

MASTEROPPGAVE
Master i Psykisk Helsearbeid
15.november 2017

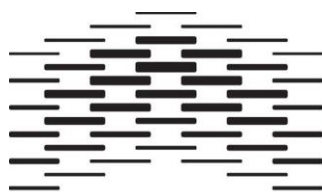
Sykepleiestudenters opplevde læringsutbytte av medisinsk simulering
på en akuttpsykiatrisk avdeling

/

Nursing students experienced learning outcomes of medical
simulation at a acut pscyhiatric ward.

Kandidatnummer 203
[Nils Kristian Davik]

Fakultet for helsefag
Institutt for Sykepleie og helsefremmede arbeid



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

FORORD

Jeg vil først og fremst takke til min veileder Hanne-Sofie Dahl for god veiledning, forutsigbarhet, og støttesamtaler i denne prosessen. Videre, Lars Løvhaug for din imøtekommenhet og ditt engasjement for å få denne oppgaven i havn. Informantene for at dere tok dere tid og delte deres opplevelse. Bonnie «Prince» Billy & "B.J." Blazkowitz for selskap under sluttinnspurten. Og sist, men ikke minst, deg Jonny Ronny. Hadde det ikke vært for deg så hadde jeg ikke gidde.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Medisinsk simulering blir fremmet som en viktig metode for å gi helsepersonell, og studenter ved helsefag, klinisk trening i kritiske situasjoner. Bruken av tvang innen det psykiske helsevernet er under kraftig debatt og det er helsepolitiske føringer på å senke denne. Forskning viser mer og mer tydelig at vold må forstås kontekstuell, som i et samspill mellom pasientfaktorer, personalfaktorer og situasjon. Noe som synliggjør viktigheten av kompetansen hos de jobber med slike problemstillinger.

Formål: Oppgavens hensikt har vært å utforske sykepleiestudenters opplevde læringsutbytte av medisinsk simulering i forhold til å være praksisstudenter på en akuttpsykiatrisk avdeling.

Metode: Undersøkelsen bygger på fem kvalitative intervjuer av praksisstudenter på en akuttpsykiatrisk avdeling. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide og intervjuene ble analysert etter metoden Systematisk Tekstkondensering.

Resultater/Konklusjon: Materialet oppnådde ikke meningsmetning da det enda er temaer og nyanser som burde ha blitt utforsket videre. Det er derfor problematisk å trekke konklusjoner for studenter utenfor den undersøkte gruppen. Studiens foreløpige resultater blir likevel presentert og drøftet. Det er her støtte for at sykepleiestudenter opplever høyt læringsutbytte av medisinsk simulering. Hvor metoden ser ut til å dekke over et gap mellom teori og praksis som studentene opplevde. Studentenes egenopplevde mangel på kunnskap om akuttpsykiatri, negative forventninger til pasientgruppe og ansatte, samt betydningen av det å selv bli videofilmet for å se hvordan en selv påvirker situasjoner med pasientene, drøftes opp mot foreliggende teori.

ABSTRACT

Background: Medical simulation is promoted as an important method for providing health professionals, and students in health care, clinical training in critical situations. The use of coercive care in mental health is undergoing major debate and health policies are developed in order to reduce the amount of coercion. Research shows with increasingly clarity that violence must be understood contextually, as in an interplay between patient factors, staff factors and the situation. Something that illustrates the importance of the competence of those working with such issues.

Purpose: The purpose of the study has been to explore what nursing students experienced to have learned from of medical simulation in relation to being practitioners in an acute psychiatric department.

Methodology: The survey is based on five qualitative interviews of practice students in an acute psychiatric department. A semi-structured interview guide was used, and the interviews were analyzed using the Systematic Text Condensation method.

Results / Conclusion: The material was not saturated as there are themes that should have been explored further. It is therefore problematic to draw conclusions for students outside the surveyed group. The preliminary results of the study are nevertheless presented and discussed. It seems that the nursing students experienced high learning outcome from medical simulation. The method appears to cover a gap between theory and practice that the students experienced. The students' own experience of lack of knowledge about acute psychiatry, negative expectations to both the patient group and the employees, as well as the importance of being videofilmed for becoming aware of one's own contribution to the interplay with patients, is discussed against current theory.

INNHold

<u>SAMMENDRAG</u>	3
<u>ABSTRACT</u>	4
<u>INNLEDNING</u>	
<u>Overordnet tema for oppgaven</u>	8
<u>Vold og tvang</u>	8
<u>Oppl�ring av sykepleiestudenter</u>	9
<u>Medisinsk simulering</u>	10
<u>Problemstilling</u>	10
<u>Avgrensing og begrepsavklaring</u>	10
<u>Litteraturs�k</u>	11
<u>Kildekritikk</u>	11
<u>BAKGRUNN OG TEORETISK FORANKRING</u>	
<u>Akuttpsykiatri</u>	13
<u>Tvang i psykisk helsearbeid</u>	14
<u>Tvang</u>	14
<u>Tvangsmidler</u>	15
<u>Aggresjon og Vold i Psykisk Helsevern</u>	16
<u>Aggresjon og Vold</u>	16
<u>S�rbarhetsmodellen</u>	17
<u>Kompetanse hos helsepersonell</u>	18
<u>Relasjoner i psykisk helsearbeid</u>	19
<u>Sykepleieutdanningen</u>	21
<u>Medisinsk Simulering</u>	23
<u>Hva er medisinsk simulering</u>	23
<u>Læringseffekt</u>	24
<u>Crisis Resource Management</u>	26
<u>Medisinsk Simulering i Psykiatrien</u>	27
<u>Medisinsk Simulering ved AKU</u>	29

VITENSKAPSTEORI

Hva er vitenskap og forskning 31

Ulike syn på vitenskap i psykisk helsearbeid 32

Fenomenologi i psykisk helsearbeid 34

METODE

Vitenskapsteoretisk utgangspunkt og forforståelse 35

Forskningsdesign 35

Utvalg 36

Innsamling av data 37

Valg av intervjuform 37

Semistrukturert intervju 37

Transkripsjon og analyse 38

Transkripsjon 38

Analyse 38

Helhetsinntrykk 39

Å kode meningsbærende enheter 39

Kondensering- fra kode til mening 39

Sammenfatning – Rekontekstualisering 39

Metodekritikk 41

Å forske på egen arbeidsplass 42

Utvalg og metning 42

Å jobbe selvstendig 43

Etiske og juridiske prinsipper 43

Å forske på helsepersonell 44

Diskusjon av prosjektets refleksivitet, relevans og validitet 45

RESULTATER

Forkunnskaper 48

Forventninger 48

Usikkerhet 50

<u>Å skille mellom teori og praksis</u>	<u>51</u>
<u>Sykepleien som et håndverk</u>	<u>52</u>
<u>Trygghet</u>	<u>52</u>
<u>Tvang</u>	<u>53</u>
<u>Opplevelse og kritikk av Medisinsk Simulering ved AKU</u>	<u>54</u>
<u>DISKUSJON</u>	
<u>Forventninger</u>	<u>56</u>
<u>Forkunnskap</u>	<u>56</u>
<u>Fra usikkerhet til trygghet</u>	<u>58</u>
<u>Skille mellom teori og praksis; er sykepleien et håndverk?</u>	<u>59</u>
<u>Tvang</u>	<u>60</u>
<u>Medisinsk Simulering</u>	<u>62</u>
<u>Mentalisering på videofilm?</u>	<u>63</u>
<u>KONKLUSJON</u>	<u>65</u>

REFERANSER

Vedlegg 1 TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV
PERSONOPPLYSNINGER

Vedlegg 2 INTERVJUGUIDE 1

Vedlegg 3 INTERVJUGUIDE 2

Vedlegg 4 INFORMASJONSSKRIV TIL DELTAKERE

Vedlegg 5 SCENARIO 1 Mani – Grensesetting

Vedlegg 6 SCENARIO 2 Suicidal pasient

1.0 INNLEDNING

Det har i en årrekke vært et fokus på tvangsmiddelbruken innen det psykiske helsevernet, hvor blant annet St meld nr. 25 (1996 – 1997) fremhevet at man skulle jobbe aktivt for å minske bruken av tvang ovenfor pasienter med alvorlig sinnslidelse. Dette ble nylig aktualisert gjennom Helse og Omsorgsminister Høie (2016) sitt utspill hvor han fremmet at praksisen måtte gjennomgås med sikte på å redusere tvangsbruken. Noe som resulterte i lovendringer i Psykisk Helsevernlov, som tok sikte på å både begrense mulighetene til å bruke, samt kvalitetssikre, bruken av tvang ovenfor pasienter innen psykisk helsevern. Lillevik og Øien (2014) hevder at forskning på dette feltet i stor grad har fokusert på identifisering av spesifikke faktorer hos pasientene som utøver vold i institusjon, og derfor i liten grad har tatt for seg de spesifikke egenskapene ved de ansatte som står i situasjonene.

Medisinsk simulering er en pedagogisk metode hvor helsepersonell får trene på kliniske scenarioer, der de i stedet for å utføre sitt fag på mennesker, trener på simulatorer som gjensker kliniske situasjoner uten at deltakerne har reell pasientkontakt. Denne metoden har i økende grad blitt brukt ved ulike helsefaglige utdanninger for å tilrettelegge for klinisk trening i kritiske situasjoner (Vessey & Huss, 2002). Et prosjekt gjennomført ved Lovisenberg Diakonale Sykehus hevder at metoden hjelper til å dempe uro og forhindre tvangsmiddelbruk ved deres akuttpsykiatriske avdeling, ved at deltakerne får «tørrtrent» på realistiske situasjoner, slik at de får økt sitt handlingsrepertuar til når de står i reelle situasjoner (Moldal, 2016).

Min kliniske erfaring fra akuttpsykiatriske poster, tilsier at særlig nyutdannede sykepleiere i liten grad føler at grunnutdanningen deres forbereder dem på den uroen og aggresjonen som kan forekomme på en akuttpsykiatrisk sengepost. I tillegg ser man at mange sykepleiestudenter som har sin praksis i akuttpsykiatrien forteller at de, på grunn av negative forventninger, har gruet seg til praksisperioden og at dette forhindrer læring i første del av praksisperioden (Karlsen, 2009). Jeg ønsker derfor å undersøke sykepleierstudenters opplevde læringsutbytte av medisinsk simulering i forhold til å ha praksis på en akuttpsykiatrisk sengepost.

1.2 Overordnede tema for oppgaven.

1.2.1 Vold og Tvang

Selv om forfattere som Berg (2008) og Ilnér (2012) fremmer at akuttpsykiatriens ansvarsområde i stor grad er å ivareta mennesker med et symptombilde som kan beskrives som ekstrematferd, så er vold rettet mot helsepersonell av pasienter anerkjent som et internasjonalt problem med omfattende følgeproblemer både for de ansatte og pasientene (d'Étorre & Pellicani, 2017). En metastudie på forekomsten av vold blant inneliggende pasienter, i vestlige høyinntektsland, tyder på at så mange som 1 av 5 innlagte pasienter innen akuttpsykiatrien utfører minst en handling som kan betegnes som fysisk vold (Iozzino, Ferrari, Large, Nielssen & de Girolamo, 2015). Til tross for mangelfull dokumentasjon av forekomsten i Norge påpeker Arbeidstilsynet (2017) en generell øking av vold i arbeidslivet de siste årene, hvor både psykiatrien som arbeidsområde, og sykepleier som yrkesgruppe, trekkes frem for å være mer og mer utsatt grupper. Dette er problematisk, ikke bare på grunn av de dokumenterte negative pasientopplevelsene ved tvangsmiddelbruk (NOU 2011:9), men også for arbeidstaker som via Arbeidsmiljøloven skal være sikret et arbeidsmiljø som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og hvor arbeidstaker så langt som mulig skal beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre (Arbeidstilsynet, 2017).

1.2.2 Opplæring av sykepleiestudenter

Den norske sykepleieutdanningen er en treårig høyere utdanning som undervises på ulike Høgskoler og Universiteter. Sykepleien regnes som et tverrfaglig profesjonsstudium hvor halvparten av studiet (90studiepoeng) er lagt til læring i praksis. Praksisperiodene legges til ulike områder og ledd av helsetjenestene, og en av disse praksisperiodene legges til psykisk helsevern (Kunnskapsdepartementet, 2008; Molnes & Hunstad, 2014). Som en del av, den mer generelle, kritikken mot akademiseringen av profesjonsstudier, har det de siste årene vært en diskusjon på hvorvidt vektleggingen av teori i studiet har gått på bekostning av utdanningens kvalitet og tilpassing til yrkesfeltets kompetansekrav (Heggen & Kirkevold, 2017). Samtidig har man sett en internasjonal trend der større og større studentkull ved ulike helsefaglige utdanninger som sykepleie og medisin, samtidig fører til et lavere antall praksisplasser og anledninger til direkte pasientkontakt, og større konkurranse med andre yrkesutdanninger om hvem som skal prioriteres i den direkte pasientkontakten (Brown, 2008; Brewer, 2011; Shin, Park & Kim, 2015; Wilford & Doyle, 2006).

1.2.3 Medisinsk simulering

Bjørk (2017) påpeker at læring i simuleringssenheter kan fungere som en strategi for å redusere gapet mellom teori og praksis ved å tilby en læringsarena som fokuserer både på teori og praksis. Dette ved at studentene får utvikle sin forståelse gjennom å handle, erfare konsekvenser av sine handlinger og reflektere over sine erfaringer. Hun påpeker videre at denne læringen i stor grad er knyttet til refleksjonsdelen av den medisinske simuleringen, og at denne sjelden er knyttet til et eksplisitt pedagogisk rammeverk. Noe som gjør at det ofte er tilfeldigheter som spiller inn på hvorvidt det systematisk kobles inn teori, og hvilken grad denne vektlegges, i forhold til den praktiske treningen. Denne undersøkelsen er knyttet opp mot et prosjekt der Crisis Resource Management (Carne, Kennedy & Grey, 2011), ble benyttet som rammeverk for den medisinske simuleringen som ble tilbudt sykepleiestudenter som hadde sin praksis ved Akuttpsykiatrisk seksjon, Ullevål i 2017.

1.3 Problemstilling.

Denne studien forsøker å belyse temaet " *Sykepleierstudenters opplevde læringsutbytte av medisinsk simulering i en akuttpsykiatrisk avdeling*". Hvor jeg har forsøkt å utforske to underliggende forskningsspørsmål (F):

F1 «*Hvilket læringsutbytte opplever sykepleiestudenter av medisinsk simulering?*»

F2 «*I hvilken grad opplever sykepleiestudenter at erfaring fra medisinsk simulering kan bidra til å redusere bruken av tvangsmidler?*»

1.4 Avgrensning og begrepsavklaring.

Sæther (2013) påpeker at diskusjonen rundt tvang i psykisk helsevern ofte er preget av en sammenblanding av begreper, hvor det kan være vanskelig å skille mellom ulike formelle, og uformelle, typer av tvang. Da jeg mener at man som sykepleier i en akuttpsykiatrisk avdeling har liten påvirkning på hvorvidt pasientene kommer inn til frivillige eller tvungne opphold, så har jeg valgt å begrense denne oppgavens fokus til tvangsmidler etter § 4 – 8 *Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold* i Psykisk Helsevernlov.

Læringsutbytte forstås i tråd med NOKUT (Nasjonalt Organ for Kvalitet i Utdanning) som: «Det en person vet, kan og er i stand til å gjøre som et resultat av en læringsprosess. *Læringsutbytte er beskrevet i kategoriene kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse*» (NOKUT, 2017). Som en kvalitativ studie som forsøker å belyse informantenes livsverden, så vil jeg her vektlegge *opplevde læringsutbytte*, da jeg ikke bruker formelle vurderingskriterier men heller søker å utforske informantenes opplevelse.

Begrepet *psykisk helsearbeid* ble lansert under Opptrappingsplanen for å understreke at helsetjenesten ikke lengre utelukkende skulle knyttes til den medisinske spesialiteten psykiatri, men også i større grad åpne for et mangfold av tjenester og tilbud fra ulike profesjoner (Karlsson & Borg, 2013). Da denne oppgaven tar utgangspunkt i sykepleiestudenters opplevelser fra en akuttpsykiatrisk avdeling, så har jeg likevel valgt å benytte betegnelser som *psykiatri, pasient, sykepleier* og *sykepleiestudent* da jeg mener de er best beskrivende for de rollene man har i en akuttpsykiatrisk avdeling.

Jeg vil også jevnlig bruke ulike forkortelser i denne oppgaven. I alfabetisk rekkefølge: Akuttpsykiatrisk avdeling, Ullevål (AKU), Medisinsk simulering (SIM), Psykisk Helsevernlov (PHL), Sykepleiestudent (Student).

1.5 Litteratursøk.

Jeg har benyttet meg av internasjonale søkebasene Cinahl, SweMed+ og Academic Search Premier. Hvor jeg har brukt søkeord som «Medical Simulation», «CRM», «Coercion/restraint», «nursing education», «aggression», «acute psychiatric», «coercion», «ethics» i ulike kombinasjoner. Jeg har hatt som utvalgsriterium at artiklene ikke har vært eldre enn ti år gamle, at de var tilgjengelig i fulltekst, og at de var fagfelleurdert. Utvelgelsesprosessen videre har vært basert på at jeg har lest titler/abstrakter for å finne artikler som var relevante for min oppgave.

Jeg tok videre kontakt med SimOslo og spurte om litteratur de la til grunn for undervisningen sin. Denne litteraturen er merket med * i referanselisten.

I forhold til vitenskapsteoretiske spørsmål og metode har jeg i stor grad støttet meg til pensumlitteraturen.

1.6. Kildekritikk.

Viktigheten av bruker/erfaringskunnskap innen det psykiske helsevernet har blitt tydeliggjort de siste årene, og flere hevder at denne typen kunnskap nå må sidestilles med annen kunnskap

(Karlsson & Borg, 2014). Denne oppgaven tar utgangspunkt i det jeg vil kalle et ansattperspektiv, hvor opplæringen av kommende sykepleiere er sentral. Dette har påvirket både søkestrategier og utvalg av litteratur. Noe som har ført til at erfaringskunnskap ikke er viet stor plass i oppgaven, til tross for at jeg er enig i viktigheten av denne. Jeg har videre valgt å gi en relativt utfyllende beskrivelse av akuttpsykiatri, og formell tvang, da jeg mener dette er viktig som bakgrunnsinformasjon om min forforståelse av temaet. Dette har gått på bekostning av andre temaer som eksempelvis *recovery-tradisjonen*, *makt*, *uformell tvang*, *ettersamtaler etter vold*, og *den Andre* som begrep. I teksten mener jeg dette særlig har påvirket fremstillingen av *mentaliseringsbegrepet*, som kunne ha blitt viet langt større plass på grunn av sin overlapping med andre teorier og begreper.

2.0 BAKGRUNN & TEORETISK FORANKRING

2.1 Akuttpsykiatri.

Utformingen av det psykiske helsevernet blir stadig kritisert for å være utformet etter en medisinsk sykdomsforståelse. Hvor kritikken er særlig rettet mot det medisinske perspektivs fokus på psykisk sykdom som forstått ut ifra biologiske prosesser. Noe det hevdes reduserer pasientene, gjennom et reduksjonistisk og deterministisk menneskesyn, til objekter i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Noe som igjen kan lede til at relasjonen preges av mangel på gjensidighet da helsepersonalet inntar en ekspertrolle ovenfor pasienten.

Perspektivet kritiseres videre for å ikke ta inn over seg pasientens sosiale og økonomiske rammer, ei heller pasientenes egen opplevelse av sykdom (Haugsgjerd et al, 2009; Karlsson & Borg, 2013; Aarre, 2010). Representanter for akuttpsykiatrien (Berg, 2008; Ilnér, 2012) hevder derimot at nettopp det sterke fokuset på hvordan biologiske, psykologiske og sosiale faktorer samspiller, er det som har gitt opphav til den bio-psyko-sosiale sykdomsmodellen som i dag «dominerer norsk psykiatri» (Ilnér, 2012 s 16).

