2018) publiserte en artikkel om en pilotstudie hvor de har implementert bruk av ettersamtaler på en akuttpsykiatrisk post, og sammenlignet tvangsbruken 6 måneder før og etter implementeringen av ettersamtaler (Goulet et al., 2018). Resultatene fra studien viser at det er en signifikant reduksjon i både antall pasienter som er utsatt for skjerming og tidsbruken av skjerming før og etter implementeringen. Ifølge helsepersonell som deltok i studien var den største fordel av ettersamtale med pasient at det var potensiale for å reparere relasjon, og at det ga mulighet til å forstå hverandres perspektiver. Dette tillitsforholdet var avgjørende for pasientens recoveryprosess, samt at deltakelse i egen behandling ble ansett som en faktor i empowerment. Konklusjonen i studien er at ettersamtale muliggjør forbedring av behandling samt øker sikkerhet på post da det ikke bare reduserer tvangsbruk, men mest sannsynlig også vold på avdelingene. Ettersamtale øker refleksjonen for alle involverte som gir gjensidig forståelse og forandring i praksis, noe som illustreres av den signifikante forskjellen i både tidsbruk og antallet pasienter som har vært utsatt for skjerming.

En oversiktsartikkel publisert av Hammervold, Norvoll, Aas og Sagvaag (2019) tok for seg tolv studier, hvorav seks var kvantitative, fire kvalitative og to med blandede metoder. Resultatene i denne oversiktsartikkelen belyser at ettersamtaler kan være en mulighet til å evaluere tvangsbruk, promotere pasientenes egen forbedringsprosess og stimulere til profesjonell refleksjon. I den samme artikkelen kommer det frem et behov for større inkludering av pasientene i planleggingen av ettersamtalene. Noe som problematiseres i denne oversiktsartikkelen er at til tross for fordelene med evaluering, promotering til forbedringsprosesser og stimulering til profesjonell refleksjon så kan ettersamtale også i

verste fall bli en arena for konfrontasjon hvor pasienten kan bli holdt ansvarlig for sine handlinger (Hammervold et al., 2019).

I en kvalitativ studie ble 19 helsepersonell med ulike yrkesbakgrunn intervjuet om deres opplevelser og syn på ettersamtaler (Hammervold, Norvoll, Vevatne & Sagvaag, 2020). Denne studien belyser at ettersamtaler kan være med å bidra til bedre kvalitet på behandling ved å øke kunnskap om perspektiver og løsninger, øke profesjonell bevissthet og etikk og forbedre relasjon mellom pasient og helsepersonell (Hammervold et al., 2020). Til tross for de positive fordelene rapporteres det om at det er utfordrende å benytte ettersamtalens fulle potensial da det ikke er lett å få fatt i pasientenes meninger. Funnene som er relatert til utfordringene med å få frem pasientenes meninger handler om forhold tilknyttet helsepersonell. Utfordringene som belyses er lite kunnskap, informasjon og opplæring i ettersamtaler. Forhold som omhandler pasienten og dens følelsesliv og tilstand vil også vanskeliggjøre bruken av ettersamtaler. Strukturelle og kulturelle forhold blir også belyst i artikkelen hvor rammene for bruk av ettersamtaler diskuteres.

Hammervold, Norvoll og Sagvaag (2021) publiserte en kvalitativ studie basert på individuelle intervjuer av åtte nåværende og tidligere pasienter. Hensikten med denne studien er å utforske pasientenes perspektiver på ettersamtale og potensialet for forbedring og forebygging av tvang. Pasientopplevelsene som beskrives i forskningen tilsier at pasientene opplever ettersamtaler som styrkende, at man finner nye mestringsstrategier og at det er en mulighet til å prosessere opplevelsene, men også at ettersamtaler oppleves som meningsløst da det rapporteres om opplevelse av objektivisering og det meldes om et savn for åpen kommunikasjon.

Allikmets, Marshall, Murad og Gupta (2020) har benyttet en kvalitativ metode i form av strukturerte intervjuer av 10 pasienter for å få fram pasientperspektivet på bruk av tvang. Spørsmålene som spesifikt tok for seg ettersamtale omhandlet om pasientene selv tenkte det fantes alternativer, om de ble tilbudt ettersamtale etter tvang og om de hadde andre kommentarer de ønsket å tilføye til studien (Allikmets et al., 2020). Kun 1 av deltakerne svarte ja på å ha blitt tilbudt ettersamtale. Av de resterende deltakerne var det 7 som svarte nei, mens 2 ikke besvarte spørsmålet. På spørsmål om de mente det fantes andre alternativer svarte 6 ja, mens 1 av deltakerne svarte nei. Her var det og noen som hadde svart mer utfyllende med faktiske alternativer som kunne ha vært nyttig for dem, som for eksempel tilgang på musikk, samtale, aktiv kommunikasjon og muligheten til «time out».

Huckshorn (2004) publiserte en artikkel om kjernestrategier for forebygging og reduksjon av tvangsbruk. De seks kjernestrategiene er organisatorisk ledelse, benyttelse av

data for å informere praksis om egen tvangsbruk, kompetanseheving og utvikling av personalgruppen, bruk av forebyggende verktøy, brukervedvirkning og debriefing verktøy (Huckshorn, 2004). Kjernerstrategiene ble identifisert som kostnadseffektive, lett å gjenskape og tilgjengelige. Av de seks kjernerstrategiene er det synlig, konsistent og effektiv organisatorisk ledelse som viser seg å være den viktigste komponenten for vellykket tvangsforebyggende initiativ. Debriefing prosedyrer deles inn i to mål: (1) å analysere tvangsbruk for å tilpasse praksiser og prosedyrer for å unngå fremtidige hendelser samt (2) å minske det negative og potensielt det traumatiske ved tvangsbruk for alle involverte. Debriefingen deles inn i to ulike former. Først en umiddelbar debrief etter en hendelse for å sikre alles sikkerhet, evaluere dokumentasjon, snakke med involverte og forsøke å oppnå en «normaltilstand». Den siste delen av debriefing beskrives som mer formell hvor behandlingsteam og ledelse skal delta for å analysere hendelsen hvor hensikten er å identifisere hva som hendte og hva som kan gjøres for å unngå fremtidige hendelser. Inkludering av pasientens perspektiv anses som kritisk for å få gjort evalueringen, og Huckshorn (2004) anbefaler at noen taler pasientens sak dersom pasienten ikke kan delta i denne delen.

Kort oppsummert er forskningslitteraturen gjennomgående positiv til bruken av ettersamtaler, at man ser mange fordeler av å gjøre dette både av hensyn til personal og pasienten. Det er noen utfordringer knyttet til kunnskap, mangel på informasjon og opplæring av personalet. Likevel er det mange nyttige faktorer ved bruk av ettersamtale som refleksjon, læring, gjensidig forståelse, redusert bruk av tvang og ervervelse av mestringsstrategier. Flere av forskningsartiklene poengterer at det fremdeles er et behov for mer forskning på feltet.

Teori

Ettersamtale som forebyggende tiltak

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse publiserte i 2014 et ressurshefte hvor de ser på alternativer til tvang sett fra et brukerperspektiv. Årsaken til dette heftet er den tverrpolitiske målsettingen om å oppnå økt frivillighet innen psykisk helsevern (Bjørngen et al., 2014). Ressursheftet viser til at noen av strategiene som Helse- og omsorgsdepartementet satte søkelys på er forebygging og alternative frivillige løsninger basert på mest mulig likeverd mellom pasient, pårørende og helsepersonell.

Forebygging kan skje på flere nivå, og deles inn i primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging. Primærforebyggingen omhandler å skape et

miljø som minimerer konflikt ved bruk av administrative og kliniske metoder (Huckshorn, 2004). Tidlige intervensjoner for å intervensere konflikt og aggresjon går under sekundærforebygging, og tiltak under denne kategorien vil da være deeskaleringsmetoder og opplæring og trening av personal om holdninger og handlinger i konflikter. Ettersamtaler går under tertiærforebygging som handler om å minimere skaden både personal og pasient kan oppleve etter tvangsvedtak. I ressursheftet til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse skrives det om et behov for ettersamtaler for å kunne bearbeide tvangen en har blitt utsatt for og at man dermed får formidlet sin forståelse av situasjonen (Bjørgen et al., 2014).

Tvang og makt

I litteraturen kan man finne ulike betegnelser for ulike former for tvang som er formell tvang, uformell tvang og opplevd tvang. Formell tvang innebærer den tvangen det er gjennomført juridiske vedtak for (Husum, Hem, Pedersen & Aarre, 2017). Bruk av tvang er hjemlet i psykisk helsevernloven og regulerer tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler (Psykisk helsevernloven, 1999). Bruken av psykisk helsevernloven vil også utløse en del rettigheter hos pasienten som styrker pasientens rettsikkerhet som ettersyn og klageadgang til kontrollkommisjonen eller fylkesmannen (Husum et al., 2017). Det er også i Psykisk helsevernloven (1999) kravet til evaluering av avslutning av tiltak etter kapittel 4 reguleres, også omtalt som ettersamtale.

Til tross for at tvang er strengt regulert av psykisk helsevernloven viser forskning at også frivillige innlagte pasienter opplever press og maktutøvelse fra helsepersonell, også kalt uformell tvang (Husum et al., 2017). Ved denne typen tvang kan det ikke fattes vedtak, i motsetning til formell tvang. Denne formen for tvang kan være usynlig, strukturell eller avhengig av den enkelte helsepersonells moral og personlighet. Den skjulte tvangen kan også være mild paternalisme. Da uformell tvang ikke er juridisk, vil det heller ikke gi pasienten de samme rettighetene som ved formell tvang og det kan dermed være vanskeligere for pasienten å klage eller å få dette vurdert av andre (Husum et al., 2017).

Opplevd tvang er pasientens egen oppfatning av om de er tvunget til å motta psykiske helsetjenester. Husum et al. (2017) viser til forskning hvor en gruppe pasienter som har vært tvangsinnlagt oppga at de ikke har opplevd mye tvang, mens en gruppe som hadde vært frivillig innlagt opplevde å bli utsatt for mye tvang. Dette viser at pasientens opplevelse av tvang ikke nødvendigvis samsvarer med bruken av formell tvang (Husum et al., 2017). Faktorer som vil virke inn på dette er pasientens anerkjennelse av tvangsbruken i ettertid, om

behovet for hjelp eller ikke, om hjelpen har opplevdes nyttig og opplevelsen av å bli behandlet med verdighet og respekt, til tross for tvangsbruk (Husum et al., 2017). Negative erfaringer knyttet til tvang er ofte preget av manglende innflytelse og fravær av valgmuligheter, mens positive erfaringer er knyttet mot å føle seg ivaretatt av helsepersonell som fremstår som sensitive for pasientperspektivet (Lorem et al., 2014). Måten tvang gjennomføres på ble i en studie identifisert som et område hvor opplevelsen av å bli utsatt for tvang og krenkelse kan reduseres (Husum et al., 2017). Andre alternativer som ble nevnt var økt grad av brukermedvirkning og samarbeid med nettverk, og bruk av ettersamtale for å redusere opplevelsen av krenkelse.

«Frivillig tvang» er også et begrep man kan møte på i litteraturen, som betyr at man frivillig går med på tvang fordi konsekvensen er tvang, og man har dermed ingen innflytelse over alternativene (Lorem et al., 2014).

Bruken av tvang vil gi flere etiske problemstillinger en må ta hensyn til og vurdere. Noen av de etiske problemstillingene kan omhandle forhold som respekt for pasientens autonomi og samtykkekompetanse, velgjørenhet og omsorg, mangelfullt kunnskapsgrunnlag, ikke skade-prinsippet, geografiske variasjoner og tvangsbehandling med legemidler (Husum et al., 2017).

Tvangsbruk i psykisk helsevern kan ligne på en overgrepssituasjon til tross for at den utøvde tvangen i utgangspunktet er ansett som et ønske om å hjelpe (Bjørngen et al., 2014). Dette kan medføre konsekvenser for den enkelte som trenger bearbeiding og brukere har beskrevet at tvangsbruk har medført både traumatisering og retraumatisering (Bjørngen et al., 2014).

Foucault om makt og individet

Michel Foucault representerer postmodernismen, som er et noe utydelig begrep da det ikke kommer frem noen klar definisjon. Det kan beskrives som en retning og en mentalitet innenfor kunst, filosofi og vitenskap som bygger på kritikk av det moderne prosjekt og verdier (Aakvaag, 2008). Representasjonen av postmodernister er stor og kan være alt fra de som dekonstruerer tekster og kulturelle uttrykk på en leken-ironisk måte og de mer etisk orienterte som forsvarer former for «annethet». En kan si at Foucault er et godt eksempel på den typen som forsvarer «annethet», men Aakvaag (2008) beskriver han heller som en «vitenskapelig» modernist som underkaster seg saklighet og verdinøytralitet for å sette vitenskap opp mot vitenskap, fornuften og det moderne opplysningsprosjekt.

Foucault studerte moderne former for kunnskap gjennom 60-tallet og viet 70-tallet til å studere samspillet mellom kunnskap og makt (Aakvaag, 2008). I 1961 publiserte han galskapens historie, hvor han tar for seg den moderne psykiatrien og psykologien. Her beskrives det at de gale og galskap er et biprodukt av det moderne samfunnet hvor man ved hjelp av klassifiseringspraksiser håndterer «annethet». Ved å klassifisere «dysfunksjonelle» mennesker og sperre dem inne skaper man en orden i samfunnet. Dermed mente Foucault at «galskap» er noe som konstrueres når «de gale» sperres inne, behandles og observeres og dermed gjøres til objekt for vitenskapelig kunnskap (Aakvaag, 2008). Denne innesperringen har dermed konsekvenser for «annethet» da «annethet» tvinges til taushet.

På 70-tallet begynner Foucaults andre fase hvor makt får en større plass i hans forfatterskap hvor han blir opptatt av samspillet mellom diskurser og makt (Aakvaag, 2008). I sin bok om det moderne fengselet; «Overvåking og straff», studerer han den ene hovedformen for moderne makt: panoptisk disiplinering. Panoptisk disiplinering er makten som gjennomføres innad i institusjoner hvor individet er klar over at de overvåkes, men ikke vet noe om sine egne overvåkere. Denne maktformen er oppkalt etter Jeremy Bentham som utviklet en arkitektonisk modell for et fengsel hvor de innsatte er isolert på egne celler under kontinuerlig overvåking (Aakvaag, 2008).

Hensikten med panoptisk disiplinering er delt inn i flere hovedtrekk (Aakvaag, 2008). Det første hovedtrekket handler om å disiplinere kroppen. En i utgangspunktet anarkistisk-uregjerlig kropp skal temmes slik at man passer inn i samfunnets maskineri. I tillegg skal kroppen underkastes et tidsregime hvor de panoptiske institusjonene kontrollerer både hver enkelt dag, men også de lange tidsintervallene. Et tredje hovedtrekk er organisering av rommet som innebærer faste rom og plasser til bestemte gjøremål for å unngå uregulerte menneskemasser som beveger seg ukoordinert og uforutsigbart. Disiplinering av kroppen innebærer også en del sanksjoner hvor kroppen skal lære å lystre ved å belønne korrekt atferd, samt å straffe avvikende atferd. Videre er sanksjonene tett forbundet med kontinuerlig overvåking. Mennesket er hele tiden synlig, og er klar over denne overvåkingen selv. Som et ledd i denne overvåkingen beskriver Foucault at mennesket underkastes en detaljert eksaminering hvor en samler inn informasjon og observasjon som har en individualiserende effekt i og med at den gir hver enkelt en særegen historie. Og til sist skaper denne organiseringen av kroppens aktiviteter i tid og rom, sanksjoner, overvåking og eksaminasjon et normaliseringstrykk hvor denne makten skal korrigere atferd for å tilpasse individene til samfunnets normer og regler. Ifølge Foucault har hver av de panoptiske institusjonene kriterier for hva det vil si å ha normal atferd.