Organisatorisk er de akuttpsykiatriske avdelingene underlagt Spesialisthelsetjenesten og har ansvar for Ø-hjelp tilbudet til pasienter som er i behov for døgnbehandling. Tjenesten tilbys hovedsakelig pasienter i akutte krisetilstander, alvorlige psykotiske eller maniske tilstander, eller ved suicidalitet (Berg, 2008; Karlsson & Borg, 2013). Slike tilstander kan, ifølge Ilnér (2012), være lett gjenkjennelige og relativt enkle å behandle, men «*oftest er de sammensatte og kompliserte*» (s. 14). Berg (2008) fremhever at kriteriene for en innleggelse i en akuttpsykiatrisk avdeling oftest tilsier at pasientene har et svært høyt symptomtrykk, og at mange pasienter derfor blir lagt inn til tvungen observasjon eller tvungen behandling. Videre bemerkes det av Ilnér at pasientene ofte kommer i følge av politiet og at det da kan være «*bråk, beruselse, aggressiv atferd eller trusler som ligger til grunn, eller det kan være mennesker som er funnet forvirret og omflakkende uten mål og mening, eller andre som er funnet i ferd med å gjennomføre åpenbare selvmordsforsøk*» (Ilnér, 2012 s 21).

En annen utfordring for de ansatte, og pasientene, ved akuttpsykiatrien er at en stor mengde av pasientene blir innlagt direkte fra legevaktjenesten, heller enn henvist gjennom sin fastlege eller behandler i spesialisthelsetjenesten. Noe som fører til at det er ukjent personal som ender med å håndtere de mest akutte situasjonene, heller enn helsepersonell som kjenner pasienten fra tidligere (Tørrisen, 2007).

På bakgrunn av disse relativt spesielle forutsetningene, vektlegger både Berg (2008) og Ilnert (2012), at å jobbe i akuttpsykiatrien i stor del handler om å tilby trygge rammer for behandling i skjermede omgivelser, observasjon av symptomer, medikamentell behandling, samtaleterapi, samt håndtering av vanskelig og utagerende atferd. På grunnlag av dette så preges ofte akuttbehandlingen av et fokus på struktur og forutsigbarhet hvor ytre rammer skal skape forutsigbarhet og trygghet både for pasientene og de ansatte (Berg, 2008; Berring, 2009).

2.2 Tvang i psykisk helsearbeid.

2.2.1 Tvang

Til tross for at bruken av tvang ovenfor mennesker med psykiske lidelser er et av de mest aktuelle, og kontroversielle, tema i det psykiske helsevernet, så foreligger det forbausende lite data på omfanget av formell tvang, og resultater av tvangsbehandling (Diseth, 2017). Et anslag fra 2007 anslo at det til enhver tid var ca. 1000 mennesker tvangsinnlagt på døgninstitusjon i Norge, og at tvangsmidler som oftest ble brukt på psykiatriske akuttavdelinger, etterfulgt av sikkerhetsavdelinger og intermedieæravdelinger (Bremnes, Halling & Bjørngaard, 2008).

Allerede i St meld nr. 25 (1996 – 1997) ble det fremhevet at man skulle jobbe aktivt for å minske bruken av tvang ovenfor pasienter med psykiske lidelser, og denne ambisjonen har senere blitt uttrykt gjennom flere nasjonale strategier (Hatling 2013; Sosial og Helsedirektoratet 2006; Helse og omsorgsdepartementet 2012). Likevel anslås det at tvangsbruken ikke er på vei ned, men derimot har holdt seg stabilt, og til en viss grad er økende (Helsedirektoratet, 2016).

Denne problemstillingen har, som nevnt innledningsvis, nylig blitt aktualisert gjennom diverse utspill fra Helse og Omsorgsminister Høie (2016) hvor han fremmet at praksisen måtte gjennomgås med sikte på å redusere tvangsbruken. Han signaliserte da at den varslede lovendringen på feltet (NOU 2011:9) ville bli fremskyndet, noe som blant annet førte til endringen til en såkalt kompetansebasert modell for psykisk helsevern fra 01.09.2017.

Sæther (2013) poengterer at den offentlige debatten om bruk av tvang i det psykiske helsevernet ofte preges av en sammenblanding av begreper der ulike former, og opplevelser, av tvang blandes sammen. Noe som gjør at også de faglige innleggene kan bli fremstilt

unøyaktig og forvirrende. Dette er et viktig poeng siden de ulike formene for tvang har ulik begrunnelse, noe som gjør at å skjelne mellom de ulike formene er av betydning både for å øke andelen frivillige behandlingsforløp og redusere tvangsmiddelbruken (Hatling, 2013; Sæther, 2013). Tiltakene man setter inne for å redusere tvangen må, med andre ord, stå i forhold til den typen tvangsbruk man søker å redusere.

Innen det psykiske helsevernet i Norge kan man grovt skille inn 3 ulike grupper av tvang; Tvunget psykisk helsevern (med eller uten døgnopphold), tvangsbehandling, og tvangsmidler for å forhindre skade (PHL, Hatling, 2013; Sæther, 2013). I tillegg er også bruken av skjerming blitt lovregulert grunnet innslag av tvang, og det argumenteres for hvorvidt skjerming også bør anses som et tvangsmiddel (Hatling, 2013; Norvoll, 2007).

Norsk tvangslovgivning skiller seg fra en del andre land ved at beslutningsprosessen i all hovedsak er klinisk, mens den i andre land er forankret i rettsvesenet eller administrative organer (Hatling, 2013). Dette bidrar til å vanskeliggjøre direkte sammenligning av tvangsbruken i Norge med andre nærliggende land selv i Skandinavia (Sæther, 2013; Hatling, 2013). Likevel har den høye tvangsbruken i Norge, sammenlignet med andre europeiske land, samt manglende resultater fra Opptrappingsplanens målsetning om økt frivillighet, mestring og brukermedvirkning, vært sentrale for utviklingen av de nye nasjonale strategiene (Hatling, 2013).

Et hovedpoeng ved den nasjonale strategien for økt frivillighet i de psykiske helsetjenestene (2012 – 2015) synes å være at utviklingsarbeidet for tvangsreduksjon skal være rettet mot særlig to forhold: å redusere rutinemessig (unødvendig) tvangsbruk, og ressursallokering i tvangsrelaterte situasjoner slik at man kan unngå tvang gjennom andre tilnærminger når dette er mulig (Hatling, 2013).

2.2.2 Tvangsmidler

Ingen annen samfunnsinstitusjon, utenom Politiet og Forsvaret, har rådighet over så sterke midler for atferdskontroll som det psykiske helsevernet (Hatling, 2013). Tvangsmidler er også sterkt knyttet til stigma og negative pasientopplevelser (Bjørngen, Storvold, Norvoll & Hussum, 2014; NOU 2011:9).

Bruk av tvangsmidler reguleres av § 4-8 *Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold i PHL*, som poengterer at tvangsmidler kun skal brukes ovenfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å forhindre hen i å skade seg selv, eller andre, eller for å avverge

betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Videre poengteres det at lempeligere midler skal ha vist seg åpenbart forgjeves eller utilstrekkelig. Tvangsmidler deles inn i fire typer; mekaniske tvangsmidler som hindre pasientens bevegelsesfrihet, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personal tilstede (isolasjon), enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, og kortvarig fastholding (PHL; Syse, 2007).

Tvangsmidler skal ikke brukes som behandling, men kan ses som ekstraordinære tiltak som bare kan benyttes når det er «uomgjengelig nødvendig» for å hindre pasienter i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller lignende (PHL §4-8; Sæther, 2013). Det er altså snakk om tiltak som kan benyttes i farlige situasjoner som har oppstått eller er i ferd med å skje. Bruken av slike tvangsmidler kan skje uavhengig av om pasienten er tvangsinnlagt eller ikke, da det er faregraden i situasjonen som er avgjørende for om bruken av tvangsmidler er berettiget (PHL; Syse, 2007; Sæther, 2013).

I henhold til lovverket kan sykepleier i akutte situasjoner bruke tvangsmidler som bruk av mekaniske tvangsmidler, holding, føring og isolasjon, i påvente på tilsyn av ansvarlig behandler (PHL; Wynn, 2002).

2.3 Aggresjon og Vold i psykisk helsevern.

2.3.1 Aggresjon og vold

Aggresjon blir ofte definert ulikt i forskningslitteraturen og Bjørkly (2001) viser til 250 ulike definisjoner av begrepet. Hummelvoll (2004) fremmer at aggresjon er et overordnet begrep for forskjellige former for selvhevdende atferd som uttrykker en selvoppholdelse når vitale interesser oppleves truet, og at slik atferd kan spenne fra å håne andre til å gå til fysisk angrep (Hummelvoll, 2004). Bjørkly selv definerer aggresjon som: *”et samlebegrep for atferd som individet med hensikt utfører eller gir eksplisitt verbalt eller fysisk uttrykk for å ville utføre, for at et annet individ skal påføres fysisk skade, fysisk smerte eller kroppslig krenkelse”* (Bjørkly, 2001 s. 28).

Bjørkly (2001) vektlegger videre at det finnes ulike forståelsesmodeller knyttet opp mot aggresjonsforskning. Grovt sett deler han slike modeller inn i tre grupper. De som foreklarer aggresjon ut fra interne faktorer hos voldsutøveren, de som vektlegger ytre faktorer og de som vektlegger situasjoner og samspill mellom mennesker (Bjørkly, 2001).

Begrepet vold blir også definert ulikt i forskningslitteraturen, og blant annet vektlegging av hvorvidt vold må forstås i forhold til intensjon, relasjon, og konsekvens er omstridte temaer når begrepet skal forklares (Bjørkly, 1997; 2001). En mye brukt definisjon av Per Isdal definerer begrepet som «..enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre som den vil» (Isdal, 2000 s 36). Selv om også denne definisjonen har møtt kritikk for å være svært vid og vektlegge den subjektive opplevelsen hos offeret, heller enn en mer objektiv tolkning av voldsbegrepet (Lillevik & Øien, 2014). Som man eksempelvis finner hos Hummelvoll (2004) som forklarer vold som destruktiv atferd som omfatter handlinger som innebærer et bevisst forsøk på å skade andre (Hummelvoll, 2004).

Som det fremkommer av lovverket (§ 4-8 PHL) så vektlegges det at bruken av tvangsmidler kun kan begrunnes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre skade. Sett i forhold til, både Hummelvoll (2004) og Isdal (2000) sine definisjoner, ser vi her at verken det relasjonelle aspektet, eller intensjonalitet, vektlegges i like stor grad. Både skade på inventar, bygningsmasse og pasienten selv skal beskyttes fra skade, og heller ikke intensjonen bak handlingene trengs å forstås som aggressive for å rettferdiggjøre bruken av tvangsmidler etter PHL.

2.3.2 Sårbarhetsmodellen

Sårbarhetsmodellen, som presentert av Bjørkly (2001), vektlegger at det foregår et samspill mellom situasjon og individets personlige tilbøyelighet til aggresjon og vold. Noe som tilsier at ikke alle blir aggressive i samme situasjon, men at hver enkelt har en sårbarhet for aggresjon som gjør at de kan oppleve gitte situasjoner/personer som en kilde til angst eller som en trussel. Denne sårbarheten vil kunne gjøre at personen blir aggressiv i forsvar mot den opplevde trusselen. I sin forskning på aggresjon hos mennesker med psykisk lidelse har Bjørkly (2001) kartlagt ulike "sårbarhetssammenhenger" hvor han fant en økt sannsynlighet for aggresjon og vold hos inneliggende pasienter. Disse syv sårbarhetssammenhengene er; fysisk kontakt, grensesetting, kommunikasjonsproblemer, omstillinger (endrete forhold ved avdelingen), personer (mellommenneskelige konflikter, ukjente personal), risikokontakt (Syn av kniv, våpen) og stoff (inntak av narkotiske stoffer, og medikamenter, kan gi økt fare for aggresjon ved rus) (Bjørkly, 2001; Bøe & Thomassen, 2007).

Dette støttes av en litteraturgjennomgang gjennomført av Irwin som vektlegger at aggresjon hos psykisk syke sjelden forekommer i et sosialt vakuum, og at ineffektive interaksjoner

mellom helsepersonell og pasientene er det som oftest utløser aggresjon (Irwin, 2006). En undersøkelse gjort av Duxbury & Whittington (2005) viste videre at sykepleiere gjerne forklarer aggresjon og vold ut i fra pasientens sykdomsbilde, mens pasientene selv vektlegger eksterne faktorer som avdelings rutiner og regler, og hvordan de har blitt grensesatt av personalet. Dette ser man også i noen av pasienthistoriene som presenteres i intervjuer gjort av Thune (2008), der pasienter opplever at konflikter har oppstått i det de har opplevd som uhensiktsmessige begrensninger. Dette kan forstås som sammenfallende med det Bøe & Thomassen (2007) kaller «kontrolltiltakenes onde sirkel». Hvor pasienten kan reagere med økt aggressivitet i takt med de kontrolltiltakene personalet igangsetter for å møte uro og aggresjonen hos pasienten.

2.4 Kompetanse hos helsepersonell.

Til tross for at forskning på forekomsten av vold hos psykiatriske pasienter i stor grad har fokusert på egenskaper ved pasientene, har det i større og større grad blitt synliggjort at egenskaper hos helsepersonellet som møter pasientene også har betydning for forekomsten av vold og tvangsmiddelbruk (Arbeidstilsynet, 2017; Dahm, Odegaard-Jensen, Husum & Leiknes, 2015; Duxbury & Whittington, 2005; Irwing, 2006; Lillevik & Øien, 2014). Dette har bidratt til et bredere perspektiv på vold i psykiatriske institusjoner, som viser at vold skyldes en kombinasjon av pasient, personal og miljøfaktorer (Bjørkly, 2001; Hatling, 2013).

Manglende opplæring kan bidra til at antall volds og trusselepisoder blir høyere enn det kunne ha vært (Arbeidstilsynet, 2017), og viktigheten av kompetent personell har blitt nevnt i offentlige føringer (NOU 2011:9). Men til tross for en nokså unison forståelse av at kompetanse hos fagpersonellet er viktig for å unngå vold, og derav nødvendigheten for tvangsmidler etter §4-8, så har det vært lite fokus på hva denne kompetansen skal innebære eller hvordan den skal bygges opp (Lillevik & Øien, 2014). Som blant annet Kaiser (2000) påpeker så finnes det flere typer kunnskap som defineres ut i fra kvalitativt ulike egenskaper. Han beskriver blant annet den vitenskapelige ekspertkunnskapen, praktiske ferdigheter, folkelig kunnskap og taus kunnskap. Sykepleieteoretikeren Salzmann-Erikson (2013) har, med bakgrunn i kvalitative intervjuer og feltundersøkelser, hevdet at sykepleiens rolle på psykiatriske intensivavdelinger i stor grad handler om å sikre stabilitet og likevekt mellom pasientene og personalet inne på enhetene. Dette skjer ved at personalet benytter seg av høyt spesialiserte intervensjoner (tilstedeværelse, overvåkning, beroligende teknikker, ivaretaging

av sikkerhet, informering og redusering av stress) for å skape et trygt og stabilt behandlingsmiljø til tross for høy grad av symptombelastning hos pasientene. I Berring, Pedersen og Buus (2016) sin studie av såkalt de-eskalerende tiltak i møte med aggresjon og vold, intervjuet de både personal og pasienter. Deres resultater tyder mot at helsepersonells tidligere erfaringer fra lignende situasjoner, og deres egen følelse av trygghet i situasjonen, er viktig for deres evne til å kunne møte aggresjon og vold med andre intervensjoner enn fysisk kontroll og tvangsmidler. Dette synes å bero på helsepersonellens evne til å lage en trygg situasjon, både fysisk og psykisk, for dem selv og pasienten, som brukes som utgangspunkt for nye intervensjoner basert på gjensidig kommunikasjon og integritet.

2.4.1 Relasjoner i psykisk helsearbeid

Relasjoner blir i denne oppgaven forstått som de forbindelser som er mellom to, eller flere, mennesker som gjensidig påvirker hverandre. Hvor ingen mann er en øy, eller atskilte subjekter, men heller lever i samhandling med andre mennesker. Relasjoner i psykisk helsevern forstås, med bakgrunn i dette, som grunnleggende gjensidige, der sykepleier og pasient påvirker hverandre både bevisst og ubevisst (Karlson & Borg, 2014; Geirdal & Varvin, 2017). I tråd med Karlsson & Borg (2014) vektlegges relasjoner som helt sentrale for gode helsetjenester, der man sammen med pasienten skal kunne tilby gode helsetjenester mot felles mål. Det er likevel viktig å poengtere at relasjonen mellom sykepleier og pasient er preget av et asymmetrisk maktforhold, og i denne sammenhengen mener jeg Bang (2003) sitt begrep *profesjonell distanse* er interessant. Hvor varm eller kjølig, personlig eller upersonlig, engasjert eller uengasjert skal sykepleierne tillate seg å være i møte med pasienten? Og i hvilken grad skal man la seg påvirke av det pasienten sier og gjør? Bang (2003) har hevdet at den profesjonelle distansen må forstås som på et kontinuum hvor man, med større eller mindre grad av bevissthet, plasserer seg, fra situasjon til situasjon, og ut i fra hvilken grad av avstand man tror er mest hensiktsmessig for pasienten og seg selv. Hun hevder videre at usikkerhet og forvirring i forhold til begrepet har ført til at mange har satt likhetstegn mellom det «å være profesjonell», og det å være kjølig, fjern og uengasjert i møte med pasienten. Dette mener hun har mindre å gjøre med faglige argumenter for å opprettholde en profesjonell distanse, heller enn den «*allmennmenneskelige ambivalensen i forhold til å ta andres smerte og nederlag innover seg. På den ene siden har vi en trang til å hjelpe, å gjøre noe; på den andre siden en trang til å komme oss vekk*» (Bang, 2003 s. 22).

En annen vinkling på dette finner vi hos Lillevik & Øien (2014). De hevder at vår rolle som profesjonell yrkesutøver er en sammenflettet kombinasjon av personlige og profesjonelle egenskaper. Hvor medfødte egenskaper og erfaringer fra å være menneske i samspill med andre, kommer i tillegg til vår teoretiske og praktiske utdanning. De vektlegger derfor at vår personlige kompetanse er en integrert del av vår profesjonelle rolle, og derved ikke er mulig å legge fra seg i møte med pasientene. Dette gjør at sykepleieren ikke kan tillate seg å være ureflektert over hvem en selv er i møte med pasienten. Da egen væremåte og reaksjonsmønstre både kan være utløsende, eller dempende, for pasientens aggresjon eller avmakt. Vi må derfor våge å spørre oss om hvem er jeg i møte med den Andre? Et spørsmål de vektlegger som grunnlag for faglig og personlig utvikling.

Mentaliseringsbegrepet har sitt utspring i tilknytningsteori, men bygger også på psykodynamisk teori og kognitiv psykologi. Mentalisering defineres her som evnen til «å se seg selv utenfra og andre mennesker innenfra» (Wallroth, 2011 s 12) og kan sies å omhandle ens evne til «forstå og akseptere egne og andres forskjellige psykiske tilstander» (Varvin 2017, s 104). Med bakgrunn i mentaliseringsbegrepet vektlegger Lillevik og Øien (2014) at det er sykepleierens personlige egenskaper som er mest fremtredende i truende situasjoner på jobb, heller enn hens teoretiske kunnskaper. De snakker da om at ens personlig kompetanse, eller konflikthåndteringsstil, som summen av alle våre personlige egenskaper og karaktertrekk. Altså våre verdier og menneskesyn, vår evne til å etablere relasjoner, samt vår evne til å stå i, og håndtere, konflikter. Denne kompetansen kan komme i uttrykk i sykepleierens evne til å se og lytte til andre, hens evne til å gi andre rom, empati, toleranse for andres sinne og aggresjon, toleranse for egen frustrasjon, ærlighet, åpenhet og evne til å vise seg som person. For å forklare våre møter med andre benytter de seg av begrepene *implisitt* og *eksplisitt mentalisering*. Hvor den implisitte mentaliseringen kan forstås som hvordan vi nærmest på autopilot gjør «*automatiske og umiddelbare fortolkninger av ansiktsuttrykk, kroppsspråk, de ordene som sies, stemmens klang, stillhet, blick, berøring og tempo*» hos andre (Lillevik & Øien, 2014 s 85). Den eksplisitte mentaliseringen kommer derimot på banen når vi møter situasjoner som forstyrrer, eller sprenger, grensene for vår automatiske fortolkning. Dette skjer når samhandlingen og kommunikasjonen blir vanskelig å forstå, og vi må stoppe opp og aktivt forsøke å forstå hva som ligger i pasientens uttrykk (Lillevik & Øien, 2014).