Det er denne disiplineringen som ifølge Foucault er med på å danne individet, og at individet kun dermed er et produkt av maktteknologi (Aakvaag, 2008). «Selvsagt er individet en fiksjon, et resultat av en «ideologisk» samfunnsoppfatning. Men individet er også en realitet, fabrikkert av denne særskilte teknologien som kalles «Disiplin» (Foucault 1944:174)» (Aakvaag, 2008, s. 320). Individet Foucault sikter til er et menneske som skiller seg fra andre gjennom å ha sin egen historie og sine særegne kjennetegn (Aakvaag, 2008). Individet henter sin identitet fra seg selv og ikke sin tilhørighet. Videre beskriver Foucault tre koblinger mellom makt og individualitet. For det første blir individet isolert av de panoptiske institusjonene. Videre etableres individet som objekt hvor en produserer individualiserende kunnskap over individet gjennom overvåking og eksaminering. Til slutt etableres individet som subjekt hvor hver enkelt lærer å oppfatte seg selv som et unikt individ.

Travelbee om pasienten og kommunikasjon

Den amerikanske sykepleierteoretikeren Joyce Travelbee definerer mennesket som «et unikt og uerstattelig individ – en engangsforeteelse i denne verden, lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller vil komme til å leve» (Travelbee, 1999, s. 54). Videre tar hun for seg begrepet pasient, som er både en merkelapp, en kategori og en stereotyp. I følge Travelbee (1999) finnes det ingen pasienter, men kun mennesker som er i behov av omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker. Termen pasient er dermed kun nyttig da det fungerer i praktiske kommunikasjonssammenhenger. Pasientbegrepet kan medføre at sykepleieren generaliserer mennesket til å dekke «alle pasienter» og at sykepleieren derfor overser eller ser bort ifra de unike forskjellene som fins mellom «pasientene». Hun mener dermed at pasientbegrepet kan prege omsorgen et menneske får fra sykepleieren: «Sykepleierens oppfatning av «pasienter» er en vesentlig bestemmende faktor for kvaliteten og kvantiteten på den sykepleien hun yter til syke mennesker.» (Travelbee, 1999, s. 62). Travelbee (1999) problematiserer sykepleierens oppfatning av mennesket som sykdom og definerer dette som en reduksjons- eller avhumaniseringsprosess. Reduksjonsprosessen er når mennesket reduseres til å bli ansett som en sykdom eller en oppgave og tilskrive karakteristika til stereotypene som mennesket ikke har. En slik reduksjonsprosess vil medføre at sykepleieren handler ut fra en overbevisning preget av stereotyper, som kan infantiliserer den syke i den grad at den vil oppføre seg i samsvar med forventningene. Forutinntatte holdninger og stereotyper kan hindre sykepleieren i å kommunisere og etablere relasjon, og forhindrer sykepleieren i å anerkjenne pasienten sin som et individ. Dette forhindrer kommunikasjonen og relasjonen. Løsningen på dette er i

følge Travelbee (1999) å legge til side stereotypiene og oppfatte den syke som et unikt menneske.

Mennesket identifiseres som et unikt individ av Travelbee (1999), og hun beskriver sykdom som en trussel mot selvet. Det er den sykes oppfattelse av egen sykdom som er viktig og sykepleieren vet kun hvordan individet oppfatter egen sykdom når hun går sammen med vedkommende og får fram individets egen mening. I møtet mellom sykepleier og det syke mennesket foregår det hele tiden en kommunikasjon, enten de er bevisst det eller ikke. Kommunikasjonen er toveis og skjer gjennom utseende, atferd, holdning, mimikk, manerer og gester. Travelbee (1999) skriver at sykepleieren må være i stand til å forstå hva den syke kommuniserer og bruke denne informasjonen i planleggingen av sykepleierintervensjoner. I kommunikasjons og interaksjonsprosessen beskrevet av Travelbee (1999) identifiseres det tre mål ved interaksjon: å lære den syke å kjenne, å fastslå og ivareta sykepleiebehov og å oppfylle sykepleiers mål og hensikt. Kommunikasjonen er avhengig av at det er en avsender og mottaker og at alle involverte parter forstår budskapet. Ved brudd i kommunikasjonen betyr det at budskapet ikke mottas, at det feiloppfattes eller misforstås. Brudd i kommunikasjonen kan også oppstå ved manglende ønske om å kommunisere, eller ved mangel på gode intensjoner. Noen av hovedårsakene til kommunikasjonsbrudd som Travelbee (1999) identifiserer er at den syke ikke oppleves som et individ, profesjonsutøveren lar være å lytte, kommer med anklager, bebreidelser og erting og unnlater å avbryte der det er nødvendig.

Lytting er en aktiv prosess som krever energi og full oppmerksomhet. Det kan være flere årsaker til at sykepleieren ikke lytter aktivt til pasienten, men konsekvensen av dette er at det syke mennesket opplever sykepleieren som uinteressert i ham som individ.

Anklager, bebreidelser og erting er og en av årsaksfaktorene til at man får brudd i kommunikasjonen mellom sykepleier og det syke mennesket. Travelbee (1999) beskriver at noen kan bebreide og anklage syke mennesker for å være skyld i egen sykdom eller skade hvorav hun videre beskriver at mennesker som vet at sykdom eller skade er selvforskyldt ikke får hjelp av en sykepleier som anklager ham. Enkelte sykepleiere benytter slike metoder i et forsøk på å få pasienten til å endre atferd. En slik væremåte er både uprofesjonelt, inhumant og straffende. Ved å benytte slike taktikker vil det være umulig å etablere en relasjon til pasienten og en blokkerer derfor for kommunikasjonen.

Å la være å avbryte pasienten er og en årsak til at kommunikasjonen bryter sammen. Dette fordi det kan hende sykepleieren ikke forstår pasienten, lar være å utforske det pasienten snakker om eller til og med glemmer det som har vært sagt. Det er derfor

avgjørende at en utforsker og avklarer de utsagn en ikke forstår og får å få utdypet det pasienten har sagt. Dette vil være med på å forsterke den aktive lyttingen som kreves i kommunikasjonsprosessen.

Brukermedvirkning

De siste 20 årene har det skjedd en endring hvor man har gått fra å se på pasienter som passive mottakere av hjelp til å anse pasienten som en aktiv deltaker og kunnskapskilde om sin egen helse (Storm & Wiig, 2018). Lauveng (2020) begrunner at en viktig årsak til å jobbe med brukermedvirkning er for å styrke menneskets selvopplevelse. Lauveng (2020) viser til forskning som tar for seg menneskets selvopplevelse og alvorlig lidelse og det kommer frem av studiene at disse pasientene mangler opplevelse av kontroll over seg selv og eget liv, mangler opplevelse av verdi, at de ikke kan eller tørr å ta egne valg og at de ikke har lov å ta egne valg eller hevde egne meninger. Videre begrunner hun at det er avgjørende at behandlingen styrker muligheten til å styre eget liv.

Ifølge Pedersen et al. (2017) kan manglende forståelse for pasientperspektivet og forståelsesforskjeller gi grobunn for manglende dialog og medvirkning i praksis, kommunikasjonsutfordringer, misforståelser, mistillit til helsepersonell, konflikt samt mistillit til behandlingsinstitusjonen. Helsepersonell er pliktige til å tilrettelegge for brukermedvirkning samt at pasienten har en lovfestet rett til medvirkning i sin egen behandling (Simonsen, 2016). Dette reguleres av pasient og brukerrettighetsloven kapittel 3 hvor det beskrives at tjenestetilbudet skal så langt det er mulig utformes i samhandling med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienten er dermed å anse som den viktigste aktøren for tilfriskning og har rett til å medvirke til tiltak som omhandler egen helse, forebygging, utredning, behandling og oppfølging (Simonsen, 2016). Det å håndtere ulike perspektiv og forståelseshorisonter er nødvendig for å kunne oppnå gode dialoger for å forstå og lære av hverandre, kunne gi den enkelte pasient en individuell tilnærming og at helsepersonell er bevisst sin egen tolkning av pasienten (Pedersen et al., 2017). Videre beskrives det at det er viktig at pasienten involveres for å styrke beslutningsprosessene og at pasienten må gis muligheter til å uttrykke seg og dele om egne erfaringer og synspunkter. Det understrekes også at medvirkning ikke forutsetter at man fungerer optimalt, men at medvirkning og dialog kan skje på mange nivåer og på ulike måter i ulike faser av sykdommen (Pedersen et al., 2017).

Når jeg arbeidet med en tidligere oppgave som omhandlet brukermedvirkning kom det fram i litteraturen at helsepersonells holdninger var avgjørende for brukermedvirkning.

Følgende avsnitt er hentet fra egen eksamensoppgave i HEL-3163 Fagtradisjoner og kunnskapsformer i psykisk helsearbeid med tittelen «eksamensoppgave 2019»:

Helsepersonells holdninger kan ha stor innvirkning på pasientenes brukermedvirkning, og holdningene er derfor avgjørende for at pasienter skal benytte seg av tjenestetilbud og forhindre ubalanse mellom tjeneste og pasient (Simonsen, 2016). I en hovedrapport fra Sintef om brukerorienterte alternativer til tvang kommer det frem at mange helsepersonell opplever at brukermedvirkning er en viktig og spennende utvikling i psykisk helsevern og derfor stiller seg positive til det (Norvoll, Hem & Hatling, 2008). Samtidig oppleves brukermedvirkning som nytt og annerledes. Noen problematiserte at pasientene kom til å stille flere krav og forespørsler og at det er for tidkrevende. Av hovedrapporten kommer det også frem at en viktig forutsetning for brukermedvirkning er at personaler ser og anerkjenner pasienten. Økt brukermedvirkning krever at personalet i større grad anerkjenner pasientenes evne til rasjonalitet. Det fremheves at pasientene blir tvunget til å tenke selv og benytte egne ressurser når personalet spør og inkluderer pasientene.

Brukermedvirkning finnes i ulike grader, hvor pasienten selv har ulik grad av medvirkning i avgjørelser som tas om egen helse. Graden av deltakelse kan deles inn i informasjon, konsultasjon, partnerskap og brukerstyring, og ble i utgangspunktet presentert i en artikkel av Hickey og Kippin i 1998 (Leraand, 2018). Når pasienten får informasjon blir ikke pasienten inkludert i beslutningene som er gjort. Informasjonen pasienten mottar er nødvendig og tilpasset informasjon om behandlingstiltak samt begrunnelse for de beslutningene som er tatt. Ved konsultasjon involveres pasienten og man søker pasientens synspunkt og meninger, men tar ikke nødvendigvis hensyn til dette i avgjørelsene som skal tas, og det er helsepersonell som tar beslutningen alene. Ved partnerskap involveres pasienten i større grad hvor man kan forhandle og diskutere slik at avgjørelsene tas i plenum. Dette innebærer en maktoverskyvning som gir pasienten en større myndighet i avgjørelsene som skal tas, og da dette innebærer likeverdighet mellom pasient og helsepersonell må man noen ganger inngå kompromiss. Når pasienten har brukerstyring er det pasientens egen avgjørelse som står i sentrum. I følge Hickey og Kipping (1998) er det i brukerstyring opp til pasienten selv hvorvidt den ønsker å inkludere andre i beslutningsprosessen.

Det å involvere pasientene og at de gis muligheter til å uttrykke seg og dele egne erfaringer og synspunkter er med på å styrke beslutningsprosessene (Pedersen et al., 2017).

Pedersen et al. (2017) understreker at det er viktig at helsepersonell er bevisst eget ståsted og at en forsøker å forstå hverandres tenkemåter og begrunnelser og at en bevarer nysgjerrigheten slik at pasienten kan lære den enkelte helsepersonell noe nytt om en selv, lidelsen og hva som hjelper. Videre beskrives det at en også bør legge til rette for at pasienten skal få innblikk og forståelse for hvordan helsepersonell tenker om situasjonen. Tilgangen til personalets begrunnelser og tenkemåter kan medføre at pasienten kan akseptere tiltak som vedkommende kanskje først var uenig i, men også at det vil kunne bli lettere å gi kritiske tilbakemeldinger på situasjonene som har oppstått eller avgjørelsene som er tatt (Pedersen et al., 2017). Pedersen et al (2017) skriver at under overgangen fra en paternalistisk kultur til det informerte samtykket har det vært en bekymring om at pasientene ikke er i stand til å ta egne valg, men også det å finne balansen mellom å gyldiggjøre og anerkjenne pasientens perspektiver og erfaringer, samtidig som man balanserer dette opp mot at man i en psykisk krise ikke alltid klarer å ta gode beslutninger for å ivareta seg selv. Pedersen et al. (2017) presenterer ulike metoder og teknikker som kan gi plass til pasientperspektivet og etablere tillitsfulle relasjoner, samtidig som den profesjonelle kan uttrykke hva de tenker om situasjonen. Forfatterne understreker også at dersom man er klar over at pasientens tilstand og at sykdomsbildet svinger mye så er det viktig at man snakker med pasienten på sitt beste og avklarer både konkrete ønsker og erfaringer, og eventuelt hvem som kan fungere som pasientens representant om den selv skulle være ute av stand til å delta i beslutningsprosessen. Husum et al. (2017) angir at den vanligste begrunnelsen for at personer med alvorlige sinnslidelser ikke alltid får medvirke i utformingen av sin egen behandling er antakelsen om at de mangler innsikt i sin egen lidelse og at dette dermed forsvarer bruken av paternalisme. Av en litteraturstudie gjennomført av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og Selskapet for industriell og teknisk forskning (SINTEF) vises det til forskning hvor begrepet innsikt har mottatt kritikk for å være en «tatt-for-gitt»-definisjon som kan virke diskvalifiserende og umyndiggjørende (Norvoll & Husum, 2011). Begrepet kritiseres også for å være et uttrykk for definisjonsmakt og en måte å diskvalifisere brukernes meninger på ved for eksempel uenigheter om behandling eller forståelse av lidelse (Norvoll & Husum, 2011).

Det vil alltid finnes enkelte situasjoner som vil utelukke brukermedvirkning og Lauveng (2020) presenterer noen av disse grensene. Dette vil være situasjoner som truer liv, helse og sikkerhet, barns helse og sikkerhet og situasjoner hvor helsepersonell ikke innehar korrekt kompetanse for yrkesutøvelse. Pasienter kan også be om tiltak som helsepersonell ikke kan imøtekomme da de ikke er faglig forsvarlige.

Skjønn

Gjennom egen sykepleiekarriere har «det faglige skjønn» alltid vært et begrep som har dukket opp når man må gjøre vurderinger. Betydningene av «skjønn» kan være mange, men Førde, Nortvedt, Pedersen og Hem (2017) fokuserer på to betydninger som jeg ønsker å benytte videre. Den første betydningen er de vurderingene som gjøres hvor en ikke har noe fasitsvar eller entydig regel som avgjør hva som er rett eller godt (Førde et al., 2017). Det andre er egen vurderingsevne eller dømmekraft.

Skjønnets kan deles inn i faglig skjønn og etisk skjønn, hvor førstnevnte vurderes ut fra verdier som sannhet, oppriktighet, kreativ nysgjerrighet og nøyaktighet (Førde et al., 2017). Det etiske skjønnets vurderes ut fra hvilke hensyn en tar til sentrale verdier som pasientens beste, ikke skadeprinsippet, autonomi, egenverd og rettferdighet. Videre beskriver de at det kreves både faglig kunnskap og etisk kompetanse for å kunne gjøre situasjonsvurderinger hvor en utviser godt skjønn og gjør gode helsefaglige vurderinger. Førde et al. (2017) identifiserer også kunnskap om lignende saker, sentrale verdier og prinsipper, etisk teori og forskning på etiske problemstillinger som viktig for bevisstgjøring, gode analyser og veloverveide begrunnelser. Det blir også understreket at faglig etisk skjønn bygger på den enkeltes empati og evne til å ha blick for andres ve og vell. Empati kan være med på å gi viktig innsikt og informasjon om andre menneskers følelser, sinnsstemning og situasjon. Empati vil ikke av den grunn være ufeilbarlig da man aldri kan vite for sikkert at man forstår andre mennesker, og man må derfor alltid kontrollere hvorvidt man har forstått det rett.