Lillevik og Øien (2014) vektlegger at vår forforståelse av det som hender i relasjonelle situasjoner vokser frem gjennom refleksjon over de erfaringer vi har gjort i lignende

situasjoner. Endringer i vår væremåte skjer i samspill mellom erfaringer og våre refleksjoner rundt disse. Kun gjennom selvrefleksjon hevder de at vi kan bevisstgjøre, og erkjenne, oss våre handlinger og hvordan andre reagerer på dem, og derved utfordre våre egne holdninger og væremåte. Dette forutsetter at man betrakter seg selv fra en posisjon utenfor seg selv. De hevder videre at dette legger grunn for *aktive utviklingsprosesser*. At vi vil bli bedre på å justere oss etter våre omgivelser når vi forstår hvordan vi oppfattes av, og påvirker, andre. Denne utviklingen kan forstås som en sirkulær prosess hvor refleksjon rundt en hendelse kan gi ny erkjennelse som igjen gir grunnlag for nye handlingsalternativer i lignende situasjoner.

2.4.2 Sykepleieutdanningen

Formålet med sykepleieutdanningen er ifølge den nasjonale rammeplanen å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjon, i kommune- og spesialisthelsetjenesten, med pasienter i alle aldre og alle faser av sykdom (Kunnskapsdepartementet, 2008; Molnes & Hunstad, 2014). Hvor Shin, Park og Kim (2015) hevder at sykepleieutdanningen sitt ultimate mål, er å tilrettelegge for hvordan fremtidens sykepleiere skal kunne anvende teoretisk kunnskap i klinisk praksis. Noe de hevder må gjøres gjennom vektlegging av kompetanse som kritisk tenkning, evne til læring og faglig trygghet, siden man ikke ser det som mulig å forberede sykepleiestudenten på enhver situasjon som kan oppstå i klinikken. Molnes & Hunstad (2014) vektlegger at mye av den kompetansehevingen som skjer hos studentene, skjer under praksisperiodene der de får praktisk erfaring med både relasjonsarbeid og ferdighetstrening.

Den norske sykepleieutdanningen er en treårig høyere utdanning som undervises på ulike Høgskoler og Universiteter. Pensumet er basert på en nasjonal rammeplan (Kunnskapsdepartementet, 2008) og ti av undervisningsukene skal være satt av til praktisk ferdighetstrening og refleksjon, i tillegg til praksisperiodene (Kelly, Berragan, Husebø, & Orr, 2016). Studentene må tilegne seg teoretisk kunnskap, kunnskap om teorier og modeller, samt kunnskap om lover og regler som danner grunnlaget for å forstå hvordan, og hvorfor, de skal utføre sykepleie i ulike situasjoner. Videre må de tilegne seg praktisk kunnskap som innebærer å ha de nødvendige ferdighetene som det kreves for å utføre sykepleien. Denne kunnskapen er konkret og utvikles gjennom erfaring og øvelse. Det legges også vekt på at studentene har etisk kunnskap som innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det kommer frem gjennom deres holdninger og handlinger (Molnes & Hunstad, 2014). Den

såkalte akademiseringen av profesjonsutdannelse de siste tiårene ikke gått ubemerket hen (Heggen, 2010; Heggen & Kirkevold, 2017). Hvor kritiske stemmer til denne prosessen har hevdet at den praktisk rettede undervisningen nå er svekket til fordel for mer tradisjonelle akademiske aktiviteter. Dette skal ha skapt et større gap mellom utdanningen og praksisfeltet. Noe som igjen fører til at studentene opplever et sterkere skille mellom den teoretiske kunnskapen de får gjennom utdanningen, og den praktiske kunnskapen de opplever som nødvendig for å fungere i yrkeslivet (Heggen, 2010; HiOA, 2016).

I rammeplanen for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) vektlegges begrepene *handlingskompetanse* og *handlingsberedskap*. Hvor man grovt sagt kan si at skillet går mellom de sykepleieoppgavene/områdene man kan forvente at den nyutdannete sykepleieren selv skal kunne utøve selvstendig (handlingskompetansen), og de områdene der hen skal ha kunnskaper, men mangler den nødvendige erfaring/opplæringen til å kunne utføre oppgavene selvstendig (handlingsberedskap). På bakgrunn av dette så man si at det er rimelig å forvente at en nyutdannet sykepleier skal ha den nødvendige handlingskompetansen og/eller handlingsberedskapen til å kunne jobbe på en akuttpsykiatrisk avdeling etter endt utdanning. Dette til tross for at, blant annet Sæther (2013), har påpekt at å jobbe med tvang på mange måter sprenger grensene for den helsefaglige kompetansen helsepersonell tilegner seg i grunnutdanningen og gjennom ordinært faglig arbeid. Fordi man med utgangspunkt i prinsippet om velgjørenhet forventes å utøve makt mot enkeltpersoner som ofte ikke har gjort noe direkte lovstridig, samtidig som vi skal arbeide for pasientens selvbestemmelsesrett og rett til helsehjelp. Som han så pent formulere det: «*Målet for handlingen er av moralsk art, å fremme liv og helse, men handlingen – bruk av tvang – oppleves ofte av pasienten som det motsatte*» (Sæther, 2013 s 289)

En studie av Karlsen (2009) tyder mot at mange studenters første møte med psykiatriske pasienter er preget av redsel på grunn av fordomsfulle holdninger til pasientgruppen. Noe de selv opplever at preger særlig første del av praksisperioden, ved at deres negative forventninger hindrer deres mulighet til å kommunisere med pasientene på en hensiktsmessig måte. Samtidig har man sett en internasjonal trend der større og større studentkull ved ulike helsefaglige utdanninger som sykepleie og medisin, samtidig fører til et lavere antall praksisplasser og anledninger til direkte pasientkontakt, og større konkurranse med andre yrkesutdanninger om hvem som skal prioriteres i den direkte pasientkontakten (Brown, 2008; Brewer, 2011; Shin, Park & Kim, 2015; Wilford & Doyle, 2006). I og med at kvaliteten på de ulike praksisplassene sannsynligvis også kan variere stort, har medisinsk simulering blitt

foreslått som et alternativ til mer tradisjonell praksis, da man lettere kan kvalitetssikre oppfølgingen studentene får (Brewer, 2011; O'Connor, 2014), siden innholdet i simulering lett kan tilpasses ulike læringsmål eller studentenes individuelle behov (Brewer, 2011).

2.5 Medisinsk simulering.

2.5.1 Hva er medisinsk simulering?

Medisinsk simulering er en pedagogisk metode hvor helsepersonell får trene på kliniske casus og scenarioer, der de i stedet for å utføre sitt fag på mennesker trener på simulatorer. Denne metoden har i økende grad blitt brukt ved ulike helsefaglige utdanninger for å tilrettelegge for klinisk trening i kritiske situasjoner (Vessey & Huss, 2002), og et prosjekt gjennomført ved Lovisenberg Diakonale Sykehus hevder at metoden hjelper til å dempe uro, og derved forhindre tvangsmiddelbruk, på avdelingen ved at deltakerne får «tørrtrene» på realistiske situasjoner (Moldal, 2016).

Simulering kan defineres som *«any device or system that reproduces the conditions of a situation for the purposes of research or training»* (Wilford & Doyle, 2006 s 604). Hvor man i utdanning av helsepersonell vektlegger *«activities that mimic the reality of a clinical environment and are designed to demonstrate procedure, decision making and critical thinking through techniques such as role playing and the use of devices such as interactive videos or manikins»*. (O'Connor, 2014 s 11). Eller som *«the artificial representation of a phenomenon or activity that allows participants to experience a realistic situation without real-world risks»* (Brown, 2008 s 638). Det er altså snakk om å forsøke å etterligne de sentrale egenskapene ved en klinisk situasjon, slik at studentene kan handle ut i fra en rolle de enda ikke er kvalifisert til å innta. Slike simuleringer kan spenne seg fra enkle settinger som en enkelt pasient i en seng, til større komplekse settinger som en sykehusavdeling med flere pasienter, eller simulerte katastrofer der flere yrkesgrupper må samarbeide i en kompleks og uforutsigbar situasjon (Brewer, 2011; Kameg, Mitchell, Clochesy, Howard & Suresky, 2009).

Molnes & Hunstad (2014) fremmer at medisinsk simulering har vist seg å være et nyttig verktøy i forbindelse med kompetanseheving, ferdighetstrening og til beslutningstaking, kommunikasjon, teamarbeid og ledelse, og at slik trening av den grunn har fått en større rolle i opplæringen av helsepersonell i sykepleieutdanningen, i spesialisthelsetjenesten og utrykningstjenestene. I en beskrivelse av metodens fortreffelighet vektlegger de at den har

flere fordeler sammenliknet med mer tradisjonelle undervisningsmetoder. Deriblant at den i større grad virker motiverende for læring, og at den er mer effektiv enn tradisjonell klasseromsundervisning. Simulering er fleksibel og anvendelig der den øker overføringsgraden av læring, og den kan tilpasses forskjellige utdanninger og læringsssyn.

Som læringsform har ulike typer simulering fått sterkere og sterkere fotfeste innen flere ulike utdanninger de siste femti årene. En trend som i stor grad har ble drevet frem av flyindustrien, der man så at de fleste ulykker skyldtes menneskelige feil og dårlig kommunikasjon i arbeidsteam heller enn maskinelle. Dette synliggjorde behovet for at piloter skulle kunne trene på kritiske situasjoner etter gitte prinsipper i ulike simuleringprogram (Carne, Kennedy & Gray 2011). Også internasjonalt i sykepleieutdanningen har simulering en lang tradisjon, og det vises til at man har brukt simuleringstrening i praktiske ferdigheter som intubering og akuttmedisinske vurderinger fra 1960 årene. Hvor metodens mulighet til å undervise studentene i flere læringsmål som evne til klinisk vurdering, igangsetting av tiltak, kommunikasjonsferdigheter med pasient og personalteam, i realistiske kliniske omgivelser, uten å være til skade for reelle pasienter, vektlegges (Brewer, 2011; Wilford & Doyle, 2006). I tillegg vektlegges den iboende muligheten til å kunne repetere scenarioer og derved styrke læring og kompetanse (Brewer, 2011; Cant & Cooper, 2009). Det skilles gjerne mellom ulike grader av *Fidelity*, eller virkelighetsgjengivelse, i litteraturen hvor begrepet brukes som en henvisning til realismen i simuleringen. Det kan være snakk om såkalt «low-fidelity simulation» (som eksempelvis å sette en injeksjon i en svamp), «medium fidelity» (som eksempelvis å bruke enkle dukker til HLR trening) til «high fidelity» simuleringer hvor avanserte maskiner kan simulere kompliserte biologiske sykdomsprosesser med påhørende psykologiske og emosjonelle reaksjoner (O'Connor, 2014; Kameg et al, 2009). Kjernekomponenter i en medisinsk simulering er gjerne at den skal bestå av en briefing, en simulering og en refleksjonsdel. Likt for mange av metodene er en antagelse om at læring styrkes via simuleringens fokus på fire fasetter av læring i sykepleieutdanning: utvikling av tekniske ferdigheter gjennom trening og repetering av motoriske ferdigheter, veiledning gitt av eksperter på området, læring gitt innen en relevant faglig kontekst, samt aktivering av den emosjonelle delen av læringsprosessen. I tillegg har flere studier vist en høy grad av studenttilfredshet ved læringsmetoden (Cant & Cooper, 2009).

2.5.2 Læringseffekt

Til tross for en stor interesse for bruk av simulering i ulike utdanninger, så har det pedagogiske bakteppet i stor grad vært tilsidesatt i studier over metodens effekt. Kritikker av

metoden har gått langt i å hevde at ulike utdanningsinstitusjoner har blitt «*seduced by technology*» og at «*simulation activities have been implemented haphazardly without sound theoretical foundations*» (Brown 2008, s 638). Videre har sykepleieforskningene på læringseffekten vært preget av å være av deskriptiv karakter med svak intern og ekstern validitet (Brown 2008). En metastudie av effekten av medisinsk simulering i sykepleieutdanning gjort av Shin, Park & Kim (2015) viste likevel flere positive konsekvenser av metoden målt opp mot kontrollgrupper som ikke fikk et lignende tilbud. Der de rapporterer om høyt læringsutbytte så fremt studentene ble målt gjennom standardiserte mål (Objective structured clinical examinations (OSCE)), psykomotoriske ferdigheter, og deltakerne øvde på kliniske ferdigheter i medium til høy fidelity simuleringer. En litteraturgjennomgang gjort av Bjørk (2017) viser til at høy grad av Fidelity og tilbakemeldinger fra instruktørene ofte blir fremhevet som viktige egenskaper ved simuleringen. Fidelity er, som tidligere nevnt, ett begrep som blir brukt for å beskrive realismen i simuleringen. Hvor Bjørk (2017) fremhever to ulike aspekter av fidelitybegrepet i forhold til læringsutbytte. Først hvordan ulike karakteristika i simuleringen samsvarer med den virkeligheten det lærte skal utføres (*engineering/environment*) og *Psychological Fidelity*. Hvor sistnevnte er et uttrykk for i hvor stor grad de som simulerer, oppfatter situasjonen som troverdig, og derved kan handle, tenke og føle, som om situasjonen var virkelig.

Det finnes ulike retninger og mer eller mindre strukturerte program for medisinsk simulering med ulike pedagogisk forankring (Kelly, Berragan, Husebø & Orr, 2016; Sollid et al, 2016), men et gjennomgående trekk er at studentene skal gjennomføre en klinisk relevant simulering, hvor de etterpå skal reflektere over situasjonen sammen med en veileder. En slik faglig forankret refleksjon etter praktisk trening på ferdigheter, tenkes da å kunne legge til rette for styrkning av studentenes faglige kunnskap, handlingskompetanse og selvtillit i senere reelle pasientmøter (Wilford & Doyle, 2006). Et særlig poeng her er tanken om at den kliniske realismen i situasjonen er sentral både for læringsutbyttet, og studentenes evne til å overføre læringsutbyttet til senere situasjoner. Et poeng man har funnet støtte for i flere studier og litteraturgjennomganger (Cant & Cooper, 2009; Wilford & Doyle, 2006). Et poeng som synes å støtte opp om Penzo & Texmon (2016) som hevder at det pedagogiske grunnlaget for simulering er å lære gjennom å gjøre, som kommer fra Deweys «learning by doing». Noe som forutsetter en læringsprosess preget av refleksjon rundt teoretisk og praktisk kunnskapsbearbeidelse. Det skiller her mellom to typer refleksjon: «reflection in action» og «reflection on action». Under refleksjonen skapes nye forslag til løsninger og eller forståelse

av de utfordringer en står ovenfor, slik at når man neste gang står ovenfor en tilsvarende situasjon utløses «reflection in action». Man vil da være i bedre stand til å hente frem nye handlingsforslag (Penzo & Texmon, 2016).

En litteraturgjennomgang gjort av Cant & Cooper (2009) viste at simuleringstrening av sykepleiestudenter ga et betydelig høyere læringsutbytte enn tradisjonell forelesningsundervisning målt på parametere som kunnskap, evne til kritisk tenking, opplevet læringsutbytte og opplevd faglig trygghet. Men over halvparten av studiene de viser til viste likevel ikke at simulering ga bedre læring ved sammenligning med andre interaktive læringsmetoder. Men som de selv påpeker så er kun et av studiene de fant et RCT studie og flere av studiene har varierende bruk av objektive mål på læringsutbyttet, så videre forskning er nødvendig for sammenligning av læringsutbytte av ulike interaktive metoder.

Litteraturgjennomgangen antydde likevel at det er deltakelse i simulering, og ikke rollen man får utdelt i scenarioet (eksempel å lede en situasjon), som er viktig for læring. Noe som synes å støtte en antakelse om at det er selve refleksjonen, der studentene selv får være med på å vurdere sine ferdigheter og monitorer sin fremgang, som er simuleringens virkelige fordel ovenfor mer tradisjonell undervisning. På den andre siden så tyder noen studier mot at studenter kan oppleve ubehag og stress knyttet til eksponeringen i simuleringen, noe som igjen kan hemme læringsutbyttet (Cant & Cooper, 2009).

I forhold til bruk av simulering som et tiltak rettet mot pasientsikkerhet, vektlegger Sollid et al (2016) at objektive mål på individuell læring ikke er nok. De poengterer at ved større nasjonale målsettinger, som eksempelvis et nasjonalt rettet ønske om å senke tvangsbruk, så må tiltakene evalueres på individ, team og organisasjonsnivå.

2.5.3 Crisis Resource Management (CRM)

CRM ble utviklet av flyindustrien og ble videreutviklet og tilpasset akuttmedisin av Gaba. Hvor metoden har som hovedmål, å intet mindre, enn å «*coordinate, utilize and apply all available resources to optimise patient safety and outcomes*» (Rall & Dieckman, 2005 s 107). Metoden er utviklet mot akuttmedisin, og ressurser forstås som alt tilgjengelige utstyr, personal, samt deres ferdigheter, evner og holdninger. Hvor man søker å finne, og minimere, menneskelige feil og de negative konsekvensene av disse. I forhold til andre tilnærminger til medisinsk simulering så ser man ved CRM en vektlegging av såkalte ikke-tekniske ferdigheter som ledelse, ressursfordeling og lukket kommunikasjon (Rall & Dieckman, 2007;

Sollid et al, 2016). Gaba, Howard og Fish (Her hentet fra Rall & Dieckman, 2007)

oppsummerte 15 hovedpoeng ved metoden i følgende tabell:

1. Know the environment
2. Anticipate and plan
3. Call for help early
4. Exercise leadership and followership
5. Distribute the workload
6. Mobilize all available resources
7. Communicate effectively
8. Use all available information
9. Prevent and manage fixation errors
10. Cross (double) check
11. Use cognitive aids
12. Re-evaluate repeatedly
13. Use good teamwork
14. Allocate attention wisely
15. Set priorities dynamically

En senere litteraturgjennomgang (Carne, Kennedy & Grey, 2011) av hvordan CRM prinsippene brukes i akuttmedisin, fremmer at de sentrale poengene kan halveres og foreslår følgende punkter som sentrale:

1. Know your environment
2. Anticipate, share and review the plan
3. Ensure leadership and role clarity
4. Communicate effectively
5. Call for help early
6. Allocate attention wisely- avoid fixation
7. Distribute the workload – monitor and support team members.

2.5.4 Medisinsk simulering i psykiatrien

Brown (2008) hevder at psykiatrisk sykepleie, mye på grunn av studenters manglende kjennskap til feltet, samt det betydelige stigmaet som knyttes til psykisk sykdom, er et læringsfelt der simulering er særlig hensiktsmessig. Da metoden kan bidra til å senke studentenes egen usikkerhet knyttet til psykiatriske pasienter før de går inn i reelle pasientmøter. Dette støttes av en senere litteraturgjennomgang som viser til flere studier som rapporterer om at sykepleiestudenters negative forventninger, frykt og engstelse kan hemme deres læring i møte med psykiatriske pasienter (Kameg et al, 2009). Til tross for en økende interesse for medisinsk simulering de siste årene, så har jeg i liten grad funnet relevant forskning på bruk av simulering innen det psykiske helsevernet i Norge, utenom en annen masteroppgave om temaet (Penzo & Texmon, 2016), og et prosjekt gjennomført ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (Moldal, 2016). Hvor de ønsket å vise hvordan «*medisinsk simulering kan brukes til å bedre kommunikasjon og samhandling mellom ansatte ved en psykiatrisk døgninstitusjon i uro/utageringssituasjoner*» (Moldal, 2016 s 46). Med utgangspunkt i nøkkelprinsippene fra CRM, og foreløpige tilbakemeldinger fra deltakerne, så hevder Moldal at metoden er nyttig for å dempe uro og tvangsbruk på en akuttpsykiatrisk døgnavdeling ved at deltakerne får «tørrtrent» på realistiske situasjoner, slik at de ansatte får økt sitt handlingsrepertuar til når de står i reelle situasjoner (Moldal, 2016).

En pådriver bak medisinsk simulering er SIMsenteret ved Oslo Universitetssykehus, som vektlegger CRM prinsippene i sin undervisning av metoden. De tilbyr et tredagers kurs som utdanner instruktører som igjen kan implementere metoden på sine respektive avdelinger. Lokale tilbyr også lokaliteter og utstyr til å gjennomføre simuleringer. SIMsenteret utdannet i 2013 de første instruktørene spesielt beregnet på ansatte i psykisk helsevern (Moldal, 2016). Hvor metoden i stor grad vektlegger deltakernes egne refleksjoner i læringsprosessen heller enn objektive mål på læringsutbytte, og det er tiltenkt at man lett skal kunne lage undervisningsopplegg som er tilpasset den faktiske kliniske hverdagen på ulike avdelinger.

Scenariotreningen deles inn i tre ulike faser og ledes av en «facilitator», og en eller flere «markører» som inntar pasientrollen i scenarioet. I prebriefen presenteres læringsmetoden og de aktuelle læringsmålene for det aktuelle scenarioet. Det gis en kort beskrivelse av caset hvor pasienten og situasjonen beskrives. Dette utbroderes avhengig av caset og det vil eksempelvis være stor forskjell på hvor mye informasjon deltakerne har ved en case som omhandler mottak av en ukjent pasient kontra en case som omhandler en kjent pasient på sengepost. Hvis nødvendig gis det også en kort omvisning i simuleringsenheten og det klargjøres hvordan man

eksempelvis vil signalisere at man utløser en alarm, eller henter medisiner. I selve scenarioet møter deltakerne en, eller flere, markører som spiller pasienter. Dette gjøres etter «standardized patients» metoden hvor markørene på forhånd har blitt instruert i å øke eller senke et gitt symptomtrykk avhengig av hvilke intervensjoner deltakerne igangsetter ovenfor markøren. Scenarioet filmes hvis alle deltakerne samtykker i dette (Moldal, 2016)

Debriefen, etter at scenarioet er avsluttet, består av tre faser. Først søker fasilitatoren ved hjelp av deltakernes beskrivelser, og eventuelt videofilm, å klargjøre en hendelsesbeskrivelse av scenarioet fra start til slutt uten at deltakerne skal komme med egne verdivurderinger av hva som ble gjort. Etter dette søker man å oppnå en refleksjonsprosess der deltakerne skal ha en faglig diskusjon rundt tiltakene som ble igangsatt og hvorvidt dette var hensiktsmessig i forhold til læringsmålene i det aktuelle caset. Fasilitator kan under denne prosessen også bruke video for å fremheve situasjoner, eller eksempler på temaene som dukker opp. Avslutningsvis ønsker man å tematisere hvorvidt, og hvordan, læring fra caset har overføringsverdi til deltakernes kliniske hverdag (Moldal, 2016)

2.5.5 Medisinsk Simulering ved AKU

Avdeling for Akuttpsykiatri ved OUS Ullevål (Heretter kalt AKU) startet våren 2017 opp et prosjekt hvor formålet var «å øke kvaliteten på praksisplasser i helse- og sosialfag på bachelornivå». Det ble søkt om incentivmidler fra Helse Sør-Øst (HSØ) på sum 220 945 kr og det ble innvilget 140 000 kr. Midlene ble i all hovedsak brukt på å tilrettelegge for at 12 ansatte, som har ansvar for studentveiledning, eller selv er studentveiledere ved AKU, fikk tilrettelagt arbeidstid for å gjennomføre Train-the-Trainer kurset i regi av SIMOslo. De resterende midlene (pluss midler direkte fra AKU) ble brukt til å sette opp en egen simuleringsenhet med nødvendige tekniske løsninger som videokameraer og storskjerm ved AKU. Denne simuleringsenheten består av to rom hvor et brukes til prebrief/debrief fasene, og det andre tilknyttete rommet brukes til selve simuleringene.

I løpet av en periode på fire uker skulle alle studentene (N=10 fordelt i to grupper) ukentlig delta på til sammen tre medisinske simuleringer hvor de skulle trene på case etter metoden som undervist av SIMOslo. Det ble brukt to ulike case (Vedlegg 5 & 6) som var tilpasset det faglige nivået man kunne forvente at studentene var på. Scenariene handlet om å møte en manisk pasient og en pasient som var tilbaketrukket, nedstemt og mistenksom. Det første scenariet ble spilt ut to ganger, for å se om studentene hadde økt sin handlingskompetanse til gang nummer to.

Ved å intervju disse studentene ønsket jeg å utforske " *Sykepleierstudenters opplevde læringsutbytte av medisinsk simulering i en akuttpsykiatrisk avdeling*".

3.0 VITENSKAPSTEORI

3.1 Hva er vitenskap og forskning?

Kvernbekk (2002) vektlegger at vitenskap er en representerende aktivitet som har som hovedoppgave er å lage representasjoner, eller teorier, av de fenomenene det forskes på. I Merton sin klassiske definisjon av den vitenskapelige virksomheten fremla han fire normer (en femte, originalitet, ble lagt til senere) som han mente var grunnleggende for vitenskapelig aktivitet. I følge han var den vitenskapelige aktiviteten kjennetegnet av; kommunisme, universalisme, nøytralitet samt organisert skeptisisme. Noe som senere har blitt kritisert, blant annet av Thomas Kuhn, for å gi et idealisert bilde av hvordan kunnskapsproduksjonen skjer uten å ta hensyn til hvordan ulike maktstrategier og politiske føringer også former denne (Kaiser, 2000; Kvernbekk, 2002). Forskning derimot, beskrives som en praksis der den vitenskapelige ekspertkunnskapen utvikles og systematiseres (Malterud, 2011).

Diskusjonen om nøyaktig hva vitenskapen er går tilbake til antikkens store tenkere og historien er preget av ulike filosofiske og vitenskapsteoretiske forsøk på å definere hva som skiller vitenskapelige aktiviteter fra ikke-vitenskapelige aktiviteter (Kvernbekk, 2002). Et poeng det derimot synes å være en enighet om at kunnskapsproduksjonen, på en eller annen måte, må være etterprøvable for at den skal kunne kalles vitenskapelig (Malterud, 2011). Et sentralt poeng blir da metodene man bruker for å komme frem til den vitenskapelige ekspertkunnskapen. Det er vanlig å inndele disse ulike metodene innenfor samlekategoriene induktive og deduktive tilnæringer til vitenskapen (Kaiser, 2000; Kvernbekk, 2002) og kvantitative og kvalitative forskningsmetoder (Johannessen, Tufte og Kristoffersen, 2005; Malterud, 2011)

Det er særlig tre spørsmål som jeg mener er sentrale når man diskuterer hva er vitenskap. De to første omhandler vitenskapens ontologi og epistemologi, og tilslutt spørsmålet om vitenskapens legitimeringsgrunnlag. Begrepet ontologi kommer fra gresk og omhandler læren om det værende, altså studiet av hva det er som eksisterer og hvordan det eksisterer (Kvernbekk, 2002). I min forståelse av begrepet kan vi si at ontologien omhandler hva som faktisk er virkelig. Epistemologien omhandler derimot hvordan vi får kunnskap om det som eksisterer og i hvilken grad vi faktisk kan tilnærme oss disse sannhetene. Dette er et spørsmål av mer metodologisk karakter. Det siste sentrale poenget i spørsmålet om vitenskap er, etter min mening, spørsmålet om vitenskapens legitimeringsgrunnlag. Ifølge Kaiser

(2000): ”snakker vi om legitimeringen av en virksomhet når vi spør etter de vesentlige grunnene for overhodet å drive med denne virksomheten” (s 35). I den klassiske antikken ble det for eksempel hevdet av Aristoteles at alle mennesker følger sin natur i sin streben etter kunnskap, og at dette er det vesentlige kjennetegnet som skiller oss fra de andre dyrene. Således kunne kunnskapssøken bli forstått som en del av den menneskelige dannelsen. Under 1600-tallet forfektet derimot Bacon at den vesentlige kvaliteten med kunnskap var at den skulle være nyttig. Den skulle altså være et verktøy som ledet til teknologiske fremskritt som økte velferden for et samfunns borgere (Kaiser, 2000). Med et mer dystert bilde på dette så kan legitimeringsgrunnlaget forstås, i tråd med blant andre Kuhn og Foucault, som at den er en politisk aktivitet der opprettholdelsen av maktstrukturer står sentralt (Burr, 2003; Keiser, 2000).

3.2 Ulike syn på vitenskap i psykisk helsearbeid.

Bertelsen og Ulland (2010) har poengtert at kunnskapen om psykiske helsearbeid har utviklet seg i et spenningsfelt mellom den biomedisinske forskningstradisjonen og en mer kontekstuell humanistisk tradisjon. Dette har gjort seg visende i blant annet uenigheter i hvorvidt et naturvitenskapelig vitenskapsbilde kan ligge til grunn for forskningen på feltet, og derfor også hvilke metoder som er best egnet for å opparbeide seg vitenskapelig kunnskap på feltet.

I den medisinske forskningen har det naturvitenskapsidealet stått sentralt. Man har søkt å undersøke fenomener i den hensikt å avklare universelle, lovmessige sammenhenger og kausalitetsforhold. Dette vitenskapsidealet er nært knyttet opp mot den filosofiske retningen Positivismen, hvor man har vært opptatt av at all viten må stamme fra empiri, sansedata, som kan observeres gjennom metodiske tilnærminger. Disse tilnærmingene innebærer at forskeren observerer fenomenet som tilskuer og ikke som deltaker i fenomenet. Forskeren skal være en nøytral part som ikke påvirker fenomenet gjennom sin deltakelse. Derfor har man i naturvitenskapene primært forholdt seg til fenomener uten språk eller evne til meningsdannelse gjennom kvantitative metoder, som eksempelvis fysikk, biologi og matematikk. Det positivistiske forskningsidealet vektlegger likevel at alle fenomener både kan, og bør forstås, gjennom den naturvitenskapelige metoden (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2005; Malterud, 2011).

Dette vitenskapssynet er tett knyttet opp til det modernistiske prosjektet som preges av et verdensbilde der man blant annet tenker at kunnskap er kumulativ, og man innehar en fremtidsoptimisme i henhold til at vitenskapelig utvikling også vil føre til bedre livssituasjoner for samfunnets borgere (Kaiser, 2000). Som vi ser så ligger det i denne antagelsen en grunnleggende tro om en metafysisk realisme, altså en antakelse om at det finnes en verden som er uavhengig av vår erkjennelse av den. Dette gjelder, ifølge Kvernbekk (2002), særlig to forhold, størrelser og teorier. Realismen vil hevde at størrelser, tilstander og prosesser som beskrives faktisk eksisterer som reelle størrelser. Vitenskapelige teorier sier derved noe om hvordan virkeligheten faktisk er, jf. korrespondansekriteriet for vitenskapen. Sagt litt mer vrient kan man sitere Nortvedt og Grimen som sier at «*en realist vil si at fra en redegjørelse for Xs eksistens, egenskaper eller atferd følger det ikke at noen erkjenner eller har erkjent X*» (Nortvedt & Grimen, 2004 s 142). X eksisterer altså helt uavhengig om noen oppfatter den eller ikke. Jorden går sin gang rundt solen selv om menneskeheten har dødd ut. Det finnes selvsagt grader av standpunkter innen dette relativismespørsmålet, og mange såkalte realister vil godta at såkalte sosiale konstruksjoner finnes til tross for at de mener at det ligger en ontologisk sann virkelighet der ute, uavhengig av menneskelig persepsjon (Nortvedt & Grimen, 2004).

På det andre ytterpunktet av realismedebatten finner vi antirealismen, eller troen på at teoretiske størrelser ikke eksisterer som avspeilinger av en ytre virkelighet. De teoretiske termene, og teoriene de inngår i, må da heller forstås som menneskeskapte redskaper som brukes til å organisere våre observasjoner, heller enn som konkrete representasjoner av en «hard» virkelighet (Kvernbekk, 2002). Et uttrykk for en slik antirealisme finner vi i sosial konstruktivismen. Sosial konstruktivisme fikk sitt gjennomslag i Berges og Luckmanns bok «*the social construction of reality*» (1966) hvor hovedpoenget er at det er kunnskapen om den sosiale virkeligheten som kontinuerlig produserer denne virkeligheten. Den sosiale virkeligheten avhenger altså av kunnskapen vi produserer om den (Nortvedt & Grimen, 2004). Sosial konstruksjonisme har med årene blitt en svært bred samlebetegnelse på et mangfold av verdensanskuelser og antagelser, men Burr (2003) vektlegger likevel at visse antagelser alltid vil være (mer eller mindre) tilstede i sosial konstruksjonisters vitenskapssyn; «*Social constructionism denies that our knowledge is a direct perception of reality. In fact it might be said that as a culture or society we construct our own versions of reality between us. Since we have to accept the historical and cultural relativism of all forms of knowledge, it follows that the notion of «truth» becomes problematic*» (Burr, 2003 s 6). I min forståelse av

dette kan man altså si at den sosiale konstruktivismen hevder at ontologien skapes av epistemologien. Men, på samme måte som de realistiske standpunktene, så finnes det mange ulike posisjoner innenfor denne tradisjonen (Burr, 2003; Kvernbekk, 2002). Som Kvernbekk (2002) poengterer så omhandler dette tunge filosofiske temaer som henger sammen med vitenskapens bilde av å være en rasjonell aktivitet.

3.3 Fenomenologi i psykisk helsearbeid.

Innen det psykiske helsearbeidet så har den fenomenologiske tradisjonen stått sterkt som et alternativ til den naturvitenskapelige forskningstradisjonen. Fenomenologien kan forstås som studiet av hvordan mennesket oppfatter virkeligheten gjennom våre subjektive perspektiver og ble grunnlagt av Husserl, og senere videre utviklet av blant annet hans elever Heidegger, Satre og Merleau-Ponty (Kaiser, 2000; Kvale & Brinkman 2009). Husserl spør om hvordan vi som individer bidrar i erkjennelsesprosessen av den objektive verden gjennom våre egne sanseinntrykk. Han vektlegger at vi som mennesker strukturerer våre persepsjoner på bakgrunn av våre tidligere erfaringer, noema, som er våre forventinger til den verden vi har rundt oss. Dette påvirker det han kaller erkjennelsens «intensjonalitet», altså det at en gitt erkjennelse av et objekt blir en funksjon av et gitt noema, noe som åpner for at et objekt kan oppfattes på flere ulike måter avhengig av hvilket noemata det erkjennes igjennom. Likevel poengterer Husserl at det bare finnes en livsverden. Dette på bakgrunn av at han hevder at kommunikasjon og intersubjektivitet har som forutsetning at det bare eksisterer en verden. Så selv om denne verdenen kan erkjennes ulikt, så trenger ikke de ulike oppfattelsene av et objekt å være motstridende eller gjensidig utelukkende. Dette kan igjen knyttes til at det er våre forventinger til et objekt som former det vi faktisk opplever, og at disse derfor kan være feil. Husserl sier da at en erkjennelse av at vi tok feil kan føre til at vi opplever en «eksplosjon» av et noema, eller en omstrukturering av et noema, som endrer våre forventinger til det (Kaiser, 2000; Kvale & Brinkman, 2009).

I motsetning til det naturvitenskapelige vitenskapsidealet vektlegger Husserl at våre empiriske data ikke er uavhengig av den struktureringen vi gjør når vi erkjenner dem. Empiriske data er slik forstått ikke objektive, konstante, størrelser, men heller verdiladete observasjoner som endres ved at våre teoretiske forforståelser mer eller mindre gradvis gjør at vi erkjenner sansedataen ulikt (Kaiser, 2000; Kvale & Brinkman, 2009)

4.0 METODE

4.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt og forforståelse.

Både Kvale og Brinkman (2010) og Malterud (2011) vektlegger forskerens integritet, altså hens kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet, som avgjørende faktorer for forskningsarbeidet. Dette fordi ens forforståelse både påvirker valg av forskningsspørsmål, utformingen av studiet, samt tolkningen av resultatene. Denne oppgaven er tuftet på min yrkesbakgrunn som sykepleier på psykiatriske poster på akutt og subakuttnivå. Et arbeidet som i stor grad har vært preget av et medisinsk perspektiv på psykiske lidelser men som likevel, forhåpentligvis, ikke helt har ignorert de sosiale og personlige aspektene av lidelsen. Jeg har i løpet av denne tiden dannet meg et bilde av alvorlige psykiske lidelser som reelle, behandlingstrengende tilstander. Jeg ønsker likevel ikke å utelukke betydningen av sosiale konstrukter innen det psykiske helsevernet, og mener at eksempelvis normalitetsforståelse, lovverk og politiske føringer heller er resultater av sosiokulturelle betingelser enn universelle sannheter. Vitenskapsteoretisk kan man altså si at oppgaven støtter seg til en sosial konstruktivistisk mellomposisjon, som beskrevet i Burr (2003), hvor jeg anerkjenner eksistensen av en objektiv virkelighet uten at jeg nødvendigvis tror at denne til enhver tid er lik det vi kan ha sikker kunnskap om.

Forforståelsen dannes blant annet av personlig bakgrunn, holdninger og interesser, og er sentral i flere ledd i forskningsprosessen da den kan forme en undersøkelse fra start til slutt (Malterud, 2011). Fra egen yrkeserfaring, og som veileder av flere sykepleiestudenter gjennom årene, så er min forforståelse preget av et bilde av at mange sykepleiestudenter gruer seg til praksis i psykiatrien. Dette både på grunn av negative forventninger til pasienter, usikkerhet i forhold til farlighet, og at mange opplever denne praksisperioden som mindre relevant da de ikke alltid ser nytten av det de kan lære av sykepleieintervensjoner, siden de ikke ser overføringsverdien til de somatiske sengepostene som mange ønsker å jobbe på etter endt studie. Samtidig blir de engasjerte studentene til tider hindret i delta i læringssituasjoner grunnet risiko for vold, eller fordi personal ønsker å gjennomføre behandling så skånsomt som mulig for pasientene.

4.2 Forskningsdesign.

Johannessen, Tufte og Kristoffersen (2005) skriver at debatten om hvorvidt kvantitative eller kvalitative metoder er best egnet til å undersøke et fenomen ofte blir mer polarisert enn hva som faktisk er realiteten. De fremmer at det alltid er forskningsspørsmålet som skal være det ledende for hvilken metode som er best egnet, og at ulike metoder ofte må brukes utfyllende for å oppnå kunnskap om et tema. Da jeg i denne oppgaven har forsøkt å belyse informantenes opplevelse av et fenomen har jeg, med støtte i litteraturen (Johannessen, Tufte og Kristoffersen, 2005 & Malterud 2011), valgt å bruke fenomenologisk inspirerte kvalitative intervjuer.

Jeg ønsket i dette prosjektet å belyse hvordan sykepleiestudentene selv opplever læringsutbytte av SIM i forhold til å forberede dem både på praksis, og eventuelt senere arbeid, ved en akuttpsykiatrisk avdeling. Som et underspørsmål til dette ønsket jeg også å utforske hvorvidt studentene opplever at slik trening kan bidra til å senke bruken av tvangsmidler. I henhold til Johannessen, Tufte og Kristoffersen (2005) kan jeg si at jeg søker å forstå et fenomen slik det fremstår for informantene og at kvalitative intervjuer av fenomenologisk karakter derfor er et egnet forskningsdesign. Det finnes flere ulike tilnærminger til hvordan intervjuet kan benyttes som metode i datainnsamlingen til forskningsprosjekter. Disse spenner seg fra å nokså rigid følge bestemte rekkefølger med lukkede spørsmål til mer og mer åpne tilnærminger der forskeren i større grad lar informantene selv bestemme hvor intervjuet tar veien (Kvale & Brinkman, 2009; Malterud, 2011). Begge disse pensumbøkene vektlegger at det semistrukturerte forskningsintervjuet er særlig velegnet til å utforske temaer der man søker å få tak i informantenes opplevelse av et fenomen. Kvale og Brinkman (2009) poengterer videre viktigheten av at forskeren som bruker det semistrukturerte intervjuet evner å tilpasse seg den informasjonen som kommer frem, er åpen for ny informasjon, og derfor kan tilpasse oppfølgingsspørsmålene sine ettersom informantene åpner for nye, og kanskje uventete, retninger for materialet.