I praksis må avgjørelser ofte tas hurtig og baseres på hva som er det beste å gjøre til tross for at sikker kunnskap ikke foreligger (Førde et al., 2017). Klinisk erfaring gjør at symptomer og sykdomsmanifestasjoner kan gjenkjennes raskt og man kan benytte tidligere vellykkede løsninger i avgjørelsen. Vurderinger av riktig handlemåte i situasjoner hviler på en rekke vurderinger, og også at man innehar riktig situasjonsforståelse (Førde et al., 2017). I tillegg kommer kunnskaper om lovverket og de juridiske gråsonene man arbeider inn mot, og de faglige og etiske vurderingene må sees i lys av lovverket for å kunne utøve godt faglig skjønn (Førde et al., 2017).

Relasjonsarbeid

Relasjonens betydning er stor i psykisk helsearbeid og Lauveng (2020) skriver at relasjonen er fundamentet i alt vi gjør. Det er også relasjonens betydning som trekkes frem som hjelpsomt i møte med helsepersonell, og ikke behandlingsmetoder. Relasjonen vil ha betydningen for behandlingen og effekten pasientene opplever. En studie gjort på

medikamentell behandling viser at relasjoner preget av likeverd og personlig engasjement gjør at pasientene vurderer behandlingen som positiv (Bøe & Thomassen, 2017). Hvorvidt medikamentell behandling har effekt henger tett sammen med relasjonen med behandler. Det vises da til at effekten kan beskrives på følgende måte:

- Den gode dialogen og relasjonen gjør at de i samarbeid finner den doseringen og medisineringsen som hjelper pasienten maksimalt.
 - Ved å få innflytelse og respekt anerkjennes individet som en person med bemerkelsesverdig viten og erfaringer og tildeles makt til å innvirke på sitt liv.
- Dette gir bedring. (Bøe & Thomassen, 2017, s. 138)

I situasjoner hvor dette relasjonsaspektet mangler beskrives den medikamentelle behandlingen som destruktiv (Bøe & Thomassen, 2017).

I relasjon til andre kan man finne et stort potensial for vekst og endring hos mennesket (Leraand, 2018). Grunntanken i miljøterapi er at det i gode relasjoner er mulig å skape erfaringer som øker selvforståelsen, selvrespekten og sosial mestring hos den enkelte pasient. Lauveng (2020) beskriver at pasienter behøver å bli møtt av mennesker og som mennesker. Her trekker hun frem viktige trekk i møte med mennesker som omsorg, respekt, interesse og medfølelse. Videre påpekes viktigheten av å holde avtaler, være så ærlig som en kan og ikke behandle mennesker som «diagnoser», men som hele mennesker med historier, interesser og kvaliteter (Lauveng, 2020).

Relasjonsarbeid er en tidkrevende prosess og for mennesker som tidligere har opplevd svik, og kanskje til og med overgrep, vil det kreve mer tid på å bli trygg (Lauveng, 2020). De som har opplevd relasjonelle traumer i livet sitt kan ha vanskeligere for å etablere nye relasjoner og relasjonstraumene kan prege relasjonene i den grad at det blir utfordrende for helsepersonell. Helsepersonell kan da oppleve følelser som forakt, sinne, hjelpeløshet, avmakt og fortvilelse (Lauveng, 2020). De profesjonelle relasjonene en står i er spesielle da helsepersonell har et ekstra ansvar for relasjonen, og at en tilpasser egne reaksjoner slik at det blir nyttig for pasientene. Noen opplever også stor utskifting av behandlere og kontaktpersoner innen psykisk helsevern og velger å ikke knytte seg til andre, da det er vondt med alle bruddene og da det ikke oppleves hensiktsmessig å knytte seg til mennesker som man snart skal bryte med (Lauveng, 2020). Dette kan bli utfordrende for pasienter med relasjonelle traumer da de er i behov av å oppleve nye, gode, trygge og stabile relasjoner. Utfordringene med relasjon angår ikke alle pasienter, og noen har stabile, trygge relasjoner i livet sitt, men trenger likevel å bli sett som et helt menneske (Lauveng, 2020).

Bøe og Thomassen (2017) viser til studier hvor det ikke kan pekes på betydningsfulle forskjeller i effektivitet mellom ulike terapeutiske metoder, og at dette indikerer at virkningen ligger i andre forhold. Det vises til at et fokus på relasjon og det etablerte samarbeidet mellom den profesjonelle og den som søker hjelp er det som synes virksomt i terapi. Eksempelvis det å tillate seg å være personlig identifiseres som en faktor for å kunne bygge gode relasjoner (Bøe & Thomassen, 2017).

Bøe og Thomassen (2017) avslutter sitt kapittel om relasjon med å understreke at relasjonen er til for brukeren, og at relasjonen er et «rom» hvor mennesket gis muligheter, et rom for å søke etter sine mål eller å realisere sine prosjekter. Relasjonen som er oppstått skal dermed være et verktøy til pasientens disposisjon, og ikke for de profesjonelle til å lettere få gjennomført tiltak som pasienten er uenig eller motvillig til.

Metode

Problemstillingen min er ute etter sykepleieres erfaringer og opplevelser, og jeg ønsker å undersøke dette fra deres egne perspektiver. For å besvare problemstillingen best mulig benytter jeg en kvalitativ metode med semistrukturerte intervju.

Da hensikten er å undersøke deltakernes erfaringer og opplevelser om temaet har jeg derfor landet på et hermeneutisk fenomenologisk vitenskapelig utgangspunkt. Hermeneutikk handler om forståelselære eller fortolkningslære (Krogh, 2014), og fenomenologi er vitenskapen om fenomener (Zahavi, 2003).

Det kvalitative forskningsintervju

Kvalitative forskningsdesign er design hvor en ønsker å forstå fenomener i sin helhet og egner seg derfor best til beskrivelse og forståelse av karaktertrekk og egenskaper ved de fenomenene som undersøkes. For å kunne besvare mitt forskningsspørsmål på best mulig måte har jeg valgt å benytte meg av semistrukturerte intervju.

Utvalg og beskrivelse av deltakere

For denne studien har jeg gjort et strategisk utvalg hvor deltakerne velges ut på grunnlag av bestemte kjennetegn (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013). Utvalgskriteriene mine er at deltakerne skal være sykepleiere og ha minimum 2 års arbeidserfaring fra akuttpost. Eksklusjonskriteriene er ledere, fagutviklere, profesjoner som ikke er sykepleiere og de som har jobbet i mindre enn 2 år.

De jeg intervjuer er fire sykepleiere som er i aktiv jobb ved fire ulike akuttpsykiatriske avdelinger. Til tross for at fagmiljøet er flerfaglig ønsket jeg kun å inkludere sykepleiere i studien min, da jeg tenkte at man har en felles forståelse om det sykepleiefaglige og at det ofte er sykepleiere som har overordnet medisinsk ansvar og ansvarsvakt på akuttpost.

Under utarbeidelsen av prosjektskissen tok jeg stilling til at jeg ønsket fire deltakere til min intervjustudie. Dette er basert på relevant litteratur om utvalgelse til studier. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) inkluderer de fleste studier 15 +/- 10 deltakere, og dette baseres på ressurstilgang og loven om fallende utbytte (saturasjon) hvor økende respondenter utover et visst punkt ikke tilfører studien ny kunnskap. «Information power» er et begrep som indikerer at jo mer spesifikk informasjonen som innhentes som er relevant for studien, jo færre deltakere er nødvendig (Malterud, Siersma & Guassora, 2016). Når studiens problemstilling er avgrenset, utvalget er spesifikt, man har relevant teori på området, gjennomfører gode intervju og valg av analysestrategi kan dette resultere i et behov for færre deltakere for å oppnå «information power». På grunn av avgrenset problemstilling, spesifikke utvalg og tilgjengelig teori på området forventer jeg sterkere «information power» og kan dermed ha et lavere antall deltakere i studien. Derimot sier Malterud et al. (2016) at «information power» også er relatert til kvaliteten på intervju og at de med erfaring og gode kommunikasjonsferdigheter kan nøye seg med et færre antall deltakere. På grunn av min manglende erfaring med intervjuprosessen og derfor ikke kan forutse hvordan jeg vil håndtere en intervjurolle, skulle jeg ifølge modellen om «information power» benyttet et større antall deltakere. Men for å kunne sikre at studien skal være gjennomførbar vil det være mest hensiktsmessig å ha med et lavere antall deltakere. Forhåpentligvis vil fire intervjudeltakere kunne gi tilstrekkelig med informasjon til studien.

Rekruttering

I forkant av rekrutteringen utarbeidet jeg et informasjonsskriv (vedlegg 1) som informerer om studien, hva det innebærer å delta og at man kan trekke seg når som helst i studien uten begrunnelse. Informasjonsskrivet sendte jeg først ut til seksjonsleder for akuttpsykiatrisk seksjon for å luften interessen og høre om det var i orden at jeg rekrutterte sykepleiere fra seksjonen. Dette ble godtatt og deretter sendte jeg ut informasjonsskrivet til enhetsledere og fagutviklere ved akuttpostene med spørsmål om de kunne videreformidle denne informasjonen til aktuelle deltakere. Informasjonsskrivet ble sendt til enhetsledere og fagutviklere, men ble ikke besvart og etter to ukers tid fulgte jeg opp forespørselen min med å kontakte enhetsledere per telefon. Informasjonen hadde ikke blitt videreformidlet på grunn av

høyt pasientbelegg i akuttpsykiatrisk seksjon, men de bekreftet per telefon at de skulle følge opp forespørselen min og videreformidle informasjonen til aktuelle deltakere. Per januar 2022 hadde ingen deltakere meldt sin interesse og jeg bestemte meg derfor for å utvide utvalgskriteriene til å inkludere de med helsefaglig bachelor, 2 års arbeidserfaring og at de går ansvarsvakt. Når jeg så at det var lite interesse for deltakelse i studien tok jeg også kontakt med et annet sykehus som har tre akuttpsykiatriske avdelinger, men fikk avslag fra seksjonsleder om å rekruttere fra deres helseforetak begrunnet med ressursmangler. Likevel ble jeg kontaktet av samtlige enhetsledere fra det aktuelle sykehuset om at deltakelse i studien var ønskelig, og de hadde tre sykepleiere som ønsket å delta i studien, samt at det var én sykepleier fra førstnevnte sykehus som ønsket å delta. Til tross for tilpasningene i utvalgskriteriet underveis, endte jeg til slutt likevel opp med kun sykepleiere som hadde minimum 2 års arbeidserfaring fra akuttpost.

Jeg erfarte at rekruttering av deltakere er en tidkrevende prosess som krever godt forarbeid, tålmodighet og god tid. I ettertid har jeg tenkt på om jeg burde gått frem på en annen måte i rekrutteringsprosessen, men det er usikkert om dette hadde lyktes uten å være for pågående.

Det semistrukturerte forskningsintervju

Det semistrukturerte forskningsintervjuet benyttes når en skal undersøke og forstå bestemte tema ut fra intervjupersonens perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015). Man søker da å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden og dens fortolkning av fenomener som blir beskrevet. Semistrukturert intervjuform tenker jeg er det som egner seg best for å få frem intervjupersonens livsverden og fortolkninger, da en av fallgruvene ved strukturerte intervju er at man da ofte måler deltakerens syn på forskerens måte å oppfatte verden på (Bjørndal et al., 2013). Ved å benytte et semistrukturert intervju er det hverken en dagligdags samtale eller et lukket spørreskjema, men utføres med en veiledende intervjuguide som sirkler inn bestemte tema med forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne intervjuformen kan man da altså bestemme hvilke tema man ønsker å ha belyst, men er også åpen for at andre tema kan komme frem i intervjuet (Bjørndal et al., 2013).

Forberedelse til intervju

Under utarbeidelse av intervjuguiden (vedlegg 2) ble problemstillingen brukt som utgangspunkt, og aktuelle spørsmål ble notert ned for å kunne besvare problemstillinga. Spørsmålene og oppfølgingsspørsmålene tenkte jeg at i utgangspunktet kom til å være

veiledende, men det var likevel viktig for meg å sette opp en grundig intervjuguide. Dette fordi jeg har liten erfaring med intervju, og derfor mente at det er bedre å utarbeide en grundig guide i stedet for å sitte igjen med mangelfulle intervju. Intervjuguiden ble gjennomgått flere ganger hvor det ble lagt til eller fjernet spørsmål etter hvert som jeg har satt meg grundigere inn i relevant litteratur. Til intervjuguiden fikk jeg innspill fra både veileder og av en fagutvikler fra en akuttpsykiatrisk avdeling. Innspillene har medført at jeg endret ordlyden på enkelte spørsmål, redigerte spørsmål som har vært for lukket eller førende samt lagt til spørsmål som kan være av relevans. Ved gjennomføring av intervjuene ønsker jeg i hovedsak å benytte intervjuguiden som en veileder for å komme inn på de aktuelle temaene, samtidig løsrive meg noe fra den. Jeg anser jeg guiden som en trygghet og at jeg derfor kan bruke tiden godt under intervjuet.

Som forberedelse gjennomførte jeg et prøveintervju med en kollega som passet til mine utvalgs-kriterier. Ved å gjøre et prøveintervju fikk jeg testet meg selv i en ny rolle samt evaluert intervjuguiden. Jeg erfarte at det opplevdes som fint å benytte intervjuguiden som tiltenkt da den jeg intervjuet snakket veldig fritt. Likevel opplevde jeg det som ganske utfordrende å finne relevante oppfølgingsspørsmål, og å få fatt på interessante utsagn. Prøveintervjuet tok totalt 42 minutter, og da hadde vi vært innom alle tema i intervjuguiden og jeg følte at jeg fikk mye og god info. Avslutningsvis fikk jeg en tilbakemelding fra kollegaen min om hvordan hun opplevde det å bli intervjuet, hvordan hun oppfattet meg under intervjuet og hva hun tenkte om spørsmålene. Tilbakemeldingene var at intervjuet opplevdes fint og at intervjuguiden hadde spørsmål som fikk henne til å reflektere rundt tema, og at hun ble mer bevisst egen arbeidsmåte og kulturen på avdelingen med tanke på ettersamtale. Jeg bemerket meg at hun anga å få litt dårlig samvittighet mens vi snakket om tema, fordi hun da reflekterte over eget arbeid med ettersamtaler og stilte spørsmål ved om hennes eget arbeid var tilstrekkelig. Dette tenker jeg er et moment jeg bør ta med i intervjuene, da hensikten ikke er å oppdage eller påpeke feil, men å innhente informasjon om et tema som kan brukes videre til forbedring. Arbeidet med ettersamtaler er ikke noe jeg tenker at én enkelt person står ansvarlig for, men at det må finnes en kultur på en avdeling for å jobbe systematisk og tilstrebe at alle pasientene får god informasjon og tilbud. Dette formidlet jeg også til henne og reflekterte litt rundt dette etter prøveintervjuet.

Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført på deltakernes egen arbeidsplass. Informasjon om anonymitet og at deltakelse i studien er frivillig og at de kan trekke seg når de måtte ønske det

ble repetert. Samtykket ble innhentet muntlig i opptak da det ikke finnes egne rutiner for lagring av skriftlig samtykke ved UiT. Det ble også understreket at jeg ikke var ute etter å teste eller sjekke hver enkelt sin kunnskap, men å lære hvordan de jobber på egen arbeidsplass. Dette ble dessverre avglemt i ett av intervjuene. Etter intervjuene spurte jeg deltakeren hvordan de hadde opplevd intervjusituasjonen og deltakelsen i intervjuet.

Intervjuene ble gjennomført individuelt, og det ble benyttet lydopptaker for å ta opp intervjuet slik at jeg kunne holde fokus på dialog med deltaker. Intervjuguiden ble fulgt som planlagt, og det ble gjennomført 4 intervju som varte mellom 30 og 45 minutter.