4.3 Utvalg.

Denne studien bygger på et såkalt strategisk utvalg (Malterud, 2011) der informantene ble utvalgt etter utvalgskriteriet at de var bachelorstudenter i sykepleie som hadde sin praksis ved AKU 2017. De skal alle ha hatt tidligere erfaring med SIM gjennom klinisk ferdighetstrening på studiet, men ikke etter CRM-metodikken. Samtlige ti praksisstudenter fikk informasjon om hensikten bak studien og spørsmål om deltakelse (Vedlegg 4) under en felles presentasjon der SIM som læringsmetode ble presentert for dem. Det ble også presisert at selv om jeg var ansatt på seksjonen, så ville deltakelse, eller innhold, i intervjuene ikke bli delt med

praksisveiledere eller på noen annen måte påvirke praksisen deres. 9 av 10 stilte seg positive til å delta i undersøkelsen. De ble igjen rekontaktet etter 3 uker og det ble avtalt individuelle intervjuer direkte med 5 deltakerne. De var da omtrent halvveis i sin 8 uker lange praksisperiode. En purrerunde av studenter som hadde stilt seg positive til å delta men ikke hadde svart ble gjort uken etter første intervjurunde, men resulterte ikke i nye deltakere. Utvalget har et aldersspenn fra 21 til 47 år (Gjennomsnitt 30,8. Median 24) og hadde en kjønnsfordeling på 2 menn og 3 kvinner. To av studentene studerte på deltid og hadde derfor praksisen som en del av sist siste studieår, mens de tre som gikk på fulltid var på sitt andre studieår. Ingen av de hadde tidligere yrkeserfaring fra psykiatrien, men en av informantene hadde tidligere jobbet i rusomsorgen. De fire andre studentene hadde arbeidserfaring med direkte pasientkontakt via jobber i hjemmehelsetjenesten og som tilkallingsvikarer på somatiske sengeposter i spesialisthelsetjenesten. Litteraturen (Kvale og Brinkman, 2010; Malterud, 2011) fremhever at man skal ha så få informanter som mulig for å kunne håndtere dataen, men likevel så mange som mulig for å få et rikt materiale og få meningsmetning. Størrelsen på mitt utvalg ble derimot satt av hvor mange av studentene som tilslutt valgte å delta i studien, og ble således satt før jeg oppnådde meningsmetning.

4.4 Innsamling av data.

4.4.1 Valg av intervjuform

Jeg vurderte i starten av forskningsprosjektet å bruke et såkalt fokusgruppeintervju, da dette tillater en å komme i kontakt med flere intervjuobjekter enn semistrukturerte intervjuer, samtidig som metoden har en rik tradisjon når man søker å evaluere et produkt (Kvale & Brinkman, 2009). En tanke her var at jeg ved å gjøre et fokusgruppeintervju vil kunne intervju samtlige 10 sykepleiestudenter som hadde praksis på AKU, og derfor i størst mulig grad ville kunne få frem meningsforskjeller hos studentene. På den andre siden så kritiser Kvale & Brinkman (2009) fokusgruppeintervjuer på grunnlag av det fort kan bli den «høyeste røst» som dominerer, og at man kan få en falsk meningskonsensus basert på at intervjuobjektene selvsensurer under intervjuet. Dette, sammen med at noen av temaene jeg ønsket å utforske i intervjuene ville kunne være følsomme for informantene, gjorde at jeg valgte enkeltintervjuer.

4.4.2 Semistrukturert intervju

Det ble utarbeidet en intervjuguide i forkant av første intervju bestående av seks åpne spørsmål med underpunkter som jeg mente var viktig å få frem (Vedlegg 2). Denne intervjuguiden ble så drøftet med kollegaer på AKU og veileder fra HiOA, i et forsøk på å skape en vis grad av kvalitetssikring av skjemaet (Jf Friis & Vaglum, 1999). I tråd med forskningstradisjonen, som presentert av Kvale & Brinkman (2009) og Malterud (2011), ble intervjuguiden deretter revurdert etter hvert intervju ettersom nye aspekter av fenomenet kom frem i møte med informantene, og den endelige intervjuguiden ble skapt etter intervju nummer 3 (Vedlegg 3).

Intervjuene ble utført på et ledig kontor på avdelingen, og det var satt av 60 minutter til hvert intervju. Det ble brukt en digital opptaker (Et intervju ble kort avbrutt på grunn av at diktafonen gikk tom for strøm.). I tråd med litteraturen (Kvale & Brinkman, 2009; Malterud, 2011) forsøkte jeg i intervjuene å holde en utforskende stil og samt å forsøke å kontinuerlig validerer dataen gjennom å stille oppklarende spørsmål og parafrasere informantene underveis. Intervjuene ble transkribert så fort som mulig.

Kvale & Brinkman (2011) vektlegger trening og erfaring med å utføre intervjuer som en forutsetning for god forskningen innen denne tradisjonen. Jeg valgte av tidshensyn å ikke gjennomføre et pilotintervju, da jeg trodde at jeg greit skulle kunne overføre min erfaring fra kartleggingssamtaler over til intervjusituasjonen. Gjennomlytting av første intervjuet gjorde meg oppmerksom på en mer veiledende enn utforskende stil med bruk av ledende spørsmål. Etterfølgende endring i de neste intervjuene, med større bruk av åpne spørsmål, oppklarende spørsmål og parafrasering. Dette intervjuet (og særlig de to følgende) ga også innsikt i spørsmålenes ordlyd og tidsbruken til de ulike tema ble revurdert. Om informantene virket usikre på hva det ble spurt om forsøkt jeg å omformulere spørsmålene. Alle intervjuene ble avsluttet med å spørre om informantene hadde noe mer de ønsket å si som jeg ikke hadde spurt om. På direkte spørsmål så svarte alle informantene at intervjuet hadde vært en positiv opplevelse.

4.5 Transkripsjon og analyse.

4.5.1 Transkripsjon

Det er viktig å anerkjenne at transkripsjonen i en kvalitativ analyse inngår som en del av fortolkningen, da de mønstrene vi finner avhenger av hvilke mønstre vi evner, og har

mulighet, til å lese og gjenkjenne (Malterud, 2011). Intervjuene ble transkribert så ordrett som mulig, med lyder som latter, «hmm» etc, over fra lydfiler til Word-dokumenter. Disse dokumentene ble deretter lagt inn i Tekstanalyseprogrammet NVIVO PRO. Lydfilene ble, i henhold til Personopplysningsloven, og godkjenningen fra NSD, oppbevart i et låst skap inne på et avsperrt område for Masterstudenter ved HiOA sine lokaler. Disse filene vil bli slettet innen utgangen av 2017.

4.5.2 Analyse

Jeg har støttet med til Malterud (2011) sin bearbeiding av Giorgi sin analysemetode Systematisk Tekstkondensering for å bearbeide intervjuopptakene. Formålet med denne analysen er å utvikle kunnskap om intervjupersonenes egne erfaringer og livsverden innen et gitt område, hvor man leter etter essensen av de fenomenene de opplever gjennom å sette forskerens egne forforståelser til siden i møte med den nye dataen. Metoden ansees som en fenomenologisk analyse, men forutsetter ikke omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi (Malterud, 2011). Rent konkret utføres analysen i 4 ulike steg. Hvor man etter transkribering søker man å danne seg et helhetsinntrykk av dataen, for å så bryte materialet ned til meningsdannende enheter. Deretter forsøker man å abstrahere enhetene inn i større kategorier for å se om man kan sammenfatte meningsinnholdet inn større abstraherbare kategorier (Malterud, 2011).

4.5.3 Helhetsinntrykk

Etter å ha transkribert intervjuene ble intervjuene lagt inn i NVIVO11. Etter flere gjennomlesinger av intervjuene i forbindelse med transkriberingen, benyttet jeg meg av funksjonene «Word Frequency» for å lage ordskyer og ordtre for å fort å kunne danne meg et grovt førsteinntrykk av materialet. Jeg brukte videre «Maps» funksjonen for å lage en enkel oversikt over de foreløpige temaene jeg fant i materialet. I tråd med Malterud (2011) forsøkte jeg å tilnærme meg dette arbeidet deduktiv slik at kategoriene kom frem i møte med dataen heller enn som forhåndsbestemte kategorier, til tillegg begrenset jeg meg til 4 temaer som intuitivt vekket min interesse. De første temaene som dannet seg for meg «Forventninger og fordommer», «Redsel for å si noe feil», «Læringsutbytte» og «Trygghet og tvang». Malterud påpeker at: *«Det er et godt tegn på kreativ analyse at de foreløpige temaene ikke sammenfaller for mye med hovedtemaene i intervjuguiden. I så fall kan det tyde på at vi*

forfølger vår forforståelse mer enn å være våken for nye temaer» (Malterud, 2011 s 100). Til tross for min overraskelse over i hvor liten grad studentene følte seg forberedt i forkant av praksis, og at noen av de gruet seg like mye til å forholde seg til de som jobbet på akuttpsykiatrisk som de som var innlagt, så ser vi en tydelig overlapp mellom de første intuitive kategoriene og temaene i intervjuguiden min. På den andre siden så vektlegger systematisk tekstkondensering at det i den begrepsdannende analysen, så representerer verken fase 1 eller 2 de endelige resultatene, men at disse temaene og kodene heller kan forstås som et middel og organisasjonsprinsipp som videre skal gjennomgå en analyseprosess som krever tolkning, sammenfatning og abstraksjon (Malterud 2011). Etter å ha diskutert de foreløpige kodegruppene med min veileder valgte jeg derfor likevel å beholde de som utgangspunkt for det neste analysesteget da jeg så de som nyttige for å kunne organisere dataen inn i meningsbærende enheter. Formen ble likevel noe endret i samråd med min veileder ved at jeg delte de første gruppene inn i seks temaer og la til en ny altså; «forventninger», «Fordommer», «Redsel for å si noe feil», «Læringsutbytte», «Trygghet», «Tvang» og «Undervisning».

4.5.4 Å kode meningsbærende enheter

I motsetning til i Giorgi sin opprinnelige prosedyre så anser ikke Malterud (2011) sin bearbeiding av Systematisk Tekstkondensering hele teksten som meningsbærende. Kodearbeidet vektlegger heller at man må skille relevant fra irrelevant tekst og begynne å sortere denne slik at den best kan belyse problemstillingen ved å identifisere og sortere de meningsbærende enhetene i teksten. Med utgangspunkt i de nevnte seks temaene kodet jeg de fem intervjuene og så fort behov for nye undergrupper i møte med dataen. Da det viste seg at det ble med mye dobbel (og trippelkoding) anså jeg, i tråd med Malterud (2011), ikke kategoriene som presise nok, da det så ut som det var stor overlapp mellom noe av det kodete materialet, mens andre aspekter ikke passet helt inn i de forhåndsbestemte temaene. Jeg forsøkt derfor å se etter nye mønster i teksten. Jeg gikk først tilbake for å se på min egen forforståelse for oppgaven ved å gjennomlese min egen teoridel, før jeg igjen leste gjennom alle intervjuene og den allerede utførte kodingen. Dette resulterte i at kodegruppene «Forventninger», «Forkunnskap», «Teori & praksis», «Trygghet» og «Tvang» utkrystalliserte seg fra teksten. Til tross for at disse er noe mer generelle en utgangspunktet mitt, så virket de å fungere bedre for organiseringen av meningsinnholdet i dataen.

4.5.5 Kondensering- fra kode til mening

Målet med kondenseringen er å abstrahere kunnskapen som har blitt etablert i andre analysetrinn ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. I tråd med Malterud (2011) sin beskrivelse av metoden forholdt jeg meg kun til den delen av materialet som var kodet i forrige analysetrinn, og det kodete materialet ble sortert i seks kodegrupper med meningsbærende enheter. Disse var «forkunnskaper», «forventninger», «skille mellom teori og praksis», «utrygghet», «trygghet» og «tvang». Gjennom den videre kondenseringsprosessen så dannet det seg to ny subgrupper; «Sykepleien som håndverk» fra «Skille mellom teori og praksis», og «medisinsk simulering» ut fra «trygghet», som jeg festet meg ved og tok med videre i prosessen. I denne delen av analyseprosessen så vektlegges det av Malterud (2011) at man skal finne et kondensat som skal fungere som et utgangspunkt for resultatpresentasjonen. Jeg valgte her, i motsetning til metoden som presentert av Malterud (2011), å flere steder bruke flere kondensater da jeg syntes dette var hensiktsmessig for å best få frem informantenes opplevelse. Jeg har også valgt å ikke legge ved eksempler fra dette analysetrinn da dette ville ha gjort det vesentlig lettere å identifisere intervjuobjektene mine, så all tekst som presenteres i oppgaven er altså ferdig bearbeidet tekst.

4.5.6 Sammenfatning – Rekontekstualisering

Denne delen av analyseprosessen innebærer to funksjoner. For det første skal forskeren her se på om de løsrevne tekstelementene gir mening i den konteksten de er dratt ut ifra, og for det andre så fungerer denne rekontekstualiseringen som presentasjon av resultatene til studiene. Jeg har i presentasjonsdelen av oppgaven forsøkt å holde meg tro til Malterud (2011) sin metode hvor den analytiske prosessen (Altså min tolkning av materialet) skal være presentert i tredjeperson, mens informantenes opplevelser, eller kondensatene, er presentert i jeg-form.

4.6 Metodekritikk.

Som helt grunnleggende kritikk av dette studiet vil jeg fremheve mangelen på et pilotintervju som jeg allerede har beskrevet. I etterpåklokskap ser jeg at dette ville ha vært hensiktsmessig både for å forbedre mine egne evner som intervjuer, samt i utformingen av intervjuguiden. Intervjuene ble også gjennomført omtrent fire uker inn i praksisperioden, altså da det er fire

uker igjen av praksisperioden. Dette ble gjort for å få sikret deltakelse i studiet, men er også en svakhet da informantene kun var halvveis i læringsprosessen ved AKU. Noe jeg antar påvirket materialet i denne studien.

4.6.1 Å forske på egen arbeidsplass

Et annet problematisk aspekt er den dobbeltrollene jeg gikk inn i under prosjektet. Som Friis & Vaglum (1999) poengterer kan det å både være kollega og forsker svekke undersøkelsens validitet, i og med at informantene muligens modererer seg i forhold til sine forventninger om hva jeg ønsket at de skulle si. I denne studien er denne faren særlig fremtredende siden informantene i sin rolle som studenter allerede er i et svært skjevt maktforhold i situasjonen. Jeg forsøkte likevel å unngå denne skjevheten ved hjelp av flere ulike strategier. Jeg hadde i perioden verken ansvar for undervisning, eller veiledning av praksisstudenter, og jeg jobbet i en redusert kveldsstilling, noe som førte til at jeg kun hadde sporadisk kontakt med to av studentene.

En mulig løsning på dette problemet ville ha vært å ha benyttet seg av en annen prosjektarbeider (medstudent, eller innleid hjelp) til å utføre selve intervjuene. Jeg tenker likevel at også en slik løsning ville ha vært problematisk da dette hadde distansert meg intervjuprosessen som påvirker utforming av spørreskjemaer, samt evnen til å hente ut og abstrahere informasjonen som er gitt (Kvale & Brinkman, 2009; Malterud, 2011).

4.6.2 Utvalg og metning

Det er i fenomenologisk inspirerte intervjuer vanlig å snakke om såkalt metning når ytterligere intervjuer ikke vil føre til vesentlige nye opplysninger (Malterud, 2011). I og med at denne studien støtter seg på en induktiv tilnærming så ble kategorier dannet i møte med intervjuobjektene. Den gradvise fremveksten av nye aspekter av fenomenet gjorde i dette tilfellet at jeg ikke mener at materialet ga meningsmetning, og det hadde derfor vært ønskelig med flere intervjuer. I og med at prosjektet ved AKU endres i tråd med evaluering, så ville neste praksisgruppe få et annet opplegg, med blant annet andre scenarioer og praksisveiledere, enn praksisgruppen jeg intervjuet. Noe som kunne ha gjort sammenligning av funn vanskelig, men som på den andre siden også ville ha gitt et rikere materiale for det opplevde læringsutbyttet av metoden. Jeg valgte likevel ikke å fortsette med en ny

datainnsamlingsrunde av praktiske hensyn, da en ny intervjurunde hadde utsatt arbeidet med oppgaven i flere måneder. Det er likevel viktig å poengtere at resultatene, og diskusjonen, av denne undersøkelsen må leses i lys av dette.

4.6.3 Å jobbe selvstendig

Malterud (2011) vektlegger at det er en styrke hvis flere forskere jobber med det samme materialet. Ikke nødvendigvis for å oppnå konsensus, men for å få frem distinksjoner og alternative synspunkter og tolkninger av materialet. Da den enkelte forskers forforståelse av et fenomen kan skape «blindflekker», i hva hen evner, eller vil, se av mønstre i materialet. Dette mener jeg er et godt poeng, og jeg har derfor støttet meg på diskusjoner med min veileder fra HiOA, medstudenter, samt Fag og Kvalitetsråd giver ved AKU for å diskutere metode, resultater og tolkninger. Dette har vært samtaler og diskusjoner jeg har satt pris på grunn av deres gode innspill. Innholdet i oppgaven må jeg likevel selv stå ansvarlig for.

4.7 Etikk og juridiske prinsipper.

Prosjektet ble meldt til Norsk Senter for Forskningsdata 08.11.2016 og Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til Personopplysningsloven § 31. Behandlingen av data, som beskrevet i prosjektbeskrivelsen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven (Vedlegg 1).

Helsinkideklarasjonen ble utarbeidet i 1964, og sist revidert i 2008, av Verdens Legeforening (WMA) og fremmer etiske prinsipper for all medisinsk forskning som omfatter mennesker. Hvor det sentrale poenget at forskningen skal være underlagt standarder som sikrer respekt for alle mennesker, og som ivaretar deres helse og rettigheter. Et vesentlig poeng er også at slik forskning kun skal gjennomføres dersom formålet er viktigere enn de risikoer og belastninger som forsøkspersonene utsettes for. Det understrekkes videre at deltakelse skal være basert på frivillighet og informert samtykke. Med dette menes det at informantene skal få tilstrekkelig med informasjon om undersøkelsens formål, metoder, finansieringskilder, forskerens institusjonstilhørighet, mulige interessekonflikter, samt hva man håper å oppnå og hvilke ubehag informanten kan forvente seg. I denne studien ble all denne informasjonen gitt informantene både skriftlig og muntlig under en felles presentasjon av prosjektet (Friis & Vaglum, 1999; Malterud, 2011).

Forskningsprosessen er også underlagt et omfattende lovverk hvor særlig Helseregisterloven og Personvernloven er sentrale. Et grovt skille mellom disse lovverkene går på at Personvernopplysningsloven omhandler behandlingen av personopplysninger som ikke har til formål å yte helsehjelp, mens Helseregisterloven regulerer helsetjenester og helseforvaltningens bruk av personopplysninger for pasient behandling og kunnskapsoppbygning. Det har blitt påpekt at skillet mellom hvilket av disse lovverkene et prosjekt faller under oftest har liten praktisk betydning, da lovverkene i stor grad er sammenfallende og begge har nokså like føringer på hvordan datamaterialet og fremstilling av analyse skal ivaretas slik at informantene sikres anonymitet (Friis & Vaglum, 1999; Malterud, 2011). I forhold til å starte arbeidet med en masteroppgave er det sentralt å nevne Personvernombudet for forskning og de Regionale Ethiske Komiteer (REK). Personvernombudet for forskning sin hovedoppgave er å bidra til at forskning, her under studentarbeider, som utføres ved landets universiteter og høyskoler gjøres i tråd med de juridiske prinsipper som forskningsprosessen er underlagt. Som en del av denne virksomheten kan de gi forhåndsvurderinger på hvorvidt et forskningsprosjekt ser ut til å ivareta de lovpålagte kravene som stilles i personopplysnings- og helseregisterloven, samt å gi forslag til nødvendige endringer. Den siste instansen som må nevnes er REK, som består av syv regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, hvis virksomhet er forankret i forskningsetikkloven og helseforskningsloven, og som skal sikre faglig forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. Denne komiteens arbeid baserer seg på internasjonalt anerkjente retningslinjer som er nedfelt i Helsinkideklarasjonen (Friis & Vaglum, 1999; Malterud, 2011).

4.7.2 Å forske på helsepersonell

Malterud (2011) poengterer at Helsinkideklarasjonen tar utgangspunkt i forskning på pasienter, og at den derfor ikke gir samme beskyttelse for informantene når det er helsepersonell som står i søkelyset. Hun fremmer derfor viktigheten av at vi som forskere bruker vårt etiske skjønn når vi utfører forskningsprosjekter der våre kollegaer brukes som informanter. Dette tenker jeg er særlig viktig i denne studien grunnet informantenes rolle som studenter. Richards og Schwartz lister opp fire former for risiko eller belastning som informanter kan utsettes for gjennom en kvalitativ studie; psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse (gjengitt i Malterud, 2011). I forhold til psykisk uro tenkte jeg at temaet for intervjuet kan bringe frem ubehagelige følelser hos informantene. Brinkman og Kvale (2009) poengterer at all kvalitativ forskning er preget av et asymmetrisk maktforhold mellom

intervjuer og informant. I en undersøkelse som dette kan det bli særlig problematisk siden informantene kan oppleve at deres deltakelse ikke er reelt frivillig, da de kan tro at de vil bli utsatt for ulike konsekvenser ved å ikke delta. Også i forhold til punktene for dreining og gjenkjennelse kunne min studie bli problematisk. Både lovverket og forskningslitteraturen generelt påpeker viktigheten av at data skal være anonymisert i rapporteringen av funnene. Dette kan bli vanskelig, selv om jeg bruker falske navn på informantene, når undersøkelsen utføres på eget arbeidssted hvor miljøet er relativt lite, og det vil være mulig at de ansatte vet hvem som har stilt opp til intervjuer. Dette stiller særlige krav til at jeg gjennom den Systematiske Tekstkondenseringen anonymiserer dataen blant annet gjennom gode omskrivninger av teksten (Malterud, 2011). Malterud (2011) poengterer også utfordringen ved at man kan finne data som stiller våre kollegaer i et lite flatterende lys. Her kan det, i mine øyne, komme vanskelige etiske vurderinger om hvorvidt man skal skåne sine informanter eller heller vektlegge motivet om en endret praksis hvor hensynet til pasientene også må tas med i vurderingen. Jeg vil uansett påstå at dette ikke er et problem i mitt datamateriale da, hvis noen kommer ut i et mindre flatterende lys, så er det heller på system enn individnivå.

4.8 Diskusjon av prosjektets refleksivitet, relevans og validitet.

Enkelte forskere innen den kvalitative forskningstradisjonen har gått bort fra spørsmål om validitet og reliabilitet, da de hevder at de omhandler positivistiske spørsmål som hemmer kreativiteten og variasjonen i forskningen (Kvale & Brinkman, 2010). Det er likevel en generell enighet om at etterprøvnbarhet er sentralt for å kalle en aktivitet for vitenskapelig, og jeg har valgt å her benytte meg av begrepene Malterud (2011) bruker siden jeg har støttet meg til hennes metode i prosjektet. *Refleksivitet* handler om forskerens forutsetninger og tolkningsrammer. *Relevans* om handler om hva kunnskapen kan brukes til. *Validitet* handler om studiens gyldighet.

Malterud (2011) vektlegger at refleksivitet er en aktiv holdning som omhandler forskerens evne, og vilje, til å sette spørsmålstegn ved egne fremgangsmåter og konklusjoner. Denne evnen skal i sluttproduktet synliggjøres slik at studiens etterprøvnbarhet styrkes ved at leseren får best mulig innsikt i den kunnskapsproduserende prosessen. Intersubjektivitet, altså det «å gjøre leseren til en informert ledsager» (Malterud, 2011 s 17), anses som det viktigste virkemiddelet for å oppnå dette. Jeg har forsøkt å oppnå dette ved å synliggjøre min egen forforståelse for temaet i oppgaven, samt å bruke uttrykk som «Jeg mener», «Jeg tror», de stedene jeg mener dette er mer korrekt enn å referere til andres arbeid eller kondensater. Man

kan selvfølgelig diskutere hvorvidt dette er en reel forskjell, da jeg også aktivt har valgt all litteratur som denne oppgaven støtter seg til. Jeg har gjennom metoddelen i denne oppgaven også forsøkt å tydeliggjøre min egen rolle gjennom forskningsprosessen ved å synliggjøre hvilke valg jeg har gjort underveis. Malterud (2011) påpeker også at aktive forsøk på falsifisering av egne resultater og konklusjoner er viktig. I min studie ser jeg til tider en god overlapp mellom mine egne funn og den teorien jeg i utgangspunktet støttet meg til når jeg startet prosjektet. Dette kan være et tegn på forskningsprosessen i for stor grad kan ha vært styrt av mine forkunnskaper, altså at resultatenes mangel på «kreativitet» og «overraskelser», er et tegn på min egen bias til materialet. På den andre siden så vektlegger også litteraturen at det er grenser på hvor kritisk man skal være til egne funn. Jeg tenker at resultatenes overlapp med andres funn kan tyde på at forskningsspørsmålet bør undersøkes videre gjennom andre metoder. Eksempelvis å forsøke å operasjonalisere begrepene slik at man via større spørreundersøkelser kunne ha sett på om funnene holder seg når man spør større utvalg, gjerne på kryss av utdanningsinstitusjoner og praksisplasser (Johannessen, Tufte og Kristoffersen, 2005).

Hva er studiens relevans? Hva kan resultatene brukes til? Hos Malterud (2011) er ikke lengre den aristoteliske «kunnskap for kunnskapens skyld» godt nok, og hun viser til at tunge medisinske publikasjoner setter krav om at studier både skal tilføre ny kunnskap, og at de skal bringe ny erkjennelse som kunne brukes eller lede til noe annet. Jeg mener at dette er en styrke ved min studie, siden undersøkelsen kan gi et innspill til hvordan utdanningen av sykepleiere kan styrkes for å møte dagens helsepolitiske føringer.

Validitet omhandler studiens pålitelighet og omhandler, særlig, såkalt intern validitet og overførbarhet. Indre validitet kan forstås som studiens gyldighet, altså om man har studert det man tror man har studert (Malterud, 2011). Som jeg har nevnt overfor så har jeg i dette studiet fått resultater, som overlapper med tidligere forskning på temaet. Dette kan tyde på at den påliteligheten i studien er god, og at jeg ikke har latt mine egne forforståelser og fortolkninger lede meg. På den andre siden så kan resultatene ha blitt påvirket av det skjeve maktforholdet mellom intervjuer og informant i studien, samt negative forventninger til undertegnede som ansatt ved akuttpsykiatrien. Det andre spørsmålet, om studiens overførbarhet, er nært knyttet til studiens relevans og utvalg. Selv om man med andre øyne helt sikkert kunne ha sett på mitt materiale annerledes, så har jeg tro på at resultatene mine er repeterbare siden de sammenfaller godt med andres. Spørsmålet er nok heller om hvorvidt det nå ikke er på tide å

heller angripe dette forskningsspørsmålet med andre metoder for å se om man kan se på generaliserbarheten av disse funnene.

5.0 RESULTATER

5.1 Forkunnskaper.

Til tross for at studentene forteller at de har hatt undervisning om psykiske lidelser samt terapeutiske relasjoner, så beskriver studentene seg selv som lite faglig forberedt i forkant av praksisperioden. Det virker som om deres opplevelse av dette er at dette skyldes en opplevet stemoderlig omgang med psykiatrifaget under utdanningen, samt en nedprioritering av egenstudium i forkant av praksis grunnet korte overlapp av praksisperioder. Som Idunn forteller så; *«Først var det en praksis. Så var det hjemmeeksamen. Så skulle vi rett ut i denne praksisen. Så de har lagt det opp litt sånn at vi. Vi får ikke en god forberedelse til praksisen.»*.

Til tross for at alle studentene nevner både en workshop og forelesninger som forberedende undervisning, så forteller de om en følelse av å være lite faglig forberedt til praksisperioden. Som Per forteller; *«Fokuset er hele tiden på somatikken. Psykiatri burde også ha vært et gjennomgangstema gjennom utdanningen generelt. Sånn som etikk. Som man har første studieår, det har man jo med seg hele tiden gjennom utdanningen»*. På direkte spørsmål så ser dette også ut til å gjelde aggresjonsproblematikken, som denne teksten fra intervjuet med Anders illustrere:

Intervjuer: *«Kan du huske om det har vært noe om miljøarbeid? Intervensjoner ved psykiatriske lidelser?»*

Anders: *«Det tror jeg faktisk ikke det har vært.»*

Intervjuer: *«Aggresjonsproblematikk? Tvang?»*

Anders: *«Veldig overfladisk i så fall.»*

Slik undervisningen var lagt opp under denne aktuelle praksisen så skulle studentene underveis få ukentlig undervisning både fra AKU og HiOA, i tillegg til oppfølging av en praksisveileder fra HiOA. Studentene forteller at de ikke hadde en fast praksisveileder første del av praksisperioden.

5.2 Forventninger.

Til tross for at arbeid ved en akuttpsykiatrisk avdeling var ukjent for samtlige av intervjuobjektene, så ga alle studenter uttrykk for at de både var spente og at de gledet seg i forkant av praksisperioden. I min lesning av materialet så virker det som studentene særlig

vektlegger to aspekter, som naturligvis til en viss grad overlapper hverandre, når de snakker om hvorfor de gledet seg til praksisen. Det første virker å handle om å få praksis på en sengepost i spesialhelsetjeneste, og det andre virker å gå på å få møte pasienter med et høyt symptomtrykk i en heller fremmed verden.

Som Per sier så «*Jeg tenkte jo at det var spennende. Jeg har jo tenkt psykiatri før jeg begynte på utdanninga, men så har det gått litt i glemmeboka for det er ikke så mye fokus på psykiatri i utdanningen.*». Helene virker å vektlegge et antatt faglig utbytte på AKU når hun forteller om hvorfor hun ble glad for praksisplassen «*Første så ble jeg veldig lettet. Siden jeg har hørt at man kan komme på for eksempel sykehjem. Så kaller de det alderspsykiatri siden det er demens for eksempel da. Så jeg er jo veldig lettet for at jeg kom på en sykehusavdeling og at det var en psykiatrisk sengepost.*». Lignende utsagn går igjen hos fire av studentene der de alle var glade for å få tildelt praksisplass på, i mangel av et bedre ord, en såkalt «*ordentlig*» praksisplass, hvor de kunne få muligheten til å ha praksis i spesialisthelsetjenesten.

Utenom en student, som hadde erfaring fra rusomsorgen, så vektlegger alle det å møte psykiatriske pasienter som noe fremmede og, til dels, spennende. Per sier «*Jeg gledet meg veldig. Jeg kjente at jeg var mer spent enn før vanlige praksiser. For psykiatri er jo helt ukjent. Helt ukjent for meg*». Dette går igjen hos de fleste, og også muligheten til å få møte pasienter med høyt symptomtrykk virker å gjøre praksisplassen attraktiv for studentene. Eller som Malena sier det «*...så forventet jeg å se. Altså. Ordentlig psykisk syke folk. Altså. Misforstå meg rett på en måte men. At de var i den fasen der de var veldig dårlig da. At man skulle se den verste siden av hvordan det kan påvirke et menneske.*».

Selv om, eller kanskje heller på grunn av, liten egenopplevelse av kunnskap om psykiatrien, så forteller fire av fem nokså sterkt om hva slags pasienter de forventet å møte. Ord som «*gær`n*», «*uflidde*», «*uforutsigbare*», «*aggressive*» og «*zombier*» brukes i beskrivelsene av hva de forventet å møte på avdelingen. Et pasientbilde man kjenner godt igjen fra negative stereotypier av psykiatriske pasienter som man eksempelvis kan lese om i tabloider, eller se i populærkulturelle fremvisninger. Noe jeg mener bekrefte av Anders sin overraskelse over hvordan alvorlig psykisk lidelse kan treffe «*vanlig folk*». Eller som han sier «*Så har jeg ikke før møtt de som var vellykka, høyt utdannet, lege, for noen dager siden, og så helt kokkelimonke i dag liksom. Den type folk har jeg ikke truffet før. Så. Bildet har blitt utvidet betraktelig*».

En større overraskelse, i hvert fall for min egen del, er de negative forventningene til de ansatte som to av informantene beskrev. Jeg vil her vise til et lengre tekstutdrag fra intervjuet med Malena. *«Man ser kanskje for seg at det er verre enn det det er da på en måte som. Ja. Tenker at det, som for eksempel det med tvang. At det brukes mye tvang, og det. Man har jo lest i media at det virker som at det brukes som. Så mye. Mer enn det det gjør da. Og kanskje. Fremstår mindre kontrollert enn det det blir gjort. Og at man kanskje. Vel. Jeg fikk i hvert fall inntrykk av at man ikke prøvde så mye annet før man gikk til tvang når man leser om det. Men at man faktisk prøver veldig hardt, sånn som jeg har sett her da»*. Dette dukket dessverre opp sent i intervjuprosessen, noe som gjorde at jeg ikke fikk utforsket det videre, men hos denne, og en annen informant, så virker det som at tidsaktuelle saker i tabloidene hadde vært med å forme dette bildet hos dem. Kanskje forståelig nok, siden temaet tvang i psykiatrien hadde vært aktuelt i blant annet den såkalt «Psykiatriavsløringen» i VG vinteren 2016/2017.

5.3 Usikkerhet.

Til tross for at alle informantene uttrykte glede og spenning over å få tildelt praksisplass på AKU, så var også følelsen av usikkerhet et gjennomgående tema i materialet. Informantene forteller både om usikkerhet knyttet til egen opplevelse av manglende kunnskap, og det utfordrende ved å skulle jobbe med pasienter med tidvis uforutsigbar og farlig atferd. En viss usikkerhet før en praksisperiode vil nok uansett være å forvente, men denne passasjen mellom meg og en informant som hadde dette som sin avsluttende praksisperiode sier noe om at denne praksisperioden opplevdes spesiell

Intervjuer: *«Hvis jeg forstår deg riktig? Dette med å si noe galt. Jeg henger meg litt opp i det. Hadde du noen gang tenkt noe slikt før en somatisk praksis? Eller er det mer knyttet til å være her?»*

Per: *«Jeg. Nei jeg kjente mer på det nå enn tidligere. Det er jo noe man tenker på, hva man sier, men jeg kjente nok ekstra på det nå. At det var psykiatri.»*

Akkurat dette med redselen for å «si noe feil» går igjen hos fire av informantene. Utenom en informant, med en egenopplevelse av å inneha gode kommunikasjonsferdigheter, så kommer det frem at studentene har bekymret seg for å skulle si noe feil i møte med pasientene. At man med sine ord skal forverre sykdomstilstanden hos pasienten, og gjøre dem sykere, eller irriterte og aggressive. Det virker som om at dette er noe som studentene har vært åpne om

seg imellom. Helene: *«Jeg føler det at det er veldig mange som tenker at man er redd for å si noe feil. Siden det er snakk om veldig sære pasienter uten at man nødvendigvis ser det. Så det er det å si ett eller annet galt. Noe som kan gjøre de mer syke. Det var den frykten jeg kjente på. Sånn på starten».*

Organiseringen av praksisperioden nevnes også som en årsak som kan knyttes opp til denne følelsen av usikkerhet. En opplevet overlapp mellom praksisperioder, liten informasjon fra praksisstedet, og liten faglig oppfølging i forkant av praksisen, beskrives både som stressende, og som en rettferdiggjøring, av liten tid til egenstudier som forberedelse til praksisperioden. Et utdrag fra intervjuet med Helene belyser denne opplevelsen. Helene: *«Men så har jo vi som gruppe vært litt uheldig i forhold til praksisveileder. Siden vi ikke fikk fast veileder med en gang. Så vi ble litt kastet rundt. Så vi fikk ikke så mye informasjon akkurat i forhold til praksisstedet vi skulle på da.».*

5.4 Skille mellom teori og praksis.

Materialet viser også at informantene opplever et skille mellom den teoretiske kunnskapen de lærer og sine praksisnære erfaringer, hvor det virker som de kan ha vansker med å se den konkrete nytten av teoretiske læringsmål i den praksisorienterte studenthverdagen på AKU. Anders, som setter det nokså på spissen, sier *«Disse simuleringene er liksom litt mer rett på sak. Eller. Helt konkret på hva du står og går i her. Mens. Hva skal jeg si. De læringsmålene er litt mer sånn akademisk svada».* Gjennomgående hos studentene kommer det frem at SIM oppleves nyttig, da den konkretiserer den teoretiske kunnskapen til praksisnære situasjoner som de lett kan se den praksisnære nytten av. Selv om samtlige informanter vektlegger viktigheten av både praktisk og teoretisk kunnskap, så går det igjen at SIM gir de kunnskap og erfaring med konkrete tiltak de kan igangsette i pasientkontakten, noe som savnes i den teoretiske utdanningen. Malena sier; *«Det er ikke noe direkte som ligner siden de fra skolen, føler jeg er litt mer sånn overordnet og går veldig mye på begrep og pensumlitteratur egentlig. Så fra skolen sin side så og. Så burde jo det her ha vært et læringsmål. Det å ha noe sånt konkret. Hva gjør man egentlig».*

En naturtro gjengivelse av pasientsymptomer virker å være viktig for hvorvidt informantene opplever at simuleringen skal ha overføringsverdi til praksisplassene. Fire av informantene vektlegger nettopp det at siden dette var første gang de møtte en «psykiatrisk pasient» med høyt symptomtrykk, så ga det de en viktig erfaring de kunne ta med seg tilbake til

praksisplassen. Som Idunn sier: *«Når vi snakker først. Så spiller. Så analyserer. Så tror jeg det er lærerikt idet lange løp. At man kan tenke tilbake på simuleringen hvis man opplever en situasjon på avdelingen. Hvis du skjønner.»*.

5.5 Sykepleien som et håndverk.

Som nevnt ovenfor så forteller informantene om et positivt læringsutbytte av SIM da de opplever å lære konkrete ferdigheter de kan igangsette ovenfor pasientene. I materialet så går det igjen hos informantene at dette er noe de savner i undervisningen de fikk i forkant av praksisen, men det virker ikke å spesifikt gjelde praksisen i psykisk helsearbeid. Anders sier: *«Det er kanskje en litt mer generell kritikk av høgskolen. De. Hva skal jeg si. Det virker ikke som de er så stolte av håndverkbiten av å være sykepleier. Det er liksom. Mange fine teorier, og det være på et høyt nivå akademisk, men. Du lærer jo ikke å stikke en sprøyte eller å ta en blodprøve. Og det kunne jeg godt ha hatt mer av, for jeg syns faktisk den biten er nyttig og da»*.

Både å være aktive deltakere under simuleringen, å observere simuleringen, samt den etterfølgende refleksjonsdelen, oppleves som nyttig for å øve på å identifisere symptomer hos pasienten, for å identifisere ulike intervensjoner, øve på disse, samt å konkretisere hva som faktisk ble gjort i møte med pasienten. Ulike kommunikasjons teknikker blir ofte nevnt, men informantene forteller også om læringsutbytte om mindre konkrete intervensjoner som fysisk tilstedeværelse og overvåkning av egne reaksjoner. Malena forteller: *«Bare det å være stille. Å beholde roen. Stillheten. Det å bare være tilstede. Det føler jeg at jeg har fått lært i simuleringene. Hvordan forholde meg til de situasjonene der.»*

5.6 Trygghet.

Samtlige av de som stilte opp til intervjuer forteller at de følte seg godt ivaretatt på praksisstedet og at de hadde blitt tatt godt imot både av personal og pasienter. Noe som, til tross for mange inntrykk, bidro til at praksisperioden opplevdes som spennende og lærerik, og til at bilde av akuttpsykiatrien hadde endret seg i positiv retning.

SIM oppleves av flere av informantene som en god start på praksisperioden da simuleringen ga en grunnleggende kjennskap av hva de kunne møte på avdelingen, før de gikk i gang med direkte pasientkontakt. Som Helene forteller *«Det tror jeg også var litt av den utryggheten*

min på starten. At jeg ikke visste helt hva jeg gikk til. Jeg visste ikke helt hvordan pasientene var. Nå fikk vi et innblikk i hvordan en typisk pasient kan være, så da følte jeg meg litt tryggere når jeg gikk tilbake til avdelingen og visste at, ja vi har noen maniske her, og de kan være sånn, men. Nå vet jeg litt mer om hvordan jeg kan være i en sånn situasjon da».