Gjennomførelsen av intervju følte naturlig ut, og jeg hadde en opplevelse av at deltakerne var interessert i tema, hadde stor kunnskap og delte godt av sine erfaringer. Jeg opplevde at praten fløt ganske naturlig, og fikk et godt innblikk i hvordan det arbeides på de ulike akuttpostene. I tillegg satt jeg med en opplevelse av at jeg kanskje måtte moderere meg, men undrer i ettertid om det egentlig var nødvendig. For eksempel var jeg tilbakeholden med hvordan arbeidet er på egen post, med mindre deltakerne spurte direkte om det. Målet med intervjuet var da ikke å informere hvordan egen post arbeider med ettersamtaler, men jeg har tenkt at kanskje kunne det gi fine refleksjoner og diskusjoner på å dele erfaringer. Dersom en skal gjøre videre arbeid med forbedring tenker jeg det absolutt kunne være nyttig å utveksle erfaringer mellom ulike avdelinger og sykehus.

Forskningsetiske overveielser

En viktig overveielse i forskningsetikken er at intervjuobjektet ikke skal komme til skade, og man bør derfor reflektere over mulig skade eller ubehag ved gjennomføring av forskningsintervju (Tjora, 2021). Ved å delta i denne typen studie tenker jeg ikke utgjør risiko for skade for deltakerne da tema ikke er direkte sensitivt. Temaet kan likevel vekke ubehag da man kommer inn på situasjoner som vil omhandle deltakerens kompetanse og eventuelle situasjoner de kanskje tenker ikke har blitt mestret så godt. Som nevnt i kapitlet om forberedelse til intervju, sa kollegaen min under prøveintervjuet at hun fikk litt dårlig samvittighet av å snakke om tema, da hun stilte spørsmål ved om det hun selv gjorde var tilstrekkelig. Dette er viktig å ta med seg videre. Arbeidet med ettersamtaler hviler ikke på én enkelt person, men om hvordan avdelingen som helhet arbeidet med ettersamtaler. Informasjonen jeg innhenter fra intervjupersonene er viktig for å kunne forbedre en allerede satt arbeidskultur, og det vil være viktig å belyse i starten av intervjuet at en ikke evaluerer den enkelte arbeidstaker, men innhente informasjon til å forbedre bruken av ettersamtaler.

Deltakelse i denne studien vil hverken ha store negative eller positive konsekvenser. Likevel håper jeg at deltakelse kan gi en positiv gevinst ved at det vekker interesse. Økt interesse for tema kan gjøre at avdelingene de arbeider ved ønsker å benytte denne studien til å gjøre forbedringsarbeid. På sikt kan det øke kompetansen om ettersamtaler og dermed forebygge bruken av tvang. Til tross for at jeg ikke forventer store negative eller positive konsekvenser må jeg likevel ta hensyn til dette, og at deltakernes anonymitet og behov for informasjon ivaretas.

Da studien baserer seg på intervju med lydopptak og muntlig samtykke utarbeidet jeg en søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for godkjenning av innhenting og lagring av data. I februar 2021 skrev jeg en prosjektskisse, og brukte denne som utgangspunkt i min søknad til NSD. Søknad til NSD ble sendt i juni 2021 og godkjent juli 2021. I denne søknaden har jeg gjort rede for hvordan data skal innhentes og lagres i henhold til retningslinjer fra universitetet i Tromsø (UiT), og at sletting av data vil skje når prosjektperioden er over.

Etter at prosjektskissen var godkjent av NSD (vedlegg 3) og jeg begynte å arbeide med selve masteroppgaven gjorde jeg en risikovurdering som ble sendt inn til UiT. Samtlige av punktene i risikovurderingen utgjorde lav risiko, med unntak av punktet om anonymisering. Begrunnelsen for dette er at det er en liten studie, og at data derfor muligens kan gjenkjennes internt. For å forebygge dette kommer jeg til å ha fokus på anonymisering og aidentifisering, samt å utelukke irrelevante data og følge universitetets retningslinjer for anonymisering.

På grunn av utfordringer knyttet til rekruttering av informanter ble det nødvendig å utvide prosjektperioden. Dette ble meldt ifra om til NSD og godkjent (vedlegg 4).

Av prosjektskissen fra 2021 skrev jeg at bruk av tvang kan være et sensitivt tema for helsepersonell da det ligger flere juridiske og etiske vurderinger bak avgjørelsene. Dette i kombinasjon med det asymmetriske maktforholdet som kan oppstå ved intervju gjør at jeg må opptre varsomt da det kan oppfattes som at jeg stiller spørsmål ved deltakernes faglighet, kompetanse og holdninger. Det asymmetriske maktforholdet i kombinasjon med målsettingen om redusert bruk av tvang og økt frivillighet i norsk helsevesen kan gjøre at deltakerne holder tilbake informasjon som kan være nyttig for å besvare problemstillingen min. For å forebygge dette var det viktig å utarbeide en god intervjuguide, la deltakerne prate for seg, stille åpne og relevante oppfølgingsspørsmål og være undrende og nysgjerrig.

Samtlige deltakere i studien må få nødvendig informasjon om studien og den hensikt på forhånd, og informeres om eventuelle fordeler eller risikoer ved deltakelse (Kvale et al, 2015). Som beskrevet i eksamen HEL-3161 kan «en konsekvens ved å delta i en studie som

dette er at deltakerne kan gi ut informasjon som de senere angret på. Derfor må det sikres frivillig deltakelse og at informasjon om at de kan trekke seg når som helst i løpet av studien. Videre må det informeres om anonymisering og at all data behandles konfidensielt». Dette har jeg sikret ved å sende ut et informasjonsskriv til aktuelle deltakere, via enhetsleder. Dermed kan de som er interessert ta kontakt uten å føle seg presset av en direkte forespørsel. Informasjonsskrivet gir de informasjon om studien, hva det innebærer å delta, at det er frivillig, at de kan trekke seg når som helst og at innhentede data lagres i henhold til retningslinjene for datahåndtering ved UiT.

Transkribering

Malterud (2017) beskriver at forskning bygger på fortolkning av representasjoner, og at den kvalitative forskningsprosessen omformer erfaringer og hendelser fra samtaler til tekst og mening. Transkripsjonen fra samtale skal være mest mulig nøyaktig for å ivareta deltakernes erfaringer og meninger slik de ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen (Malterud, 2017). Det beskrives også at ved transkripsjon av muntlig språk vil det alltid skje en forvrengning av hendelsen, selv om man gjør dette i form av detaljert gjengivelse. Den naturlige konteksten kan virke ufullstendig og de nonverbale sidene og partenes felles erfaringsbakgrunn forsvinner ved transkripsjon.

Transkripsjonsarbeidet gjorde jeg selv for å ha en god oversikt over datamaterialet. I forkant av transkripsjonen hadde jeg avgjort å transkribere til bokmål for at det skal bli konkret og for å forebygge eventuelle misforståelse. Utfordringer knyttet til ord og uttrykk som ikke nødvendigvis passer inn i bokmål kan være aktuelt å plassere innenfor «». Der hvor personidentifiserende opplysninger som personnavn og navn på avdelinger kommer frem ekskluderes dette i transkriberingen for å ivareta anonymitet.

Analyse av datamateriale

Under analysen av datamaterialet benyttet jeg systematisk tekstkondensering (STC) som beskrives av Kirsti Malterud (2017). Valget falt på denne metoden da den beskrives som en enkel innføring i analyse som er systematisk, overkommelig og egnet for nybegynnere. STC er inspirert av Giorgios psykologiske fenomenologiske analysemetode, men er likevel ikke en fenomenologisk analyse og krever dermed ikke filosofisk kompetanse (Malterud, 2017). Metoden består i hovedsak av fire trinn:

1. Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer

2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering
3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

Første del av analyseprosessen er å bli kjent med datamaterialet ved å danne seg et helhetsinntrykk av datamaterialet ved å lese hele den transkriberte teksten (Malterud, 2017). I dette første analysetrinnet skal man aktivt legge vekk sin forforståelse og teoretiske referanseramme. Under gjennomlesing skal en ha problemstillingen i bakhodet, men ikke systematisere. Samtidig skal man grovt vurdere mulige tema. Først når man har lest alt det transkriberte datamaterialet skal man oppsummere sine inntrykk og med utgangspunkt i den overordnede oversikten skal man oppsummere sine foreløpige inntrykk ved å lage foreløpige tema. Malterud (2017) anbefaler at man lager seg fire til åtte foreløpige tema som intuitivt vekker ens oppmerksomhet. Med utgangspunkt i første gjennomlesing, laget jeg fem foreløpige tema: forhindre gjentakelse, struktur, forståelse av situasjon, pasienten er for syk til å nyttiggjøre seg av ettersamtale og sitte igjen med en dårlig følelse.

I andre trinn av analyseprosessen skal man skille relevant og irrelevant materiale, og det er kun relevant materiale som skal organiseres og tas med videre i analysen. Først bruker en tid på å jobbe med de foreløpige temaene fra trinn én til en sitter igjen med et antall reviderte temaer, eller kodegrupper. Deretter skal teksten gjennomgås linje for linje for å identifisere de meningsbærende enhetene som kan tenkes å belyse problemstillingen. Resten filtreres ut. De meningsbærende enhetene sorteres deretter inn i en eller flere av de etablerte kodegruppene, denne prosessen kalles koding (Malterud, 2017).

I arbeidet med mitt eget datamateriale benyttet jeg Nvivo som hjelpemiddel for å sortere mine meningsbærende enheter. Ved gjennomgang av datamaterialet sorterte jeg alle meningsbærende enheter inn i de foreløpige temaene, samt at de ble fargekodet i tekst. For eksempel ble den meningsbærende enheten:

«Det bidrar til en bedre forståelse og en bedre innsikt i pasienten og hvordan gjør vi ting her.»

Kodet inn under kodegruppen «forståelse».

Underveis i kodeprosessen dukket det opp tema og tanker som gjorde det nødvendig å identifisere meningsbærende enheter i flere omganger, og kodegruppene ble også revidert underveis. Det er vanlig å revidere kodegruppene underveis, da kodingen er en gradvis prosess som kan gi ny innsikt (Malterud, 2017). Av Malterud (2017) beskrives dette som en

nødvendig refleksivitet for å kunne fange opp noe nytt på en systematisk måte. Til slutt var samtlige meningsbærende enheter sortert inn i følgende 5 kodegrupper som har som formål å gi svar til problemstillingen: brukermedvirkning, forebygging, forståelse, relasjonsbygging og utfordringer.

I det tredje analysetrinn skal det meningsbærende innholdet i hver kodegruppe abstraheres ved å danne kondensater (Malterud, 2017). Systematisk skal man identifisere og kode de meningsbærende enhetene til subgrupper. For å gjøre det klarere hva jeg arbeidet med gjorde jeg en høytlesing av alle meningsbærende enheter, og sorterte de inn under subgrupper. Enkelte av subgruppene måtte kombineres med andre tema da det var en tydelig sammenheng som jeg intuitivt ikke hadde oppdaget, og noen av subgruppene ble så små at de passet bedre inn under en større kategori. Eksempelvis har kodegruppen «Forståelse» følgende to subgrupper: «Gjensidig forståelse for situasjon» og «Innsikt i pasientens opplevelse». Deretter er det subgruppene som er analyseenheten og man skal da videre lage et kondensat. Et kondensat er et kunstig sitat utarbeidet fra de konkrete meningsbærende enhetene til en abstrahert generell form og utgjør summen av alle meningsbærende enheter i en subgruppe. I kondensatet anbefaler Malterud (2017) å benytte jeg-form for å minne en selv på at man skal representere deltakerne i sitatet. Eksempelvis ble de meningsbærende enhetene i subgruppen «Gjensidig forståelse for situasjon» omdannet til følgende kondensat:

«Ved å få høre om pasientens opplevelse av situasjonen og jeg får forklart meg om min opplevelse av situasjonen så får vi en gjensidig forståelse over hva som hendte. Noen føler seg så urettferdig behandlet eller at de ikke har skjont det og når vi da forteller at de var kjempepsykotisk og gikk til angrep så er det mange som blir beroliget, for de husket ikke det. Det har jo flere hensikter også, blant annet å få vite hvordan pasienten opplevde situasjonen, har pasienten en annerledes oppfatning og å bli enige om hva som er hensiktsmessig. De fleste synes det er godt å få luftet ut sine tanker og refleksjoner og få høre personalet sin side.»

I fjerde trinn skal materialet som har blitt dekontekstualisert i de foregående trinnene syntetiseres, eller rekontestualiseres (Malterud, 2017). Dette gjøres ved å lage en analytisk tekst for hver kodegruppe, i tillegg til å velge ut ett eller flere ekte sitater som representerer kodegruppen godt. Deretter gis hver analytiske tekst en sammenfattende og beskrivende overskrift, som bærer med seg mening fra materialet og innsikt fra analyseprosessen. Disse overskriftene er også det endelige navnet på resultatkategoriene (tabell 1) og presenteres

sammen med den analytiske teksten i resultat-kapittelet. Denne sammenfatningen skal stemme overens med deltakernes utsagn og gi leseren innsikt og tillit samtidig som forskeren selv må ta ansvar for sin rolle som fortolker.

Presentasjon av funn

Presentasjonen av funn er knyttet til problemstillingen:

Hvilke nytteverdier erfarer sykepleiere på akuttpost at ettersamtaler har for forebygging av tvang?

Gjennom analysen indentifiserte jeg fire kategorier med subgrupper som er satt opp i den forenklede tabellen under. Funnene presenteres i dette kapittelet og diskuteres opp mot relevant teori i diskusjonskapittelet.

Tabell 1

Oversikt over studiens funn

Kategori	Subgrupper
Gjensidig situasjonsforståelse	<ul style="list-style-type: none">• Gjensidig forståelse for situasjon• Innsikt i pasientens opplevelse
Forebygging med læring og brukermedvirkning	<ul style="list-style-type: none">• Læringspotensial• Brukermedvirkning
Ettersamtale som reparasjon	<ul style="list-style-type: none">• Bygge, bryte og reparere relasjoner
Økt bevissthet knyttet til rutiner og gjennomføring, pasientens sykdomsbilde og avvisning	<ul style="list-style-type: none">• Implementering og rutiner for gjennomføring• Pasienten er for syk til å delta i ettersamtale• Pasienten avviser ettersamtale

Gjensidig situasjonsforståelse

Gjensidig forståelse for situasjon

Samtlige deltakere identifiserte situasjonsforståelse som en nytteverdi ved bruk av ettersamtale. Ved spørsmål om hva hensikten er med ettersamtale svarte en av deltakerne:

«... det er jo flere hensikter, men blant annet det å sikre at pasienten, hvordan opplevelser har pasienten av situasjonen, har pasienten en annerledes oppfatning enn det vi har av situasjonen? Så er det jo kjempeviktig at vi blir enig om hva som var hensikten her.»

Alle de fire deltakerne beskrev at de får en forståelse for hvordan pasientene har opplevd situasjonen, og at man sammen kan bli enig om hva som er hensiktsmessig. Gjennom intervjuene beskrev deltakerne at ettersamtale gir personalet mulighet til å forklare sin side av situasjonene og sin opplevelse slik at man kan oppnå en gjensidig forståelse, hvor pasienten også får et innblikk i personalets perspektiv. Det ble også beskrevet at gjensidig forståelse var nyttig når man hadde pasienter som har følt seg urettferdig behandlet eller at de ikke har hatt forståelse for tidligere situasjoner på grunn av sykdomsbildet sitt og at dette kan være med på å trygge pasientene. En av deltakerne beskrev det slik:

«... Så var pasienten veldig forbannet fordi han følte seg så misoppfattet sist gang han var innlagt her for da ble han beltelagt og han visste ikke hvorfor, og vi hadde ikke snakket med han. Så vi er jo fullstendig klar over at det er viktig å prate, og hvorfor ...»

Videre forteller deltakeren hva oppklaringen kan gjøre for pasienten:

«... som er viktig å prate om, selv om det ikke er så mange som ønsker det. Men de som ønsker det, de føler seg så urettferdig behandlet eller at de ikke har skjont det, og da når vi forteller at de var kjempepsykotisk, gikk til angrep, mange som ikke husker det på grunn av psykosen og da blir de mer roet ned så de slipper å skjemmes over det.»

Misforståelsene som kunne oppstå trengte ikke nødvendigvis bare å handle om tvangsvedtak, men kunne også handle om relasjoner slik en av deltakerne beskrev:

«... så sitter pasienten igjen med et inntrykk av at «åh hærregud nå hater han (navn) meg». Og da er det jo veldig fint å kunne gå inn i en ettersamtale og forklare ...»