Flere av informantene forteller at dette ga dem en følelse av å være forberedt, som fremstår som viktig for deres følelse av trygghet på avdelingen. Dette ser ut til å både handle om å kunne føle seg mer avslappet, da man innser at det ikke er så farlig å skulle si noe feil som det mange av de først hadde trodd, og å inneha et mer realistisk bilde av pasientene man skal møte. Som Malena forteller så følte hun seg: *«Mye mere avslappet på å være i miljøet etter at jeg hadde hatt de simuleringene for jeg så jo. Det faller jo litt mere naturlig enn det man tror da.»*. Eller som Helene sa: *«Siden dette her var et tilfelle med mani. Jeg hadde ikke vært borti dette i det hele tatt. Jeg visste ikke hva jeg gikk til og det var en veldig intens situasjon. Så jeg følte liksom at. Åkey. Nå har jeg vært igjennom en sånn situasjon. Så kanskje. Nå kan jeg kanskje klare det på ekte og. Så det syns jeg var veldig greit.»*. Selv om den faglige diskusjonen mellom studentene i refleksjonsdelen av SIM vektlegges som nyttig læring, sier informantene også at det bringer en trygghet at instruktørene var knyttet til AKU, og hadde lang klinisk erfaring. Som Idunn sier *«At det sitter sanne eksperter der. Det er jo veldig trygt for da kan vi studenter på en måte snakke litt løst rundt, og så kan de si «Nei sånn er det ikke», eller «Sånn det er kjempebra». Så. Det er veldig greit.»*.

5.7 Tvang.

Ingen av informantene hadde erfaring med, eller særlig med kunnskap om, formell tvang i forkant av praksisperioden, og forståelsen deres var preget av et bilde som kan sidestilles med tvangsmiddelbruk, som bruk av mekaniske tvangsmidler, heller en tvungen behandling etter § 3-3 i PHL. Ingen av studentene hadde, eller skulle hatt, ansvar for pasienter der det var aktuelt å vurdere tvangsmidler, men fire av informantene hadde vært deltakende som observatører både inne på de såkalte skjermingsenhetene, og ved gjennomføring av enten tvangsmidler eller tvungen medisinerings. Samtlige informanter fortalte om ubehag knyttet til det å benytte makt ovenfor andre mennesker, samt en bevissthet rundt grunnleggende etiske prinsipper som autonomi og velgjørenhet, men samtidig at de underveis i praksisen hadde gjort seg erfaringer med at tvang av og til var eneste løsningen for å få ivaretatt pasienter. Som Anders fortalte

«Så hva faen gjør man da liksom. Når hun slår hodet til blods. Det er jo. Ja. Det er ikke noe fint å se på, men, ja.»

På direkte spørsmål om de trodde at SIM kunne bidra til å senke bruken av tvangsmidler delte informantene seg i to grupper. Hvor tre informanter vektla at de trodde SIM kunne bidra til dette ved at man selv ble tryggere ved øve på ferdigheter i trygge omgivelser, noe de igjen trodde kunne bidra til at det ble lettere å deskalere reelle situasjoner.

Anders: *«At hvis man kan øve seg på å dra situasjonen inn igjen. Hvis man er forberedt, så kan man handle i en situasjon slik at den ikke eskalerer. Det tror jeg er mulig.»*

Intervjuer: *«Litt det samme som du sa tidligere? Det at du får tørrtrent gjør at du greier å være roligere? Når det først skjer på ordentlig?»*

Anders: *«Ja.»*

De to andre informantene så ikke en slik kobling og opplevde SIM mer som konkret trening for enkelte situasjoner. Siden caset de hadde øvd på ikke direkte omhandlet bruk av tvangsmidler så de heller ikke en slik kobling. Per: *«De casene vi har hatt har det jo ikke vært noe tvang. Det har ikke hatt noe med det gjøre.. Men det kan jo hende at det hadde hatt betydning hvis man hadde et case som handlet om tvang.»* Idunn mente også at en eventuell slik trening burde være mer konkret rettet mot aggresjonsproblematikk og sa: *«Kanskje det hadde vært lærerikt med en slik simulering og. Når det står en som hylter og skriker og har lyst til å banke deg opp. Sånn at du kunne ha vært litt forberedt på hvordan kan du dempe denne situasjonen.»*

5.8 Opplevelse og kritikk av Medisinsk Simulering ved AKU.

Flere av studentene forteller at de i utgangspunktet var skeptiske til metoden da de tidligere hadde negative erfaringer med «rollespill» som gjorde at de følte at dette var unødvendig tid utenfor praksisstedet. Samtlige informanter forteller likevel om et opplevet læringsutbytte da de opplevde metoden som praksisnær. Dette virker å bero på at scenarioene lignete på situasjoner de selv møtte i praksis, og at markørene var dyktige nok til å simulere symptomer på en troverdig måte. Også det at markørene var fremmede mennesker bidro til realismen i situasjonen, kontra tidligere erfaringer der medstudenter hadde spilt rollen som pasient og sykepleier.

Materialet viser også et ubehag hos informantene knyttet opp mot bruken av videofilming i SIM. Tre av informantene forteller likevel om en opplevet nytteverdi av nettopp det å se seg selv på videofilm, da dette gjør dem oppmerksom på egen væremåte og hva en eventuelt kunne ha gjort annerledes i situasjonen. Dette kommer frem blant annet i denne teksten fra intervjuet med Helene.

Intervjuer: *«Ja. Det kameraet kan jo være brutalt ærlig.»*

Helene: *«Ja. Men det er veldig fint å se. Jeg hadde jo kamera når jeg simulerte, og det var.. Selv om det er ubehagelig å se seg selv. Å høre seg selv. Så var det veldig fint å se. For man blir veldig mye mer oppmerksom. Man tenker ikke så mye over det når man sitter der i den situasjonen. Men så får man liksom sett litt. Hvordan man sitter. Hvordan man kommuniserer. Ja. Holdningen og sånn da»*

På direkte spørsmål om hva AKU kunne ha gjort annerledes i gjennomføringen av opplegget nevner samtlige informanter at de savner en større variasjon i scenarioer, med gradvis mer utfordrende situasjoner, heller enn at samme case ble repetert flere ganger. Som Idunn sier *«Vi lærer jo av å se på hverandre også»*. To av informantene sier også at det ville vært nyttig med case som gikk mer direkte på å håndtere aggresjon eller vold, eller å gjennomføre eksempelvis en tvangsmedisinering, da dette er situasjoner de ikke vil stå oppi i under praksisen, men likevel opplever at ville vært nyttig å ha erfaring med senere i yrkeslivet.

Avslutningsvis vil jeg vise til intervjuet med Helene: *«Jeg synes det har vært en veldig fin måte å lære på heller enn å bare. Siden jeg føler at vanlig type praksis er sånn at studenten må ta veldig mye initiativ selv, og finne ut av når man selv lurere på noe. Men her blir vi liksom matet med informasjon som man kanskje ikke viste at man trengte da på en måte. Så det er veldig fint.»*

6.0 DISKUSJON

6.1 Forventninger.

I materialet så vektlegger informantene både det å få praksisplass i spesialisthelsetjenesten og det å få møte pasienter med høyt symptomtrykk som noe positivt de så frem til. Helene hevder eksempelvis at studentene risikerer å få mindre relevante praksisplasser, og at hun derfor var svært fornøyd med en praksisplass på en akuttpsykiatrisk avdeling. Jeg har ikke lyktes med å få tak i en oversikt over hvilke praksisplasser HiOA hadde å tilby den aktuelle praksisperioden men, man har som sagt, sett en internasjonal trend med et lavere antall praksisplasser og anledninger til direkte pasientkontakt i helseutdanningene generelt (Brown, 2008; Brewer, 2011; Shin, Park & Kim, 2015; Wilford & Doyle, 2006). Det er likevel verdt å poengtere at Psykisk Helsevern består av et mangfold av ulike tjenestetilbud (Karlson og Borg, 2014), og derfor består av langt flere aktuelle læringsarenaer enn sengeposter i akuttpsykiatrien.

En tidligere litteraturgjennomgang gjort av Kameg et al (2009) viser at sykepleiestudenters negative forventninger, frykt, og engstelse kan hemme deres læring i møte med psykiatriske pasienter. At alle mine informanter forteller at de både gledet seg, og var mer spente enn før andre praksisperioder, bryter således noe med tidligere forskning, men kan nok godt forklares med utvalgsbias siden deltakelse i intervjuene var frivillig. Det er likevel interessant å se hvordan deres fordommer, til tross for tilsynelatende gode intensjoner og holdninger, påvirket deres forventninger til praksisperioden. Ord som «*gærne*», «*uflidde*», «*uforutsigbare*», «*aggressive*», «*zombier*» og lignende ble brukt til å beskrive hvilke forventninger de hadde i forkant av praksisperioden. Også en stigmatisering av hvordan psykiske lidelser gjelder andre kan sees i overraskelsen over at en som var «*vellykka, høyt utdannet, lege, for noen dager siden og så helt kokkelimonke i dag liksom.*». Det er selvsagt en glidende overgang her mellom forventninger og forkunnskap hos sykepleiestudentene. men jeg mener funnene likevel ligger tett opp mot tidligere resultater (Karlsen, 2009; Kameg et al, 2009), noe som kan tyde på et behov for å styrke kunnskapsbasen om psykisk helse, og uhelse, hos sykepleiestudenter. Et motargument vil selvsagt være at informantenes syn på, og kunnskap om, psykisk lidelse naturlig endret seg gjennom praksisperioden, og at læringen derved er sikret. Jeg synes likevel dette er et viktig, med tanke på det mangfoldet av praksisplasser av ulik kvalitet som sannsynligvis tilbys (Brewer, 2011; O`Connor, 2014), og at man derfor, muligens, ikke kan baserer seg på læring i praksis for alle studenter.

De negative forventningene til praksisstedet var, for meg, et av de mest oppsiktsvekkende funnene. Selv om praksisperioden var tett oppimot en periode med mye negativ mediaoppmerksomhet rundt psykiatrien gjennom VG sin «Psykiatriavsløringene» (Høie, 2016), så ble jeg overrasket over de negative forventningene til de ansatte i akuttpsykiatrien. Dette dukket dessverre opp sent i intervjuprosessen, og burde/bør derfor utforskes mer, men ved direkte spørsmål svarte begge de aktuelle informantene avkreftende på om dette var noe de hadde snakket studentene seg imellom om, eller med representanter fra Høgskolen om. Temaet burde ha blitt utforsket mer, men intuitivt vil jeg tro at en slik forventning til praksis øker utryggheten i starten av praksisperioden, og derfor også kan virke hemmende for læring.

6.2 Forkunnskap.

Studentenes opplevde mangel på kunnskap i forkant av praksisperioden kan forstås som sammenfallende med funnene til Kameg et al (2009), som poengterer manglende kunnskap hos sykepleiestudenter om psykiske lidelser og kommunikasjon med psykiatriske pasienter. I mitt materiale så vektlegges organisatoriske aspekter av utdanningen som grunn for dette, da informantene opplever at lite mellomrom mellom praksisperioder gir liten anledning til å forberede seg til den nye praksisperioden, samt at psykiatrifaget generelt er viet lite plass i studiet. Som Per sier så oppleves det som at: «*Fokuset er hele tiden på somatikken*». Man skal selvsagt være forsiktig med å trekke konklusjoner fra dette utvalget, men i forhold til CRM prinsippene vil jeg her nevne prinsippet «*Know your environment*» (Carne, Kennedy & Grey, 2011), og såkalt læringen gitt innen relevant faglig kontekst (Cant & Cooper, 2009). Med et uttalt mål om å skulle utdanne kvalifisert personal for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten (Kunnskapsdepartementet, 2008), så er det nok urimelig å forvente at studentene skal ha inngående kunnskap om alle ledd i helsetjenesten, men at de heller innehar basiskunnskap for såkalt handlingsberedskap. Da jeg ser det som rimelig å anta at en viss grunnkunnskap om fagfelt og praksissted vil være en fordel for læringsutbytte av SIM, tenker jeg likevel at enten utdanningsinstitusjon, eller praksissted, bør sikre at læringsmålene tar utgangspunkt i kunnskap som studentene allerede innehar. Enten ved å tilby praksisnære forelesninger, eller legge til rette for egenstudier ved å sende ut undervisningsmateriale, i forkant av simuleringene. Dette er kanskje særlig aktuelt på en akuttpsykiatrisk avdeling der fokuset på struktur og sikkerhetstiltak (Berg, 2008; Berring, 2009) antagelig vil være uvant fra tidligere yrkeserfaring (Sæther, 2013), samtidig som det legger føringer på hvilke sykepleieintervensjoner som er aktuelle i en gitt situasjon.

For studienes andre forskningsspørsmål (F2) kan også disse funnene ha betydning. Studentene forteller om lite, eller «*Veldig overfladisk.*», forkunnskap om aggresjon og vold. Viktigheten av kompetent personell har blitt presisert i offentlige føringer som en forutsetning for å redusere antall voldsepisoder (Arbeidstilsynet, 2017), og negative pasienterfaringer med tvang (NOU 2011:9). Noe som i det psykiske helsevernet har vist seg å være særlig viktig på Akutt, Intermediær og sikkerhetsavdelinger, hvor forekomsten av tvangsmiddelbruk antagelig er høyest (Bremnes, Halling & Bjørngaard, 2008), men også i andre ledd av helsetjenesten der det er en økende bevissthet om sykepleieres voldsutsatte rolle (Arbeidstilsynet, 2017). Den økende bevisstheten om at vold ikke oppstår i et sosialt vakuum, men heller skyldes en kombinasjon av pasient, personal og miljøfaktorer i samspill (Hatling, 2013), legger relativt høye krav til kunnskapsnivået hos sykepleierne som skal jobbe med disse problemstillingene. Med bakgrunn i en antagelse om at det kun er et fåtall praksisplasser som gir tilgang til såpass mange læringssituasjoner rundt aggresjonsproblematikk som akuttpsykiatrien, og det nasjonale fokuset på å øke kompetanse på å håndtere slike situasjoner, så mener jeg, i tråd med litteraturen (Brewer, 2011; O'Connor, 2014), at SIM kan være en effektiv måte å heve kompetansen hos store studentkull innen et nokså avgrenset kunnskapsområde. Da slik trening kan tilbys av utdanningsinstitusjonene uavhengig av praksisplassfordelingen til studentene.

6.3 Fra Usikkerhet til Trygghet.

Antagelig på bakgrunn av en god blanding av negative forventninger til praksisstedet, og en egenopplevd mangel på kunnskap, så forteller fire av intervjuobjektene om en følelse av utrygghet i forbindelse med å skulle ha praksis i akuttpsykiatrien. En usikkerhet som ofte kommer som uttrykk som en «*redsel for å si noe feil*», og derved utløse uforutsigbare reaksjoner hos pasientene de skulle møte. Studentenes opplevelse av SIM som en god start på praksisperioden virker å være i overensstemmelse med Brown som fremmer SIM som «*the artificial representation of a phenomenon or activity that allows participants to experience a realistic situation without real-world risks*» (Brown, 2008 s 638). Da mye av usikkerheten virker å være knyttet til akuttpsykiatrien som noe ukjent. SIM synes å skape trygghet gjennom å gi et innblikk i hva studentene går til. Noe som er i overensstemmelse med tidligere forskning (Cant & Cooper, 2009; Wilford & Doyle, 2006) Som Helene fortalte «*...så da følte jeg meg litt tryggere når jeg gikk tilbake til avdelingen og visste at, ja vi har noen maniske her, og de kan være sånn, men. Nå vet jeg litt mer om hvordan jeg kan være i en sånn situasjon da*».

I mitt materiale så virker læringseffekten av SIM å være påvirket av såkalt psychological fidelity (Bjørk, 2017) som særlig virker avhengig av to egenskaper ved markøren. For det første så vektlegges markørens evne til å overbevisende fremstille symptomer på psykisk lidelse, og for det andre så vektlegges, i mangel på et bedre ord, en viss fremmedhet mellom markør og deltakere. Det fremmes av informantene at læringsutbytte av SIM på AKU, opplevdes høyere enn tidligere erfaringer, mye på grunn av at de nå interagerer med en markør de ikke kjente som privatperson eller medstudent. Noe som muligens førte til en høyere emosjonell aktivering under SIM. Dette kan være et viktig poeng for de som ønsker å bruke SIM ved interntrening ved ulike institusjoner (Moldal, 2016), eller som en del av høgskoleundervisningen (Molnes & Hunstad, 2014).

Også tidspunktet for SIM må nok vektlegges. Casene som ble brukt av AKU er, etter min mening, nokså representative for hva slags pasienter studenter faktisk kan få ansvar for å følge opp som en del av praksisperioden sin. Jeg tror derfor at informantene har et godt poeng når de sier at casene underveis i praksisperioden burde ha vært mer utfordrende. Særlig hvis man ønsker å tilrettelegge for handlingskompetanse i mer utfordrende situasjoner enn hva man forventer at en student skal måtte mestre under praksis.

Et annet poeng i denne overgangen fra usikkerhet til trygghet, handler nok om de negative forventningene studentene hadde til pasientgruppen. Til tross for at det kan vektlegges at akuttpsykiatrisk behandling til en viss grad omhandler å ivareta personer med høy symptombelastning og «*ekstrem atferd*» (Berg, 2008; Ilner, 2012), så er det viktig å påpeke at pasientgruppen ofte blir møtt av mange negative fordommer, og at å arbeide i akuttpsykiatrien består av langt mer enn atferdshåndtering og sosial kontroll. Materialet tyder på at forståelsen av psykiske lidelser «*..utvider seg betraktelig*», når studentene erfarer at dette er en mye mer blandet pasientgruppe enn det de hadde forventet, og at pasientkontakten «*.faller jo litt mere naturlig enn det man tror da.*».

6.4 Skille mellom teori og praksis; er sykepleien et håndverk?

Diskusjonen rundt den såkalte akademiseringen av sykepleiefaget pågår den dag i dag (Heggen & Kirkevold, 2017), og at informantene opplevde et gap mellom teoretiske læringsmål og den praktisk yrkesrettete hverdagen kommer derved ikke som noen stor overraskelse. En overordnet diskusjon rundt dette er dessverre utenfor oppgavens rammer, men jeg vil likevel fremme Kaiser (2000) sin vektlegging av ulike typer kunnskaper. Selv om samtlige informanter vektlegger viktigheten av både teoretisk og praktisk kunnskap, så

kommer det frem i materialet en opplevelse av at det teoretiske bakteppet for praksisen kan virke høytstående og virkelighetsfjern for studentene, hvor de savner et fokus på mer praktiske ferdigheter. På direkte spørsmål om sykepleiestudentenes opplevde læringsutbytte av SIM virker det som om informantene vektlegger at SIM gir dem høyt læringsutbytte i konkrete ferdigheter, og dermed er mer «*Helt konkret på hva du står og går i her*», enn andre læringsmetoder de hadde erfaring med. Samtidig som det å kunne sitte igjen med følelsen av å ha konkrete sykepleieintervensjoner fremstår kjærkomment i forhold til opplevelsen av trygghet på praksisplassen. Noe som kan tolkes mot at et større fokus på praktiske ferdigheter i utdanningen, muligens også kan bidra til å fjerne den «steinen i magen» mange studenter forteller om i forkant av praksisperioden i psykisk helsevern (Karlsen, 2009).

Et viktig spørsmål her blir hvilke praktiske ferdigheter, eller sykepleieintervensjoner, bør vektlegges? Til tross for at Salzmann-Erikson (2013) vektlegger viktigheten av intervensjoner som tilstedeværelse, overvåking, beroligende teknikker, ivaretaging av sikkerhet, informering og redusering av stress, så kan dette igjen problematiseres for å være rimelig vage paraplybegreper for mange potensielle intervensjoner. Hva er for eksempel tilstedeværelse? At du sier at du er tilgjengelig hvis det skulle være noe? At du sitter 1,5 meter unna? 5 meter? Er ikke tilstedeværelse en beroligende teknikk? Det ser likevel ut til at informantene fort reflekterer på et relativt høyt nivå om dette. Som når Malene forteller om læringsutbytte i forhold grensesettingssituasjoner: «*Bare det å være stille. Å beholde roen. Stillheten. Det å bare være tilstede. Det føler jeg at jeg har fått lært i simuleringene. Hvordan forholde meg til de situasjonene der.*». Jeg tenker derfor at en av styrkene til CRM er fokuset på debriefingen hvor deltakerne skal reflektere over hendelsesforløpet i scenarioet. Erfaringsmessig vil man i denne fasen få diskusjoner over fordeler og ulemper med intervensjonene som ble brukt, og hvilke andre løsningsstrategier man kunne ha benyttet. Noe som kan bidra til en såkalt Mester-Svenn læring (Bjørk, 2017), da både studentene, og instruktørene, kan foreslå og diskutere konkrete handlingsforslag som de selv har tidligere erfaring med.