Denne beskrivelsen om behovet for å prate i etterkant av situasjonene var noe alle de fire deltakerne beskrev på hvert sitt vis. En av deltakerne beskrev det på denne måten:

«... at de fleste synes bare den samtalen i seg selv er veldig god å ha, å få luftet ut tanker og refleksjoner og få høre litt fra personalet sin side.»

Innsikt i pasientens opplevelse

I tillegg til at ettersamtale ga personal og pasient en gjensidig forståelse for hendelsesforløp og situasjon understreket alle deltakerne at ettersamtale også ga en innsikt i pasientens opplevelse. I ett av intervjuene ble det sagt:

«Det bidrar til en bedre forståelse og en bedre innsikt i pasienten og hvordan vi gjør ting her.»

Innsikten man får for pasienten gjør også at en får oppklart misforståelser som kan oppstå og at en får et større handlingsrom til å jobbe forebyggende. Det ble beskrevet slik:

«... det er jo for å lære selv om hvordan, om det jeg har gjort eller andre har gjort opplevdes følt. Altså liksom hvordan det opplevdes, få litt mer innsikt av hvordan det opplevdes for pasienten ...»

Denne innsikten som personalet oppnår for pasientens situasjon vil ha betydning for forebygging og brukermedvirkning. Under alle intervjuene opplevde jeg et ønske fra deltakerne om å forstå pasientene de snakket med og at de var lydhøre overfor pasientene sine og deres opplevelser i situasjoner.

Forebygging med læring og brukermedvirkning

Gjennomgående i alle intervjuene stiller deltakerne seg undrende til hva man kan gjøre for å forhindre tvang og alle er innom spørsmålet: «Hvordan kan vi forhindre at det skjer

neste gang?» Samtlige deltakere beskrev situasjoner hvor de hadde en opplevelse av at ettersamtaler kan forhindre nye situasjoner med tvangsbruk, og at erfaringene de gjør seg fra ettersamtaler kan fungere forebyggende for andre pasienter da noen av opplevelsene og situasjonene er overførbare. Ettersamtale blir dermed identifisert som et forebyggende tiltak, og nytteverdien man kan hente ut av ettersamtale er dermed både et læringspotensial og brukermedvirkning.

Læringspotensial

Flere av deltakerne beskrev en lærevillighet, og at ettersamtale var både et verktøy for å oppnå dette og ga nytteverdi. Det ble beskrevet at ettersamtalene kan benyttes edukativt, både fordi personalet kan lære av situasjoner som har rom for forbedring, og fordi det kan være et læringspotensial for pasientene. En av deltakerne sa:

«Hensikten er å prøve å så jobbe litt profylaktisk så det ikke gjentar seg, det er jo sånn sett litt sånn edukativt til pasient, men også til personal. Hva kan vi gjøre annerledes, hva kan pasienten gjøre annerledes for at dette skal bli en ... ja, prosessering til neste gang og ettertanke ...»

Ved hjelp av ettersamtale kan personalet lære hva som har blitt gjort, om noe har blitt gjort feil, hvorvidt noe kunne blitt gjort annerledes og hvordan man kan ivareta pasienten på en bedre måte. En av deltakerne beskrev det på denne måten:

«... å finne ut av mer lempeligere måter enn å bruke tvang eller mindre inngripende tvang ... Finne ut andre tilnærminger til å møte pasienter ... at vi skal kunne lære, eller for at alle skal kunne lære av hva vi har gjort, om vi har gjort noe feil, om vi kunne gjort noe annerledes, hvordan vi kan ivareta pasienten på en bedre måte.»

Av intervjuene fremkom det at flere av deltakerne ønsket å bruke ettersamtale til læring og til å endre praksis til det bedre, for å forebygge at nye situasjoner med tvang oppstår. Det ble tydelig understreket i flere av intervjuene at det er et læringsutbytte av ettersamtalene.

«Også er det da å få pasienten sitt syn på det for noen ganger kommer det frem ting som vi ikke har tenkt på, vi burde gjort annerledes, det er et stort læringspotensial i disse samtalene.»

Et fokus på læringspotensial kan være viktig for endring i praksis, men en av deltakerne snakket også om forventninger til endring. Villighet til læring og forbedring kan føre til endringer, men også urimelige forventninger om hvilke endringer som skal inntre. Flere av informantene hadde et bevisst og nyanserte forhold til dette. En av deltakerne uttrykte:

«De fleste føler jeg på en måte forstår at det er et rom for dem å reflektere og snakke ut og si hva dem tenker og at vi skal på en måte lære av det og bli bedre. Og at det på en måte ikke er et resultat.»

Brukermedvirkning

Samtlige deltakere var innom hvordan ettersamtaler involverer pasienten, og en av informantene understreket pasientens deltakelse i egen behandling:

«Hva er mål og mening? Det må jo pasienten være med på.»

En sentral nytteverdi av ettersamtalen er at pasienten får være med å medvirke i sin egen behandling. Når man får pasienten sitt syn på situasjonen får en også vite hva som er viktig for pasienten og hvor stor innsikt de har i bruken av tvang. Involvering gjør at pasienten kan sette ord på sine egne opplevelser og sammen med personalet finne tilnærminger for forebygging, lempeligere midler eller mindre inngripende tvang. En av deltakerne delte om sin opplevelse av bruk av ettersamtale:

«En pasient som har mange tvangsinnleggelse hvor det har vært veldig vanskelig å få til en ettersamtale i utgangspunktet. Og når vi endelig fikk det til så fikk vi liksom vite ganske mye da om hva som var viktig for pasienten og hva de på en måte, hvor stor innsikt de hadde i bruken av tvang og.»

Ved å involvere pasienten og lytte til pasientens opplevelser kan en forebygge tvang, eller i hvert fall finne lempeligere midler. Dette ble beskrevet av en deltaker slik:

«Men i det tilfellet der fikk vi en veldig god prat om tilnærminger til for å forebygge tvang i det hele tatt. Og hvis det skal brukes tvang, hvilke midler foretrekker pasienten over annet da. Så fant vi ut masse som var veldig positivt ...»

Ettersamtale som reparasjon

Denne kategorien besto av et mindre antall meningsbærende enheter, men som ikke passet inn i noen av de andre kategoriene. Til tross for en liten kategori med kun én subgruppe valgte jeg å la den bli stående da jeg anser det som omhandler relasjon som et viktig funn.

Bygge, bryte og reparere relasjoner

Relasjon var et stikkord som gikk igjen under alle intervjuene, og da gjerne i ulike sammenhenger. Noen av deltakerne beskrev hvordan tvang er med på å bryte relasjon, noen fortalte om hvordan ettersamtale kunne være med på å reparere relasjoner som er brutt eller hvordan det kan være med på å bygge en relasjon. En deltaker reflekterte rundt dette:

«... i en situasjon der gjerne makt er i bruk og tvang og alt det der, så vil du jo på en måte, du vil bryte ned den relasjonen. ... jeg ser min motivasjon er jo viktigheten av å på en måte stabilisere relasjonen og forhindre at ting gjentar seg ...»

Flere av deltakerne hadde et bevisst forhold til hvordan tvangsbruk preger relasjonen. Ettersamtale ble dermed identifisert som et virkemiddel for relasjonsbygging og reparasjon av relasjoner mellom pasient og personal. To deltakere hadde følgende å si om dette:

«... jeg føler vi i bedre grad bevarer relasjonen til pasienten når vi har hatt ettersamtale.»

«... jeg tenker jo det at hvis pasienten åpner seg og prater og at det blir en god dialog og en bedre relasjon som følge ...»

Til tross for ulike vinklinger, vil resultatet av åpenhet og dialog være det samme – ønsket om en bedre relasjon.

Økt bevissthet knyttet til rutiner og gjennomføring, pasientens sykdomsbilde og avvisning

I tillegg til ulike nytteverdier som ble identifisert under intervjuene, så kom det også fram noen utfordringer som sto i kontrast til nytteverdiene. De fremstår så sentrale og avgjørende for gjennomføring av ettersamtale at det ble viktig for meg å belyse disse også.

Implementering og rutiner for gjennomføring

«...vi snakker så lite om det, vi har ikke noe fokus på det.»

Sitatet over ble uttalt av en av deltakerne. Dette gikk igjen og samtlige deltakere problematiserte at rutinene for gjennomføring og kvalitetssikring av ettersamtale ikke var god nok. Det ble tatt opp at det var lite fokus på ettersamtale, og at det avhenger av hvem som er på jobb. En deltaker sa:

«Det har litt med de som jobber på avdelingen til enhver tid. Hvor viktig synes vi det her er? Hvor viktig synes behandlerne at det er?»

Det ble også nevnt at mengdetrening var noe som manglet for å oppnå god nok kvalitetssikring og for å styrke rutinene.

«Ja, altså dagens praksis burde vært mer kvalitetssikret, vi burde få mer mengdetrening på dette her for å si det sånn ...»

En deltaker problematiserte at eventuelle tiltak som kom fram i en ettersamtale ikke i stor nok grad ble benyttet videre i behandlingsplan.

«... de tiltakene vi kan ta ut av det da, de føler jeg ikke vi lever opp til fordi en ettersamtale blir liksom gjort, men så blir den ikke tatt inn igjen ved neste forløp.»

En deltaker identifiserer manglende ønsket effekt som et hinder for gode rutiner og gjennomføring av ettersamtale hvorav det videre kom frem at ingen av deltakerne hadde blitt presentert statistikk for bruk av ettersamtale eller tvangsvedtak benyttet i avdelingen. Det kom også frem at det ikke var alle deltakerne som var klar over malen for ettersamtale som ligger tilgjengelig i journalsystemet DIPS og som har ferdigstilte spørsmål til gjennomføring.

Pasienten er for syk til å delta i ettersamtale

Samtlige deltakere problematiserte pasientens helsetilstand og at det kunne være et hinder for å få gjennomført ettersamtale. En deltaker uttalte:

«Det nytter ikke å prate med en psykotisk mann om hvorfor og hva?»

Deltakerne problematiserte at pasienter på sitt sykeste ikke nødvendigvis vil ha godt nok utbytte eller stor nok forståelse for hva en slik ettersamtale vil innebære. Noen beskrev pasientene som for desorganisert og at en ettersamtale kunne føre til mer forvirring for pasienten;

«... og de da som jeg nevnte at de ikke har kognitiv funksjon til å forstå nesten hva jeg sier uansett hva det har vært. ... altså, det er ikke noe poeng. Det vil bare skape mer forvirring.»

Det medførte at det var vanskelig å tilby pasientene ettersamtale. Konsekvensen av dette er at det tar lang tid før pasientene får tilbud om ettersamtale.

«... hvis pasientene har vært veldig psykotisk så har det ikke vært riktig å gjøre det før pasienten har blitt såpass tilgjengelig i kommunikasjonen at det ... så noen ganger så har det gått flere dager ... uker ...»

Pasienten avviser ettersamtale

Avvisning ble ikke nevnt av alle deltakerne, men det kan likevel ansees som en relevant utfordring. En deltaker uttalte:

«Men stort sett så har vi erfaring om at de fleste de vil ikke prate om det. De ønsker ikke noe fokus på det.»

Avvisning ble identifisert som en utfordring for å gjennomføre ettersamtale, men det ble ikke identifisert hva som kunne være årsaken til avvisning. Ved spørsmål om dette reflekterte en deltaker rundt dette:

«Det kan jo være at pasienten er tvangsinnlagt, har dårlig relasjon, er i opposisjon, fortsatt er veldig psykotisk eller ikke klarer å ... synes dette er for vanskelig og smertefullt å ta inn over seg å ha mistet kontrollen ...»

Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres studiens funn opp mot relevant forskning og teori. Funnene diskuteres kapittelvis etter kategoriene.

Situasjonsforståelse

Gjensidig situasjonsforståelse

Den gjensidige situasjonsforståelsen man oppnår med bruken av ettersamtale kommer også frem i litteraturen. Ettersamtaler øker refleksjonen for alle involverte parter og gir gjensidig forståelse og forandring i praksis (Goulet et al., 2018). Sitatene presentert i kapitlet presentasjon av funn tyder på det samme. Ettersamtale ga deltakerne en mulighet til å oppklare misforståelser, få høre pasientens opplevelse av situasjonen og pasienten fikk en mulighet til å luften opplevelsene sine og reflektere over de sammen med personalet. At personalet har mulighet til å legge frem sine begrunnelser og tenkemåter for pasienten, kan også være med på at pasienten kan akseptere situasjonene som har vært, og at det gir rom for å gi kritiske tilbakemeldinger (Pedersen et al., 2017). Dette kan man kjenne igjen i det ene sitatet fra deltakeren som forteller at pasienten roer seg ned etter å ha fått snakket med personalet. Det kan være flere årsaker til det, men det kan tenkes at det henger sammen med at personalet har forklart situasjonen og handlemåtene som ble ansett som nødvendig. Forklaringen fra personalet har muligens medført at pasienten kan akseptere tiltaket som den i utgangspunktet først var uenig i.

Å håndtere ulike perspektiv og forståelseshorisonter er nødvendig for å oppnå god dialog for å forstå og lære av hverandre og kunne gi den enkelte pasienten en individuell tilnærming (Pedersen et al., 2017). De ulike perspektivene vil også gi rom for at personalet

har muligheten til å være personlig, da hver enkelt situasjon vil avhenge av hvem som er tilstede. Ved at personalet da har muligheten til å gå gjennom situasjonen sammen med pasient, fordrer det at personalet også må forklare sin opplevelse av situasjonen. Dette gir personalet mulighet til å være personlig som kan være bidragsytende i relasjonsarbeidet (Bøe & Thomassen, 2017).

Innsikt i pasientens situasjon

Ved å benytte ettersamtale kan helsepersonell få innsikt i pasientens situasjon og opplevelser av tvangsbruk. Dette funnet fremstår som viktig, da en tenker at ettersamtale ikke utelukkende skal brukes til å oppklare hendelser, forklare hvorfor det ble nødvendig med tvangsbruk eller kun som debrief. Funnet tyder på at en viktig del av ettersamtale er at helsepersonell har en nysgjerrighet og interesse til å få et innblikk i pasientens opplevelser. Helsepersonells manglende forståelse for pasientperspektivet og eventuelle forståelsesforskjeller kan være årsaken til manglende dialog og medvirkning, kommunikasjonsutfordringer, misforståelser, mistillit til helsepersonell og behandlingsinstitusjonen og konflikt (Pedersen et al., 2017). Ved å benytte ettersamtale systematisk vil man kanskje kunne forebygge eller til og med unngå de ovennevnte konsekvensene.

Travelbee (1999) skriver at det er kun den sykes oppfattelse av sykdom som er viktig, og at sykepleieren kun kan få et innblikk i den enkeltes oppfatning av egen sykdom ved å gå sammen med vedkommende og få frem dens egen mening. Pasientperspektivets tyngde bekreftes også av Huckshorn (2004) som skriver at pasientens perspektiv anses som kritisk for at man skal få gjort en evaluering. Til tross for at ettersamtale ikke nødvendigvis har sykdom som fokus, vil dette likevel være aktuelt da helsepersonell kun kan få frem den enkeltes opplevelse av situasjoner og tvangsbruk ved at pasienten forteller om sine opplevelser. For å få fram den enkeltes mening er man dermed avhengig av god kommunikasjon og dialog og dette avhenger av at det er en avsender og en mottaker og at alle involverte parter forstår budskapet (Travelbee, 1999). Dersom man har et manglende ønske om å kommunisere eller ikke har gode intensjoner kan en oppleve det Travelbee (1999) definerer som brudd i kommunikasjonen. Behovet for åpen kommunikasjon har kommet frem i tidligere studier, og det ble også rapportert av pasienter at ettersamtaler opplevdes meningsløst da de hadde en opplevelse av objektivisering (Hammervold et al., 2021). Andre årsaker til brudd i kommunikasjonen kan være at den syke ikke oppfattes som et individ, en lar være å lytte, kommer med anklager, bebreidelser eller erting og at en unnlater å avbryte for

å undersøke eller avklare uklarheter (Travelbee, 1999). I kontrast til Travelbee (1999) beskriver Foucault at individet utvikles av maktteknologi, og at individet dermed skapes ved innhenting av informasjon i institusjonene (Aakvaag, 2008). Dersom denne forståelsen overføres til ettersamtaler, kan man dermed tenke at informasjonen som hentes ut fra ettersamtale er det som skaper det enkelte individ. I motsetning til Foucault så tenker jeg at årsaken til at vi innhenter denne informasjonen fra pasienten, nettopp fordi vi i utgangspunktet anser pasienten som et individ. Ved å anse pasienten sin som et unikt individ, slik Travelbee (1999) beskriver det, så ønsker vi også å se og møte mennesket og lære noe fra dem. Dette lever opp til det Lauveng (2020) skriver, å bli møtt som menneske av et menneske. Det er dermed opp til oss hvorvidt vi ønsker å lytte til pasientene våre og bruke informasjonen som kommer frem i ettersamtale eller ikke. Om pasientene sitter med en opplevelse av å ikke bli møtt på en god måte kan man risikere at de underrapporterer og unnlater å delta i ettersamtale. I ettersamtale er det avgjørende at man unngår brudd i kommunikasjonen slik at man kan få frem pasientens opplevelser av tvangsbruk.

Forebygging med læring og brukermedvirkning

Læringspotensial

Funnet om læringspotensial henger tett sammen med kategorien situasjonsforståelse, da jeg tenker at læringspotensialet personalet oppnår i ettersamtale er et resultat av situasjonsforståelse. Læringspotensialet er dermed avhengig av situasjonsforståelsen og av personalets interesse for å lytte og lære av pasientene.

Studier viser at det er behov for evaluering i etterkant av tvangstiltak slik at alle involverte parter kan lære av hendelsen (Lorem et al., 2014). Selv om det er ønskelig viser studier at refleksjon for læring i personalgruppen benyttes i liten grad (Goulet & Larue, 2016). Pedersen et al. (2017) understreker at det er viktig at helsepersonell er bevisst eget ståsted og at en forsøker å forstå hverandres tenkemåter og begrunnelser og at en bevarer nysgjerrigheten slik at pasienten kan lære den enkelte helsepersonell noe nytt om en selv, lidelsen og hva som hjelper. Dette tenker jeg kan fungere forebyggende for bruk av tvang da det vil gi personalet en ny bevissthet og dermed åpne opp for nye alternativer. Dette mener jeg strider mot Foucaults beskrivelse av de panoptiske institusjonene.

I Foucaults beskrivelse av panoptisk disiplinering er institusjonen tilstede for å tilpasse individet til samfunnets normer og regler, noe som er naturlig når et menneske er syk og ikke fungerer optimalt i dagliglivet til å kunne ivareta seg selv (Aakvaag, 2008). Tvert imot er min

formening at hensikten med ettersamtale ikke er å korrigere pasientens atferd, men heller at man i samarbeid skal undersøke mer hensiktsmessige måter å møte utfordrende situasjoner og lære av de situasjonene man har stått i. Dermed er det ikke utelukkende pasienten som skal korrigere sin atferd, men både helsepersonell og pasient skal i samarbeid gjøre endringer slik at uhensiktsmessig bruk av tvang skal unngås. Her har institusjonen et større ansvar, og dermed ledelsens ansvar å undersøke om institusjonens uskrevne normer og regler passer inn i behandling av pasienter innenfor psykisk helsevern.

Brukermedvirkning

Funnet om brukermedvirkning gikk igjen i samtlige intervjuer, og jeg satt med en opplevelse av at deltakerne tok pasientene på alvor og hadde et genuint ønske om å bruke pasientenes egne erfaringer og opplevelser til å evaluere tvangsbruken. Brukermedvirkning er med på å styrke menneskets selvopplevelse, og viser til at pasienter opplever manglende kontroll over seg selv og eget liv, manglende opplevelse av verdi, at de ikke tørr eller kan å ta egne valg og at de ikke har lov å ta egne valg eller hevde egne meninger (Lauveng, 2020). Man kan ikke utelukke at de negative sidene Lauveng (2020) beskriver forekommer, men etter gjennomgang av datamaterialet mitt fikk jeg en opplevelse av at deltakerne ansvarliggjorde pasientene sine, ønsket å gi de kontroll og hevde egne meninger. En av deltakerne sa følgende:

«Hva er mål og mening? Det må jo pasienten være med på.»

Dette sitatet synliggjør at pasientene ansvarliggjøres i beslutningene som omhandler dem selv, og at det er et ønske om at de skal være deltakende i egen behandling. Ved å inkludere pasientene på denne måten gir man pasientene muligheten til kontroll og man gir de verdi i form av at deres meninger teller. Likevel er det viktig å påpeke at i ettersamtale har ikke pasienten full brukerstyring, og avgjørelsene vil dermed ikke være overlatt til kun dem selv, men er noe som skal gjøres i samarbeid med helsepersonell. Ettersamtaler kan gi økt brukermedvirkning, men fordrer da at man benytter partnerskap i ettersamtalene.

Partnerskap innebærer at pasienten involveres i større grad og man kan forhandle og diskutere slik at avgjørelser kan tas i plenum (Leraand, 2018). Dette er aktuelt for bruken av ettersamtale da man har et ønske om å involvere pasientene i forebyggingen av tvang. Det fordrer at man går sammen med pasienten og undersøker pasientens opplevelser slik en av deltakerne i studien beskrev på følgende måte:

«Men i det tilfellet der fikk vi en veldig god prat om tilnærminger til for å forebygge tvang i det hele tatt. Og hvis det skal brukes tvang, hvilke midler foretrekker pasienten over annet da. Så fant vi ut masse som var veldig positivt ...»

Dette avhenger også av at man får til en konstruktiv samtale med realistiske og forsvarlige tiltak. Pedersen et al. (2017) skriver at pasienter som er i psykisk krise ikke alltid klarer å ta gode beslutninger for å ivareta seg selv, en må derfor finne balansen mellom å gyldiggjøre og anerkjenne pasientens perspektiver og erfaringer, opp mot den psykiske krisen de står i. Dersom det kommer opp tiltak som kan true liv, helse og sikkerhet, eller tiltak hvor helsepersonell ikke innehar rett kompetanse, vil det være riktig å sette grenser som vil utelukke eller begrense brukermedvirkning (Lauveng, 2020).

Til tross for at det finnes visse begrensninger vil det å involvere pasientene, og mulighet til å uttrykke seg og dele av egne erfaringer være med på å styrke de beslutningsprosessene som gjøres (Pedersen et al., 2017). Dette samsvarer med det ettersamtale er tiltenkt da vurderingen og evalueringen som kommer frem i ettersamtale skal inngå i beslutningsgrunnlag for senere vedtak om tvang (Hellevik & Skui, 2017). Pasienten må involveres og gis mulighet til å uttrykke seg for å styrke beslutningsprosessene.

Ettersamtale som reparasjon

Bygge, bryte og reparere relasjoner

Funnet om relasjonsarbeid er ikke nytt, men er minst like viktig som andre funn, og samsvarer med tidligere studier om ettersamtale. Tidligere studier viser at den største fordelene med ettersamtale er potensialet for å reparere relasjoner (Goulet et al., 2018). Forbedring av relasjon mellom pasient og helsepersonell kom også frem i studien av Hammervold et al. (2020).

Ved at relasjon belyses som et funn tenker jeg tydeliggjør helsepersonells bevissthet om hvordan tvangsbruk kan prege relasjonene, men samtidig et ønske om å rette opp relasjonen. I situasjoner hvor tvangsbruk blir nødvendig er det forhåpentligvis gjennomført med et ønske om å hjelpe, men til tross for omsorgen som utøves kan det for noen ligne på en overgrepssituasjon (Bjørgen et al., 2014). Konsekvensene av dette kan være både traumatisering og retraumatisering hvor pasienten får et behov for bearbeiding (Bjørgen et al., 2014). En del pasienter kan tidligere ha opplevd relasjonelle traumer som gjør

relasjonsarbeidet til en tidkrevende prosess (Lauveng, 2020). Til tross for ettersamtale og åpenhet, kan det hende at den krenkelsen det er å ha blitt utsatt for tvang og makt, ikke kan gjenopprette eller reparere den relasjonen som en gang var. Dette vil nok være avhengig av pasientens nåværende og tidligere opplevelser med både tvang og relasjoner og helsepersonells håndtering i ettertid.

Det at helsepersonell går inn i en dialog med forutinntatte holdninger og stereotyper av pasienten, kan forhindre god kommunikasjon og etablering av relasjon (Travelbee, 1999). En god dialog fordrer at det er åpenhet og nysgjerrighet og at man er åpen for å lytte til det pasienten har å fortelle om sine opplevelser. Mulighetene for å bygge og reparere relasjonene ved bruk av ettersamtale fordrer at man skaper en god kommunikasjon. Travelbee (1999) beskriver at noen kan bebreide og anklage mennesker for å være skyld i egen sykdom, og at slike metoder kan være et forsøk på å få pasienten til å endre atferd. Dette samsvarer med studien til Hammervold et al. (2020) hvor det skrives at ettersamtale i verste fall kan bli en arena for konfrontasjon. I arbeidet med tvang og relasjonsbygging er dette noe en må være bevisst på, og unngå i ettersamtale. Helsepersonell står i en spesiell situasjon i profesjonelle relasjoner da man har et ekstra ansvar for relasjonene (Lauveng, 2020). Dette ekstra ansvaret kan være krevende og utfordrende, og gjør at helsepersonell må jobbe med seg selv. Jeg tror det kan være gjenkjennbart for flere at man ønsker å ansvarliggjøre pasientene sine, og dette tror jeg ikke utelukkende handler om pasientene, men om mange forhold man kan oppleve i en travel hverdag på akuttpsykiatrisk. Det kan og være personalets egne følelser som sinne, avmakt og redsel, som står i sentrum som gjør at ettersamtale blir en arena for ansvarliggjøring og konfrontasjon.

Relasjon er allerede identifisert som et fundament i arbeidet innenfor psykisk helsevern (Lauveng, 2020) og det er i relasjon til andre man kan finne et stort potensial for vekst og endring hos mennesket (Leraand, 2018). Dette vil være relevant å ta med seg inn i ettersamtale, og ikke bare for pasientens del. I relasjon til pasienter vil også helsepersonell oppleve et potensiale for vekst og endring i egen fagprofesjon som vil komme til uttrykk i yrkesutøvelsen.

Økt bevissthet knyttet til rutiner og gjennomføring, pasientens sykdomsbilde og avvisning

Implementering og rutiner

Denne subgruppen synliggjør behovet for fokus, gode rutiner og godt implementeringsarbeid for å kunne utnytte bruken av ettersamtale til det fulle. Dette samsvarer med funn i studier hvor det kommer frem at det er lite kunnskap, informasjon og opplæring i ettersamtale, som gjør at man ikke kan nyttiggjøre seg av ettersamtalens fulle potensial (Hammervold et al., 2020). Hammervold et al. (2020) belyser også at strukturelle og kulturelle forhold også vil innvirke på bruken av ettersamtaler. Ut fra den informasjonen deltakerne kom med i denne studien kan det spores engasjement, men at engasjementet kommer av enkeltpersoners initiativ og at forankringen i ledelse mangler. Det fremkom under intervjuene at gjennomføring av ettersamtaler avhenger av hvem som er på jobb.

Deltakerne i studien problematiserer også at det er lite mengdetrening i bruk av ettersamtale. Dette er en av Huckshorn (2004) sine kjernestrategier for forebygging og reduksjon av tvangsbruk, da blant annet kompetanseheving og utvikling av personalgruppen er avgjørende. Jeg tenker at ettersamtaler ikke bare må regnes som en arbeidsoppgave som må gjennomføres, men som et verktøy og en del av en behandling som kan forebygge tvang, redusere pasientens opplevelse av tvang, forbedre relasjoner og forhindre traumer som følge av tvangsbruk. Det er allerede etablert kurs innenfor andre tiltak og behandlingsmetoder som for eksempel mestring av aggresjonsproblematikk (MAP) og selvmordsforebygging i regi av VIVAT. Jeg tenker at det vil være naturlig at personell også tilbys opplæring i bruk av ettersamtaler. Dette kan være med på å understreke hvor viktig bruken av ettersamtale er, samt at alle får opplæring i hvordan ettersamtaler kan gjennomføres på best mulig vis. God opplæring og implementering av ettersamtale kan også ha betydning for hvordan man benytter ettersamtaler videre i behandlingen. En av deltakerne hadde en opplevelse av at ettersamtaler *blir* gjennomført, men ikke brukt videre i nåværende eller fremtidig behandlingsforløp.

Opplæring i bruk av ettersamtale vil også være nyttig for selve gjennomførelsen. Ikke alle deltakerne var klar over malen for ettersamtale, som ligger i journalsystemet DIPS. Under intervjuet undersøkte jeg dessverre ikke dette nærmere. I ettertid har jeg undret meg over hvordan ettersamtale gjennomføres, dersom det ikke benyttes en mal. Dessverre undersøkte jeg ikke omfanget av opplæringen for ettersamtale dypere, bortsett fra at det ble nevnt av noen av informantene at det var behov for mer trening på området. Dersom ettersamtale ikke gjøres

etter en prosedyre og uten opplæring, kan det tenkes at ettersamtale gjennomføres med varierende kvalitet.

Innføring av slike tiltak krever en synlig ledelse, noe som belyses i litteraturen. Huckshorn (2004) beskriver at den viktigste komponenten for vellykket tvangsførebbyggende initiativ er at man har en synlig, konsistent og effektiv organisatorisk ledelse. Dermed tenker jeg at ledelse som løfter fokuset på ettersamtaler og belyser hvor viktig det er, er avgjørende for at det blir gjort, da dette er et arbeid som ikke ene og alene kan drives av initiativtakere. Til tross for at det kreves ledelsesforankring for å implementere slike tiltak og verktøy, ønsker jeg likevel å løfte frem de initiativtakerne som jobber for ettersamtale. Slike ressurspersoner med interesse og engasjement, vil ha stor betydning for det videre arbeidet med ettersamtaler.

Pasienten er for syk til å delta i ettersamtale

Pasientenes sykdomsbilde og evne til å delta i ettersamtale var et funn som overrasket meg da dette var noe alle de fire deltakerne tok opp og som jeg ikke hadde forventet at skulle bli problematisert. Pasientens sykdomsbilde ble identifisert som et hinder for å dra nytte av ettersamtale, og det ble forklart at pasienter som er veldig syke og desorganiserte ville bli mer forvirret ved gjennomføring av en ettersamtale. Dette funnet er interessant å se opp mot litteraturen da det vil handle om pasientens egen «innsikt». Av litteraturen fremkommer det at pasientens sykdomsbilde og evne til innsikt er den vanligste begrunnelsen til at pasientene ikke får medvirket i egen behandling og dermed forsværer bruk av paternalisme (Husum et al., 2017). Videre har begrepet fått kritikk for å være diskvalifiserende og umyndiggjørende og at man med denne definisjonsmakten kan diskvalifisere brukernes meninger (Norvoll & Husum, 2011). Denne hårfine balansen mellom brukermedvirkning og det som omtales som paternalisme og undergraving av pasienten er en utfordrende diskusjon da det er mange hensyn å ta.

Det finnes ulike grader av brukermedvirkning og det vil være relevant å tenke at i ulike stadier av sykdommen vil det være nødvendig med ulike grader av brukermedvirkning (Leraand, 2018). Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal tjenestetilbudet «så langt som mulig» utformes i samhandling med pasienten. Dette åpner opp for at man må gjøre en vurdering av pasientens sykdomsbilde, evne til å ta valg om egen helse og hvorvidt det vil være aktuelt på nåværende tidspunkt. Pedersen et al. (2017) understreker at brukermedvirkning ikke forutsetter at pasienten fungerer optimalt, men at medvirkning og dialog kan skje på mange ulike nivåer og ulike faser av sykdommen. Videre beskriver Pedersen et al. (2017) at dersom en vet at tilstanden til pasienten svinger, er det viktig at man

snakker med pasienten på sitt beste og avklarer både ønsker og erfaringer og eventuelt hvem som kan fungere som en representant for pasienten om den selv skulle være ute av stand til å delta i beslutninger om egen helse (Pedersen et al., 2017). Dette vil dermed ikke bety at pasienten i en dårlig sykdomsfase skal ha full brukerstyring eller partnerskap, og det vil kanskje være tilstrekkelig med god og tydelig informasjon. Pedersen et al. (2017) skriver også at til tross for at pasientens helsetilstand tilsier at de ikke er i stand til å ta egne valg, må man finne balansen mellom å gyldiggjøre og anerkjenne pasientens perspektiver, og anerkjenne at pasienten i en psykisk krise ikke alltid er i stand til å ta gode beslutninger for seg selv. Dette tenker jeg best kan forklares med graden av brukermedvirkning, i denne sammenhengen konsultasjon. Dette da man ønsker å ta pasientens synspunkt og meninger i betraktning, men ikke nødvendigvis tar hensyn til dette i beslutningsprosessen (Leraand, 2018).

Til tross for at pasientens sykdomsbildet tilsier at de er i en så dårlig fase at de vil ha lite utbytte av en ettersamtale, tenker jeg at det likevel er viktig at man involverer pasientene så langt det lar seg gjøre da de fleste vil kunne si noe om opplevelsene de sitter med. Involvering av pasientene og at de har muligheten til å uttrykke seg kan være med på å styrke beslutningsprosessen, slik Pedersen et al. (2017) beskriver, selv om pasientene ikke direkte er med i beslutningsprosessen.

Vurderingene som må gjøres omkring pasientens sykdomsbilde stiller høye krav til personalet. Det krever god kunnskap om psykisk helse, gode relasjoner og etisk kompetanse. I situasjoner hvor pasienten vurderes som for syk til å delta i ettersamtale kan det forstås som at helsepersonell vurderer det ut fra tidligere erfaringer, pasientens beste, pasientens autonomi og rettferdighet, som utgjør det Førde et al. (2017) angir å være det etiske skjønn. Totalen av faglig kunnskap og etisk kompetanse er det som gjør at man kan gjøre gode vurderinger hvor man utviser godt skjønn og gjør gode helsefaglige vurderinger (Førde et al., 2017). Dette bygger også på den enkeltes empati, og som kan være med på å gi viktig informasjon om andre menneskers ve og vel (Førde et al., 2017).

Det kan ikke utelukkes at det i dag forekommer undergraving av pasientenes innsikt, men når det problematiseres at pasientens sykdomsbilde kan være til hinder for gjennomføringen av ettersamtale, kan det tenkes at dette kommer av et genuint ønske om at pasienten skal få god behandling, godt utbytte og forhindre forverring. Dette funnet kan belyse en sensitivitet og forståelse for pasientene. Travelbee (1999) understreket viktigheten av at man ikke må redusere mennesket til pasienter eller til en arbeidsoppgave, men se det enkelte individ. Ved at man tar hensyn til pasientens sykdomsbilde og ikke trumfer gjennom ettersamtale og gjør individuelle vurderinger tenker jeg er med på å styrke betydningen av

individet da man har en forståelse for at pasientene skal ha god behandling. Ved å gjennomføre prosedyrer blindt og uten å ta hensyn til om pasientene er klare for det kan være med på å redusere pasientene til en oppgave, slik Travelbee (1999) definerer som en reduksjonsprosess. For man kan alltid gjennomføre en ettersamtale til tross for at pasienten ikke er klar for det, men kvaliteten av samtalen vil være deretter.

Mitt inntrykket er at deltakerne var sensitiv og viste forståelse for pasientenes sykdom og evne til å ta til seg informasjon. Samtidig viste de et ønske om at pasientene skulle ha et godt utbytte av samtalene, uten forverret sykdomsbilde, og et videre konstruktivt arbeid.

Pasienten avviser ettersamtale

Funnet om avvisning fra pasientene inneholdt få meningsbærende enheter, men det besluttet å beholde det da jeg mener det er et uventet, men relevant funn. Årsaksforholdene til hvorfor avvisning av pasientene forekom var det en av deltakerne som reflekterte litt rundt, men det er ikke mulig å finne noen klare svar uten at man forhører seg med pasientene om dette, eventuell gjør videre studier på årsaksforhold. Valget om å inkludere dette funnet baseres på at det kreves økt bevissthet på dette for å minske at det er til hinder for ettersamtale. Refleksjonen fra den ene deltakeren omhandlet både om pasientens relasjoner, pasientens sykdomsbilde og at det kan være smertefullt og skamfullt å ta inn over seg at man har mistet kontrollen. Årsaksforholdene kan man egentlig bare undre seg over, og kanskje kan funnene nevnt over svare på hvorfor pasientene er avvisende.

Det kan være mange årsaker til at pasienter avviser hjelp, og det kan både være symptomer på sykdom, dårlig erfaringer med hjelpere og annet, som skam og stigma (Lauveng, 2020). Årsaksforholdene Lauveng beskriver henger tett sammen med funnene som allerede er gjort i denne studien. Videre beskrives ulike former for avvisning: mild, unnvikende, tydelig og ambivalent. Hvilket er høyst relevant for denne subkategorien da årsakene til avvisning av pasientene kan være sammensatte, slik en av deltakerne reflekterte rundt.

Noen pasienter avviser hjelp fordi de virkelig ikke ønsker eller trenger hjelp, mens noen kan avvise hjelp til tross for at de ønsker det, men er redde eller selv har tanker om at de ikke fortjener den hjelpen som tilbys (Lauveng, 2020). Dersom pasienter opplever for at det er skam- og smertefullt å ta inn over seg at de har mistet kontrollen kan det hende at de avviser ettersamtale for å ikke havne i konfrontasjon med personalet, eller for å ikke bli holdt ansvarlig for sine handlinger. Økt bevissthet rundt slike forhold vil være viktig for at man skal kunne komme i dialog med pasientene.

Lauveng (2020) presenterer noen tiltak for når pasienten avviser hjelp. Et av tiltakene er å tilby hjelp, selv om man godtar at pasienten avviser ettersamtale. Det kan hende at pasienten ikke er klar for ettersamtale, og dette er noe helsepersonell må respektere og heller tilby på nytt ved en senere anledning. Videre skriver Lauveng (2020) at man kan igangsette enkle tiltak. Dette kan være å utforske mulige hindre og negative erfaringer. Igjen kan dette være aktuelt, det kan for eksempel være at settingen for ettersamtale ikke passer til pasienten og at man må gjøre eventuelle tilpasninger slik at pasienten føler seg komfortabel. Lauveng (2020) identifiserer også relasjonsbygging som et tiltak. Relasjonsbygging er en viktig del av psykisk helsearbeid og er allerede etablert som et fundament i psykisk helsearbeid.

Konsekvensen av at pasientene avviser ettersamtale er at man ikke får utnyttet ettersamtalens potensial og få utbytte av de nytteverdiene som er redegjort for.

Metodediskusjon

Validitet

Validitet handler om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015). De beskriver at validering som en aktuell prosess for hele forskningsprosessen, og at det gjøres en prosessvalidering, ikke kun en produktvalidering. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver prosessvalidering av intervjuundersøkelse i syv stadier: tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, validering og rapportering.

Med utgangspunkt i tidligere kunnskap og relevant forskning på området satte jeg opp en problemstilling jeg ønsker å undersøke. Da studien er ute etter å undersøke deltakernes erfaringer er det kvalitativ metode som egner seg best for å besvare problemstillingen.

I planleggingsfasen utformet jeg en prosjektskisse og utdrag av intervjuguide som ble sendt inn til NSD og godkjent. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at sett fra et etisk perspektiv bør forskningsdesignet produsere kunnskap som er fordelaktig for mennesket og minimaliserer skadelige konsekvenser. Jeg vurderer dette som oppfylt, da studien ikke har noen åpenbare skadelige konsekvenser, og det at informasjonen studien gir om forebygging av tvang vil være fordelaktig. Dette er nærmere beskrevet i kapitlet om forskningsetiske overveielser.

Validiteten under intervjuing har med intervjupersonens troverdighet og intervjuets kvalitet (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg har ingen grunn til å tvile på intervjupersonenes troverdighet, men det kan likevel stilles spørsmål ved om det har vært rom for misforståelser

under intervju. Under intervju bør det gjøres en grundig utspørring og kontinuerlig kontroll av informasjonen som gis (Kvale & Brinkmann, 2015). Da min studie er ute etter deltakernes opplevelser så er dette subjektive meninger og erfaringer som kan være vanskelig å få fatt på. Det kan også tenkes at min oppfølging av spørsmål og kontroll av informasjon ikke har vært grundig nok da jeg ikke har tidligere erfaringer med gjennomføring av intervju. Erfaring med intervju vil påvirke studiens «information power», og på grunn av lite erfaring med intervju kunne jeg inkludert flere deltakere for å styrke studiens «information power» (Malterud et al., 2016). Dette har jeg gjort rede for i kapitlet om utvalg og rekruttering.

Under transkriberingen ble muntlig språk omgjort til skriftspråk. Hva som er korrekt transkripsjon er et spørsmål som er umulig å besvare da det ikke finnes en sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2015). Oversettelsen vil påvirke transkripsjonens validitet da viktige språklige momenter kan falle bort, som naturlige pauser, ordlyder og tonefall. Dette kan ha påvirket den videre analyseprosessen av intervjuene.

Analyseringen av datamaterialet gjorde jeg alene, og interessante funn eller fortolkninger av datamaterialet kan ha blitt oversett

Det siste punktet i valideringens syv stadier er rapporteringen. I studien har jeg satt opp en tabell som viser mine funn, samt presentert funnene med relevante sitater kapittelvis. Deretter har jeg diskutert funnene kapittelvis opp mot relevant teori.

Reliabilitet

Kvale og Brinkmann (2015) skriver at reliabilitet handler om forskningens konsistens og troverdighet. De forklarer dette videre med hvorvidt resultatet kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere.

Intervjuguiden ble utarbeidet med åpne spørsmål med ønske om at deltakerne skulle reflektere og snakke fritt om sine opplevelser og erfaringer med ettersamtale. Da funn i studien ikke avviker nevneverdig fra tidligere forskning, kan det antas at resultatene er mulig å reprodusere.

Refleksiv objektivitet

Begrepet refleksiv objektivitet forklares av Kvale og Brinkmann (2015) som det å reflektere over eget bidrag som forsker til produksjonen av kunnskap. Malterud (2017) forklarer refleksivitet som en aktiv holdning hvor forskeren gjennom prosessen og i produktet viser vilje og evne til å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av

tvil og ettertanke. Forforståelsen er de erfaringene en bringer med seg inn i forskningsprosjektet og som påvirker både innsamling, lesing og fortolkning data (Malterud, 2017).

I innledningen gjør jeg rede for min egen forforståelse og erfaringer om ettersamtale. Til tross for at jeg har forsøkt å legge min forforståelse til side har det påvirket arbeidet mitt i stor grad. Årsaken til at dette tema var aktuelt var nettopp på grunn av min interesse og tidligere erfaring med ettersamtale. Erfaringen med ettersamtale påvirket det videre arbeidet da jeg allerede hadde kunnskap om feltet og har påvirket både utarbeidelsen av intervjuguide, planlegging av utvalg og innhenting av teori. Forforståelsen har jeg likevel forsøkt å legge vekk under intervjuprosessen og under analysering av datamaterialet. Under intervjuprosessen kunne jeg kjenne på at jeg måtte moderere meg slik at deltakernes opplevelser og erfaringer som skulle komme frem.

Under kodingen opplevde jeg min forforståelse som både givende og begrensende. Det var givende i form av at jeg oppdaget nyanser som noen med mindre kjennskap til tema kanskje hadde oversett. Samtidig var det begrensende da jeg opplevde å måtte forkaste vekk interessante funn som jeg oppdaget på grunn av min forforståelse om tema, men som ikke var relevant for å besvare problemstillingen.

Generaliserbarhet

Etter å ha vurdert en intervjuundersøkelse som rimelig pålitelig og gyldig gjenstår spørsmålet om funnene er generaliserbare (Kvale & Brinkmann, 2015). I følge Malterud handler generaliserbarhet, eller overførbarhet, om ekstern validitet. En innvending mot intervjuforskning er at det er for få intervjupersoner til at resultatene kan generaliseres (Kvale & Brinkmann, 2015). Generaliserbarhet kan deles inn i tre former: naturalistiske, statistiske og analytiske generaliseringer.

Den naturalistiske generaliseringen baseres på personlige erfaringer. Den hviler på stilltiende erfaringer og gir forventninger heller enn forutsigelser

Den statistiske generaliseringen baseres på representative intervjupersoner som er tilfeldig valgt fra en befolkning (Kvale & Brinkmann, 2015). Med tilfeldig utvalgte intervjupersoner og kvantifiserte funn, kan funnene omarbeides til statistiske generaliseringer.

Den analytiske generaliseringen er en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene fra en studie kan brukes som en rettleiding for hva som kommer til å skje i en annen situasjon, og baseres på en analyse av likheter og forskjeller mellom de to situasjonene (Kvale & Brinkmann, 2015).

På bakgrunn av at dette er en kvalitativ studie med kun 4 deltakere kan ikke resultatene kan generaliseres. Studien er innsnevret i form av å kun omfatte sykepleiere på akuttpost og bruken av ettersamtale for forebygging av tvang. Studien vil begrense seg til å være relevant for andre som arbeider med tvang på institusjon. Selv om studien ikke er generaliserbar gir den likevel noen forventninger om hvordan det kan være ved andre akuttpsykiatriske avdelinger da de fire deltakerne jeg intervjuet var fra fire ulike avdelinger ved to ulike sykehus og mange av deres erfaringer og opplevelser var bortimot like.

Avslutning

Innledningsvis redegjorde jeg for lovendringene i 2017 som stilte krav om evaluering etter avslutning av visse tiltak etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven, her omtalt som ettersamtale. Hensikten med studien var å rette søkelys mot bruken av ettersamtale som et tvangsforebyggende tiltak med utgangspunkt i problemstillingen:

Hvilke nytteverdier erfarer sykepleiere på akuttpost at ettersamtaler har for forebygging av tvang?

Ved å undersøke ettersamtalens nytteverdi kan en bedre forstå hva som må til for å benytte ettersamtale som tvangsforebygging. Sykepleiernes erfaring av nytteverdi kan igjen brukes for å se på hvordan en bør iverksette eller forbedre rutiner ved avdelinger. Ønsket med studien er å løfte problematikken, slik at man kan bidra til å forbedre bruk av ettersamtale, som kan forebygge bruk av tvang og forbedre tvangsutøvelse.

Nytteverdiene som identifiseres er: 1) gjensidig situasjonsforståelse, 2) forebygging med læring og brukermedvirkning, 3) ettersamtale som reparasjon og 4) økt bevissthet knyttet til rutiner og gjennomføring, pasientens sykdomsbilde og avvisning.

Funnene er drøftet opp mot relevant forskning og litteratur i diskusjonskapitlet. Bruken av ettersamtale kan bidra til at pasient og helsepersonell får en gjensidig forståelse for situasjon og at helsepersonell får økt innsikt i pasientens opplevelse. Læringsutbyttet en kan få ut av ettersamtaler kan bidra til forebygging og reduksjon av tvang, samt at pasienten får medvirket i sin egen behandling. Ettersamtale kan også være nyttig for å bygge og reparere relasjoner som har blitt brutt som følge av tvangsbruk. Deltakerne opplyser om at de ser en god nytteverdi av å benytte ettersamtaler, men at det etterspørres mer trening og systematikk for gjennomføring. Pasientens sykdomsbilde og at pasienter avviser ettersamtaler kan være til hinder for å utnytte nytteverdiene og stiller høye krav til helsepersonells vurderinger av

innsikt og å stå i avvisning. Det kommer frem at bruken av ettersamtale ikke er systematisert nok og at det ikke er gode rutiner for å sikre gjennomføring av ettersamtale.

Studiens implikasjoner

Psykisk helsevernloven har til hensikt å sikre etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, og å forebygge og begrense tvangsbruk. Tall fra helsedirektoratet tyder på at tvangsbruken øker og det vises til store geografiske forskjeller. Styrking av pasientens selvbestemmelse og rettssikkerhet identifiseres som viktige tiltak for å redusere tvangsbruk, eventuelt få riktigere bruk av tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015-2016). I 2018 ble det rapportert om 15 000 tvangsmiddelvedtak hvorav litt mer enn halvparten gjaldt kortvarig fastholding (Bremnes & Skui, 2020). For 13 prosent ble det rapportert om 10 eller flere vedtak (Bremnes & Skui, 2020). Da det er et mål om å begrense bruken av tvang og få til riktigere bruk av tvang kan bruken av ettersamtale være et tiltak i dette arbeidet. Studiens funn viser at ettersamtale gir flere nytteverdier som gjensidig situasjonsforståelser, økt læringspotensial hos personal og økt brukermedvirkning. Bruken av ettersamtale kan og bidra i relasjonsarbeidet for å reparere og etablere relasjon. Av studien fremkommer det også at det er ønskelig med bedre rutiner og opplæring i bruken av ettersamtale. Økt bevissthet rundt rutiner og gjennomføring kan forbedre kvaliteten på ettersamtalene. Videre viser funnene at helsepersonell må gjøre utfordrende vurderinger i forhold til pasientens sykdomsbilde da pasienter i perioder kan oppleves som for syk til å nyttiggjøre seg at ettersamtaler. Deltakerne identifiserte også at pasientene avviser ettersamtaler, og det kan være mange årsaksforhold til det. Likevel er økt bevissthet til avvisning viktig da man bør tilstrebe at pasientene deltar i ettersamtaler slik at man kan få utnyttet nytteverdiene og jobbe mot målet om å redusere og forbedre tvang.

Funnet som overrasket meg mest var økt bevissthet knyttet til rutiner og gjennomføring, pasientens sykdomsbilde og avvisning. Årsaken er at denne kategorien med påfølgende subgrupper viser et behov for mer arbeid rundt bruken av ettersamtaler, og at helsepersonell står i utfordrende vurdering av pasientenes sykdomsbilde og viktig relasjonsarbeid for å unngå avvisning.

Videre forskning

Det er gjort få studier om ettersamtale, og det er behov for mer forskning på området. I planleggingsfasen av studien forsøkte jeg å se på flere måter å undersøke temaet ettersamtale på. Et av alternativene var å se på hvordan ettersamtale dokumenteres og brukes i behandling,

men i frykt for at dette var godt implementert og dermed ville gi lite informasjon, la jeg dette vekk tidlig i prosessen. I ettertid seg jeg at det likevel kunne vært interessant å undersøke hvordan informasjonen fra ettersamtale journalføres og videreformidles. Et annet relevant alternativ ville vært å undersøke hvor mange ettersamtaler som faktisk gjennomføres, og hvor mange døgn etter tvangsbruk det i snitt tar før gjennomføring. Dette ville gitt nyttig info om implementering, hvor mange pasienter som avviser tilbudet og hvor lang tid det tar før pasientene får tilbudet. Det kunne og vært interessant å vite når i sykdomsforløpet pasientene får tilbudet, om det er umiddelbart etter avslutning av vedtak, eller om ettersamtalene eksempelvis gjennomføres like før utskrivelse. Videre forskning på tema kan kanskje også besvare hvorfor pasienter avviser tilbudet om ettersamtale. Videre studier kan og inkludere andre avdelinger som er godkjent for tvang for å utvide utvalget, og få frem eventuelle forskjeller.

Litteraturliste

- Allikmets, S., Marshall, C., Murad, O. & Gupta, K. (2020). Seclusion: A Patient Perspective. *Issues Ment Health Nurs*, 41(8), 723-735. 10.1080/01612840.2019.1710005
- Bjørngen, D., Storvold, A., Norvoll, R. & Husum, T. L. (2014). *Alternativer til tvang I : sett fra et bruker- og fagperspektiv : ressurshefte* Erfaringskompetanse.no (online), bd. 2014:2. Hentet fra <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/01/Alternativer-til-Tvang-Ressurshefte.pdf>
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bremnes, R. (2019). *Tvang i psykisk helsevern. Utvikling i perioden 2013 - 2017*. Oslo.
- Bremnes, R. & Skui, H. (2020). *Tvang i psykisk helsevern. Status etter lovendringene i 2017* (IS-2888). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--status-etter-lovendringene-i-2017/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf/_attachment/inline/85a9149b-ea29-49aa-8aa7-1ea772f28cc9:4b63d871193b01dad429f6b77d744bfl1e1e80a02/Tvang%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Status%20etter%20lovendringene%20i%202017.pdf
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid : å skape rom for hverandre* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var... : psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* bd. 2011:1. E. F. Major (Red.). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>
- Førde, R., Nortvedt, P., Pedersen, R. & Hem, M. H. (2017). Skjønn, usikkerhet og ydmykhet i psykiske helsetjenester. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 41-53). Oslo: Gyldendal.
- Goulet, M. H. & Larue, C. (2016). Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A Scoping Review. *Arch Psychiatr Nurs*, 30(1), 120-128. 10.1016/j.apnu.2015.09.001

- Goulet, M. H., Larue, C. & Lemieux, A. J. (2018). A pilot study of “post - seclusion and/or restraint review” intervention with patients and staff in a mental health setting. *Perspect Psychiatr Care*, 54(2), 212-220. 10.1111/ppc.12225
- Hammervold, U. E., Norvoll, R. & Sagvaag, H. (2021). Post - incident reviews after restraints–Potential and pitfalls. Patients’ experiences and considerations. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 10.1111/jpm.12776
- Hammervold, U. E., Norvoll, R., Vevatne, K. & Sagvaag, H. (2020). Post-incident reviews-a gift to the Ward or just another procedure? Care providers' experiences and considerations regarding post-incident reviews after restraint in mental health services. A qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 499-499. 10.1186/s12913-020-05370-8
- Hammervold, U. E., Norvoll, R., Aas, R. W. & Sagvaag, H. (2019). Post-incident review after restraint in mental health care -a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 235-235. 10.1186/s12913-019-4060-y
- Hellevik, V. & Skui, H. (2017). *Informasjon og invitasjon - Endringer i psykisk helsevernloven med ikrafttredelse 1. juli og 1. september 2017*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helsevernloven/Informasjonsbrev%20om%20endringer%20i%20psykisk%20helsevernloven%202017.pdf/_attachment/inline/0966e1ce-31f8-4664-a3e1-07c1e5919443:d427634fcef969d4c7640ff69a5e185a8d71b2f5/Informasjonsbrev%20om%20endringer%20i%20psykisk%20helsevernloven%202017.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015-2016). *Endringer i psykisk helsevernloven mv.* (Prop. 147L (2015.2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bb4e1b5b86c44b91bb076c3d0d20675e/no/pdfs/prp201520160147000dddpdfs.pdf>
- Hickey, G. & Kipping, C. (1998). Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *J Clin Nurs*, 7(1), 83-88. 10.1046/j.1365-2702.1998.00122.x
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing seclusion & restraint use. Core strategies for prevention. *Journal of psychosocial nursing*, 42(9), 22-32.

- Husum, T. L., Hem, M. H., Pedersen, R. & Aarre, T. F. (2017). Ethiske dilemmaer ved bruk av tvang. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 190-207). Oslo: Gyldendal.
- Kalseth, B., Bremnes, R. & Mjøs, M. (2019). *Kontroll av tvangsbruk 2018* (IS-2875). Oslo: Helsedirektoratet.
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs. 3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid : det landskapet vi er mennesker i*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Leraand, C. (2018). Å jobbe i team er godt relasjonsarbeid. I J. V. Strømstad, A. B. Torbjørnsen & A.-M. K. Aasland (Red.), *Hvem er du? : Miljøterapi i relasjoner* (2. utg., s. 50-78). Stavanger: Hertvig forlag.
- Loem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. E. A. (2014). Omsorg under tvang - En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(2), 115-124. 10.18261/ISSN1504-3010-2014-02-03
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*, 26(13), 1753-1760. 10.1177/1049732315617444
- Norvoll, R., Hem, K.-G. & Hatling, T. (2008). *Det er nå det begynner! : hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT)* (9788214045208). Trondheim: SINTEF Helse. Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/sintef_a8450_hovedrapp_bat.pdf
- Norvoll, R. & Husum, T. L. (2011). *Som natt og dag? Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet. Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6145/n2011-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

- Pedersen, R., Reidun, N. & Bjørgen, D. (2017). Pasientens perspektiv i psykiske helsetjenester. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 87-116). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet : lærebok for helse- og sosialfag*. Bergen: Fagbokforl.
- Storm, M. & Wiig, S. (2018). Pasientperspektivet og sikkerhet. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (3 utg., s. 64-75). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs. Interpersonal aspects of nursing). Oslo: Universitetsforl.
- Ursin, L. (2020, 30.04.2020). Tvang. Hentet 14.11 fra <https://sml.snl.no/tvang>
- Whitecross, F., Seary, A. & Lee, S. (2013). Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *Int J Ment Health Nurs*, 22(6), 512-521. 10.1111/inm.12023
- Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi* (Problemer, positioner og paradigmer). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag.

Vedlegg 1, informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvordan viderefremidles informasjonen fra ettersamtaler og hvilken nytteverdi erfarer helsepersonell på akuttpost at ettersamtale har for forebygging av tvang?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan helsepersonell opplever å bruke ettersamtaler som et tvangsforebyggende tiltak. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Målet i norsk helsevesen er å oppnå økt frivillighet og samtidig redusere bruken av tvang. Psykisk helsevernloven ble endret i 2017 hvor formålet var å øke pasientens selvbestemmelse og rettssikkerhet. Det ble da også innført krav om evaluering etter avslutning av visse typer vedtak etter kapittel 4, jamfør psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd. Tiltaket skal evalueres så snart som mulig at tiltaket er avsluttet, og pasienten skal tilbys minst én samtale om opplevelsen av tiltak og pasientens syn skal journalføres. Pasientens opplevelse og vurdering skal inngå i beslutningsgrunnlaget for eventuelle senere vedtak. Med dette prosjektet ønsker jeg derfor å undersøke informasjonsflyten og hvilken nytteverdi helsepersonell erfarer med ettersamtaler som et tvangsforebyggende tiltak.

Forskningsspørsmålet som skal belyse dette er:

«Hvordan viderefremidles informasjonen fra ettersamtaler og hvilken nytteverdi erfarer helsepersonell på akuttpost at ettersamtale har for forebygging av tvang?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er en masteroppgave innen Psykisk helsearbeid i regi av Universitetet i Tromsø. Bente Simonsen, universitetslektor og fagansvarlig ved master i Psykisk helsearbeid ved UiT, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har tatt kontakt med enhetsledere og fagutviklere ved et utvalg akuttposter og bedt dem videresende denne informasjonen til aktuelle deltakere. Du inviteres til å delta i dette prosjektet da jeg ønsker å intervju personell med helsefaglig bachelor, som har jobbet ved akuttpost i minimum 2 år og som går ansvarsvakter. For deltakelse kan du ta kontakt på mail: gal011@post.uit.no

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg ønsker å intervju deg om dine erfaringer. I forkant av intervjuet har jeg laget en intervjuguide for å dekke aktuelle tema, men det vil og være mulig å bevege seg utenfor guide dersom du har erfaringer om temaet som du tenker er relevant å dele. Intervjuet kommer til å vare i ca. 45 minutter, og jeg kommer til å benytte båndopptaker for å ta opp intervjuet og transkribere det til tekst ved en senere anledning. Under transkripsjonsprosessen vil jeg aidentifisere detaljer, og lydopptaket vil bli slettet ihht. Retningslinjene fra Norsk senter for forskningsdata og Universitetet i Tromsø.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Båndopptakeren som benyttes er digital og lagres som et kryptert lydopptak på Nettskjema. Under transkriberingen vil detaljer bli aidentifisert og videre lagret på egnet vis. Lydopptak og transkriberte data vil oppbevares ihht.

retningslinjene fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste og Universitetet i Tromsø. Lydopptak er det kun undertegnede, Gabriela Alarcon, som har tilgang til og transkribert tekst vil også veileder Bente Simonsen ha tilgang til.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er mai 2022. Lydopptak vil slettes etter transkriberingen og aidentifisert tekst slettes når masterprosjektet er fullført.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om

deg? Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Universitetet i Tromsø* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Universitetet i Tromsø ved Gabriela Alarcon (gal011@post.uit.no)
- Universitetet i Tromsø ved Bente Simonsen (bente.a.simonsen@uit.no)
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold (personvernombud@uit.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Eventuelt student

Vedlegg 2, intervjuguide

Intervjuguide

Bakgrunn

- Innhente samtykke
- Hva er din yrkesbakgrunn?
- Hvor lenge har du arbeidet på akuttpost?

Ettersamtale ved bruk av tvang

- Hva tenker du er hensikten med å gjennomføre ettersamtaler?
 - Hvordan synes du dagens praksis med ettersamtaler lever opp til dine tanker om hensikt?
 - Hva er din motivasjon for at pasienter skal tilbys ettersamtaler?
- Kan du beskrive for meg hvilke rutiner dere har for ettersamtaler på deres post?
 - Når skal ettersamtalen tilbys?
 - Hvem er det som gjennomfører ettersamtaler?
 - Hvem deltar på ettersamtalene?
 - Hvordan sikrer dere at alle aktuelle pasienter får tilbud om ettersamtale?
 - Er det kun faktiske vedtak det snakkes om i ettersamtalene, eller er det rom for å snakke om andre tema? (Ledende spørsmål)
 - Hvordan tilrettelegges det for at pasientene kan forberede seg til ettersamtale?
- Kan du fortelle meg om en situasjon hvor du tenker at ettersamtale fungerte godt?
- Kan du fortelle meg om en situasjon hvor du tenker at ettersamtale fungerte dårlig?
- Mottar hele personalgruppa informasjonen som kommer frem i ettersamtalen?
 - Hvordan?
 - Hvorfor ikke?
 - Hvordan synes du det er å finne informasjonen fra ettersamtalene?
- Har du noen tanker eller forslag til hva som kunne gjort bruken av ettersamtaler enda bedre?
- Hvordan erfarer du at pasienten forstår hensikten med å gjennomføre ettersamtaler?
- Hvordan opplever du bruken av ettersamtalen i forhold til hvor nyttig det er?
- På hvilken måte opplever du at pasienten opplever bruken av ettersamtale?

Avsluttende

Er det noe du ønsker å tilføye som ikke har blitt nevnt til nå, eller som jeg ikke har spurt om?

Vedlegg 3, NSD godkjenning

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

24.10.2022, 19:27

[Meldeskjema](#) / ["Hvordan opplever sykepleiere bruk av tvang på akuttpost etter end..."](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
729504	Standard	21.07.2021

Prosjektittel

"Hvordan opplever sykepleiere bruk av tvang på akuttpost etter endringen av psykisk helsevernloven i 2017?"

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig

Bente Simonsen

Student

Gabriela Alarcon

Prosjektperiode

09.08.2021 - 30.06.2022

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 30.06.2022.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 21.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2022.

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og

ikke behandles til nye, uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema (UIO) er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4, NSD godkjenning ny prosjektslutt dato

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

24.10.2022, 18:52

[Meldeskjema](#) / ["Hvordan opplever sykepleiere bruk av tvang på akuttpost etter end..."](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
729504	Standard	28.04.2022

Prosjektittel

"Hvordan opplever sykepleiere bruk av tvang på akuttpost etter endringen av psykisk helsevernloven i 2017?"

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig

Bente Simonsen

Student

Gabriela Alarcon

Prosjektperiode

09.08.2021 - 01.02.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 01.02.2023.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektslutt dato.

Vi har nå registrert 01.02.2023 som ny slutt dato for behandling av personopplysninger.

Hvis det blir nødvendig å behandle personopplysninger enda lengre, så kan det være nødvendig å informere prosjektdeltakerne.

Vi vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson: Gry Henriksen

Lykke til videre med prosjektet!