6.5 Tvang.

Utenom noen praksiserfaringer med utgangspunkt i observatørrollen, så hadde ingen av informantene tidligere erfaring med formell tvang. I tråd med Sæther (2013) sin observasjon så viser materialet at flere av de også blandet sammen ulike former for tvang når de snakker om det, og at de i forkant av praksisen hadde et bilde av tvang som kan sidestilles med bruk av mekaniske tvangsmidler eller kortvarig fastholding etter § 4-8 i PHL. Dette ble spesielt synlig i intervjuet av en av informantene som ikke hadde noen opplevelse av å bruke tvang

ovenfor sin primærpasient, men hvor det underveis i intervjuet etter hvert avdekket seg at det, ved all sannsynlighet, var fattet både *vedtak om tvungen behandling § 3-3*, *vedtak om skjerming § 4-3* og *vedtak om innskrenkning i kontakt med omverden etter § 4-5* etter PHL. Det kan selvfølgelig være kvaliteter ved gjennomføringen av vedtakene, eller pasienten selv, som gjør dette tilfellet spesielt, men jeg synes likevel det hadde vært oppsiktsvekkende med tanke på alle de negative pasienterfaringene som er beskrevet (NOU2011:9).

På direkte spørsmål om studentene trodde at SIM kunne bidra til å senke bruken av tvangsmidler delte informantene seg i to. Hvor tre vektla at de trodde SIM kunne bidra til dette ved at man kan øve på blant annet kommunikasjonsferdigheter i trygge omgivelser, noe de igjen trodde kunne bidra til en følelse av trygghet i reelle situasjon og at det derfor ble lettere å deskalere reelle situasjoner. Men de to andre vektla at simuleringen burde ha vært mer direkte knyttet mot tvangsmidler hvis den skulle ha hatt en slik virkning. Slik jeg tolker dette så ser vi her en forskjell hos informantene der noen av de drar en kobling mellom det å selv føle trygghet som en forutsetning for å kunne roe ned en konfliktsituasjon, noe som er i tråd med Berring, Pedersen & Buus (2016), mens de to andre heller ser på det mer teknisk, og derfor etterspør mer konkret ferdighetstrening for slike situasjoner. Som jeg har vært inne på tidligere, så ser vi i materialet mitt at studentenes opplevelse av trygghet og kunnskap om praktiske intervensjoner virker sammenknyttet. Noe som er i tråd med SIM sitt teoretiske bakteppe hvor faglig forankret refleksjon etter praktisk trening på ferdigheter, tenkes å kunne legge til rette for styrkning av studentenes faglige kunnskap, handlingskompetanse og selvtillit i senere reelle pasientmøter (Wilford & Doyle, 2006). Dette virker for meg i overensstemmelse med Berring, Pedersen og Buus (2016) sin studie av de-eskalerende intervensjoner, som tyder, blant annet, mot at helsepersonells tidligere erfaringer fra lignende situasjoner, og deres egen følelse av trygghet i situasjonen, er viktig for deres evne til å kunne møte aggresjon og vold med andre intervensjoner enn fysisk kontroll og tvangsmidler. Med tanke på at informantene mine i liten grad hadde tidligere erfaring og kunnskap fra slike situasjoner, og at de nå var i en posisjon der de kun skulle observere slike situasjoner, tenker jeg at simuleringen de deltok på mest av alt bidro til kjennskap til en akuttpsykiatrisk avdeling. I og med at informantene ga uttrykk for et ønske om større variasjon, og utfordring, i casene, heller enn å gjenta de samme, ville nok læringsmål mer rettet mot aggresjons- og tvangsmiddelbruk også ha gitt et større læringsutbytte i forhold til akkurat dette. Hvor jeg tenker at case som eksempelvis tar utgangspunkt i ulike «sårbarhetssammenhenger» (Bjørkly,

2001), kan gi studentene læring både om hvilke situasjoner vold ofte oppstår i, samt hvordan de hensiktsmessig skal kunne forholde seg til pasienten i slike situasjoner.

I forhold til bruk av SIM som et tiltak rettet mot pasientsikkerhet vektlegger Sollid et al (2016) at objektive mål på individuell læring ikke er nok. De poengterer at man ved større nasjonale målsettinger, som eksempelvis et nasjonalt rettet ønske om å senke tvangsbruk, så må tiltakene evalueres på individ, team og organisasjonsnivå. Moldal (2016) hevder for eksempel at SIM, sammen med andre tiltak rettet mot holdningsendring i personalgruppen, har bidratt til å senke bruken av tvangsmidler ved akuttpsykiatrisk avdeling på Lovisenberg Diakonale Sykehus, noe som er tråd med helsepolitiske føringer. Likevel ser man der en forskyvning fra bruk av mekaniske tvangsmidler, over til bruk av kortvarig fastholding og kortidsvirkende legemidler (Jacob, Olstad & Meland, 2016), noe som kan tyde på at antallet situasjoner hvor det har blitt vurdert nødvendig å benytte tvangsmidler er uendret. Et interessant spørsmål da, er hvorvidt man kan benytte SIM for å trene ansatte på risikovurdering og tidlige intervensjoner, for å så i større grad ytterligere kunne unngå slike situasjoner, eller om man, på grunn av arbeidets natur (Berg, 2008; Ilnér, 2012), må forvente det i blant vil være behov for å bruke tvangsmidler.

6.6 Medisinsk simulering.

Interessant nok så nevner ingen av informantene noen av basisprinsippene i CRM når de snakker om sitt opplevde læringsutbytte. Slik jeg leser materialet, så virker det heller som det opplevde læringsutbyttet er mer knyttet opp mot de mer grunnleggende prinsippene om utvikling av tekniske ferdigheter gjennom trening og repetering av motoriske ferdigheter, veiledning gitt av eksperter på området, læringen innen relevant faglig kontekst, samt aktivering av den emosjonelle delen av læringsprosessen (Cant & Cooper, 2009), som ligger mer generelt til grunn for SIM. Dette kan ha sammenheng med at instruktørene til AKU var relativt nykurset ved prosjektstart, og at CRM prinsippene muligens ble nedprioritert til fordel for andre fokusområder. Studier av læringseffekten av SIM har blitt møtt av kritikk fordi nettopp det pedagogiske bakteppet ofte har blitt utelatt (Brown, 2008). Det er derfor kanskje på tide med større, randomiserte, undersøkelser der man sammenligner ulike simuleringmetoder opp mot hverandre, før eventuelt større implementeringsforsøk blir gjort.

Vedrørende studiens andre forskningsspørsmål så er det også interessant at CRM prinsippene ikke nevnes av informantene. Da metodens, etter min mening, sitt fokus på ressurs forvaltning

i kritiske situasjoner ligger tett opp mot Hatling (2013) sitt poeng om at man kan unngå tvangsbruk ved mer hensiktsmessig ressursallokering i tvangsrelaterte situasjon.

Jeg ser i materialet også en støtte til såkalt Mester-Svennlæring i informantenes vektlegging av at instruktørene var knyttet til AKU og hadde lang klinisk erfaring. Som når Idunn snakker om tryggheten i at det var «eksperter» tilstede under refleksjonsdelen: «*At det sitter sånne eksperter der. Det er jo veldig sånn trygt. For da kan vi studenter på en måte snakke litt løst rundt det, og så kan de si «Nei sånn er det ikke», eller «Sånn er kjempebra». Så. Det er veldig greit.*». Noe som tyder på en opplevelse hos informantene av at de forventer å få vite hva som er «rett» eller «galt» i møte pasienter i klinikken.

6.7 Mentalisering på videofilm?

Mentalisering defineres, i denne oppgaven, som evnen til «*å se seg selv utenfra og andre mennesker innenfra*» (Wallroth, 2011 s 12). En evne Lillevik & Øien (2014) vektlegger da de mener at sykepleierens personlige kompetanse er sentral, blant annet i konfliktsituasjoner, og man derfor har et faglig og etisk ansvar for å bevisstgjøre seg hvordan en selv påvirker, og blir påvirket av, pasienten. I etterpåklokskapens ånd ser jeg at jeg i større grad burde ha utforsket informantenes opplevelse av å bli videofilmet i SIM, da materialet tyder på at begrepene *implisitt* og *eksplisitt mentalisering* (Lillevik & Øien, 2014) hadde fortjent ytterligere utforskning.

Slik jeg leser materialet så nevner tre av informantene at de opplevde et ubehag ved å se seg selv på video, som likevel ble overgått av læringsutbyttet de opplevde ved observere seg selv i interaksjon med andre. Denne bevisstgjøringen av, det Malena kalte, «*Hvordan du selv er*», opplevdes nyttig av informantene, både i forhold til ferdighetstrening, men også i forhold til en bevisstgjøring av hvordan de selv påvirket situasjonene de var sammen med pasientene i. Helene forteller at man blir: «*..veldig mye mer oppmerksom. Man tenker jo ikke så mye over det når man sitter der i den situasjonen*» når man ser seg selv på video. Dette kan tyde på at denne delen av SIM oppleves nyttig av studentene da det gir en slags direkte tilbakemelding av deres egen rolle, og handlinger, som profesjonell yrkesutøver, hvor de kan få innspill på hvordan de selv påvirker samhandling. For å vri på et tidligere sitat i denne oppgaven, så virker det som om videofilming kan gi innsikt i egne «*automatiske og umiddelbare fortolkninger av ansiktsuttrykk, kroppsspråk, de ordene som sies, stemmens klang, stillhet, blikk, berøring og tempo*» (Lillevik & Øien, 2014 s 85). Jeg skal være forsiktig med å antyde at litteratur om mentalisering kan gi det pedagogiske bakteppet som Bjørk (2017) etterspør i

litteraturen om SIM, men mener likevel at det er et tema som fortjener videre oppmerksomhet. Som Anders sier så: *«For når du ser på etterpå. Så blir du veldig oppmerksom på hva du kunne ha gjort annerledes».*

Jeg finner overnevnte sitatet viktig av to grunner. I denne oppgaven så støtter jeg meg på en forståelse av relasjoner mellom sykepleier og pasient som grunnleggende gjensidige, der sykepleier og pasient påvirker hverandre både bevisst og ubevisst (Karlson & Borg, 2014). Likevel vil jeg fremheve at det er sykepleieren, som den profesjonelle i relasjonen, som har det faglige, og etiske, ansvaret for innholdet i denne relasjon. Selv om jeg langt på vei kan være enig med Lillevik & Øien (2014) i at det ikke er mulig, eller ønskelig, å fult ut legge fra seg sin personlige kompetanse i møte med pasienter. Så mener jeg likevel at det er viktig å holde en balansegang langs kontinuumet av profesjonell distanse (Bang, 2003), der man gjør faglige vurdering på hvordan, og hvorfor, en fremstår for den andre. Slik jeg forstår materialet så kan det se ut som at SIM kan styrke denne evnen til å se seg selv utenfra hos deltakerne. Dette mener jeg også er viktig i forhold til bruken av tvangsmidler. Selv om jeg innledningsvis har påstått at man som sykepleier i akuttpsykiatrien har liten innvirkning på hvorvidt pasienter blir tvangsinnlagt eller ikke, så mener jeg sykepleieren kan ha en stor innvirkning både på pasientens opplevelse av tvang, og for om konfliktsituasjoner utvikler seg dit at det blir nødvendig med tvangsmidler. Som en del av miljøpersonalet er sykepleierne tilstede i avdelingen døgnet rundt, og er ofte den utførende aktøren av behandling som pasienten ikke selv ønsker. Jeg har vansker for å tro at det kan være uheldig med større selvrefleksjon rundt hvordan vi selv fremstår i slike situasjoner.

7.0 KONKLUSJON

Denne undersøkelsen er basert på kvalitative intervjuer av et begrenset utvalg, hvor jeg mener at materialet ikke ga meningsmetning da det enda er temaer og nyanser som burde ha blitt utforsket videre. Det er derfor problematisk å trekke konklusjoner for studenter utenfor den undersøkte gruppen. Jeg mener likevel at undersøkelsen gir innsikt i noen viktige temaer som fortjener videre utforskning med metodiske tilnærminger som gjør det mulig å undersøke større datasett. Da særlig med tanke på å kunne sammenlikne ulike former for SIM med større utvalg på tvers av ulike utdanning- og praksisplasser. Videre undersøkelser bør også vektlegge et brukerperspektiv. Hvor man utforsker hvorvidt pasientene selv opplever en nytte av at sykepleiere deltar på SIM, og hvilke situasjoner pasientene selv mener er viktige for videre kompetanseheving.

Funnene i denne studien indikere at studentene opplever SIM som en nyttig læringsmetode i forkant av en praksisperiode på en akuttpsykiatrisk sengepost. Dette synes å bero på at SIM gir praksisnære erfaringer med direkte pasientkontakt med en pasientgruppe som mange av studentene opplever å være utrygge på, og å ha lite kunnskap om. Erfaringer fra SIM virker å redusere de negative forventningene studentene har for pasientgruppen ved at de får erfaring med hva som faktisk møter dem i klinikken. Flere studenter forteller også om økt trygghet gjennom en opplevelse av å lære seg konkrete ferdigheter hvor de blir veiledet av «eksperter» på området. Alt i alt så virker dette å støtte SIM sitt fokus på fire fasetter av læring i sykepleieutdanning: utvikling av tekniske ferdigheter gjennom trening og repetering av motoriske ferdigheter, veiledning gitt av eksperter på området, læringen gitt innen relevant faglig kontekst, samt aktivering av den emosjonelle delen av læringsprosessen.

Denne oppgaven støtter seg på en forståelse av at relasjoner mellom sykepleier og pasient i psykisk helsevern må forstås som i gjensidig påvirkning av hverandre. Materialet tyder på at SIM kan bidra til selvrefleksjon i forhold til hvordan studentene selv påvirker, og blir påvirket, i samhandling med pasienten. Ytterligere utforskning av hvordan videofilming påvirker selvrefleksjon bør gjøres.

REFERANSER

- Arbeidstilsynet (2017). Vold og trusler i forbindelse med arbeidet. Forebygging, håndtering og oppfølging. *Arbeidstilsynets best.nr 597*
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Berg, J.E. (2008). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertervig Forlag
- Berring, L. (2009). Sygeplejefaglige interventioner i opkørte situationer. I: Buus, N (red). *Psykiatrisk Sykepleje*. København: Dansk Sygeplejeråd
- Berring, L.L., Pedersen, L., & Buus, N. (2016). Coping with violence in mental health care settings: Patient and staff members perspectives on de-escalation practices. *Archives of Psychiatric Nursing 30s 499-507*
- Bjørgen, D., Storvold, A., Norvoll, R. & Husum, T.L. (2014). *Alternativer til tvang 1. Sett fra et bruker og fagperspektiv*. Porsgrunn: Erfaringskompetanse
- Bjørk, I.T. (2017). Muligheter og utfordringer i simulering som pedagogisk metode. I Mauseth, S. & Smeby, J-C. (RED). *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjørkly, S. (1997). *Aggresjon og Vold. Teori, Analyse og Terapi*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag
- Bjørkly, S. (2001). *Aggresjonens Psykologi. Psykologiske perspektiver på aggresjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brewer, E.P. (2011). Successful Techniques for using Human Patient Simulation in Nursing Education. *Journal of Nursing Scholarship. 43:3 s 311 – 317*
- Brown. J.F. (2008). Applications of simulation technology in psychiatric mental health nursing. *Journal of psychiatric an mental heath nursing 15 s 638 – 644*
- Burr, V. (2003). *Social Constructionism. 2ed*. New York: Routledge
- Bøe, T.D., & Thomassen, A. (2007). *Fra Psykiatri til Psykisk Helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget
- Cant, R.P., & Copper, S.J. (2009) Simulation-based learning in nurse education: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing. 66 (1) 3 – 15*
- *Carne, B., Kennedy, M., & Gray, T. (2011). Review article: Crisis Resource Management in Emergency Medicine. *Emergency Medicine Australasia s 1 - 7*
- dÈttore, G., & Pellicani, V. (2017). Workplace Violence Towards Mental Heath Workers Employed in Psychiatric Wards. *Safety and Health at Work (In press) s 1-6* Hentet 01.09.17 fra: <http://dx.doi.org/10.1016.j.shaw.2017.01.004>
- Dahm, K.T., Odegaard-Jensen, J., Husum, T.L., & Leiknes, A. (2015). Interventions for reducing coercion in mental health for adults: A systematic review and the impact of updating. *Journal of Brain Sciences 1 (1) s 1 – 23*
- Dieseth, R. (Red) (2017). *I den beste hensikt. Tvang i psykisk helsevern i skjæringspunktet mellom jus og psykiatri*. Oslo: Michael 14: 20

- Duxburry, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and Patient perspectives. *Journal of advanced Nursing*. 50 (5) s 469 - 78
- Geirdal, A.Ø., & Varvin, S. (2017). *Relasjoner i Psykisk Helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hatling, T. (2013). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. I Norvoll, R. (red). *Samfunn og Psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige Perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver På Psykisk Lidelse – å forstå, beskrive og behandle* (3utg). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Heggen, K. (2010). *Kvalifisering for profesjonsutøving*. Oslo: Abstrakt forlag
- Heggen, K. & Kirkevold, M. (2017). Mastergrad i avansert klinisk sykepleie – «mastersyke» eller mestringskompetanse? I Mauseth, S. & Smeby, J-C. (RED). *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2016). *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015*. (Rapport 11/2016) Hentet fra:
https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1251/Kontroll_av_tvang_2015_I_S-2452-2015.pdf
- Høgskolen i Oslo og Akershus (2017). *Kvalitetsrapport HiOA studieåret 2015-2016*. Lastet ned 31.08.17 fra:
www.hioa.no/content/download/123395/3193361/file/Kvalitetsrapport%2520HiOA%25202014-2015
- Høie, B. (2016, 11. april). Bruken av tvang går ikke ned. Det kan vi ikke leve med. *Aftenposten*. Lastet ned 15.04.16 fra <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Bruken-av-tvang-i-psykiatrien-gar-ikke-ned-Det-kan-vi-ikke-leve-med--Bent-Hoie-8421476.html>
- Ilnér, S.O. (2012) *Akuttpsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Iozzino, L, Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., de Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk factors of violence by psychiatric acute patients: A systematic review and meta-analysis. *PLOS One* 10 s 1 - 18
- Irwing, A. (2006). The nurses role in management of aggression. *Journal of mental and psychiatric nursing*. 13 (3) s 309 – 318
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget
- Jacob, R., Olstad, J., & Veland, M. (2016). *Redusert bruk av mekaniske tvangsmidler – Er det mulig?* Lastet ned 23.09.17 fra <https://www.lids.no/avdelinger/psykiatrisk-klinikk/reduksjon-av-tvang/>
- Johannssen, A., Tufte, P.A., & Kristoffersen, L. (2005). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 3 utg. Oslo: Abstrakt Forlag
- Kameg, K., Mitchell, A.M., Clochesy, J., Howard, V.M., & Suresky, J. (2009). Communication and Human Patient Simulation in Psychiatric Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*. 30 s 503 – 508

- Karlsen, R. (2009). Stein i magen – Sykepleiestudenters møte med psykiatrisk praksis. *Sykepleien Forskning*
- Karlson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk Helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Kaiser, M. (2000). *Hva er vitenskap?* Oslo: Universitetsforlaget
- Kristiansen, P.J.L. (2016). Miljøterapi er helsevesenets største bløff. *Sykepleien Mening*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2016/08/miljoterapi-er-helsevesenets-storste-bloff>
- Kelly, M.A., Berragan, E., Husebø, S.E., & Orr, F. (2016). Simulation in Nursing Education – International Perspectives and Contemporary Scope of Practice. *Journal of Nursing Scholarship* 48:3 s 312-321
- Kunnskapsdepartementet (2008). Rammeplan for sykepleieutdanningen. Fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju. 2utg.* Oslo: Gyldendal Akademiske
- Kvernbekk, T. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver. I T. Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 19-78). Oslo: Unipub
- Lillevik, O.G. (2016). Helsevesenets største bløff? *Sykepleien Mening*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2016/08/helsevesenets-storste-bloff>
- Lillevik, O.G., & Øien, L. (2014) *Miljøterapeutisk arbeid med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning. 3 utgave*. Oslo: Universitetsforlaget
- Moldal, E. (2016). Simulering demper uro og gir mindre tvangsbruk. *Sykepleien nr 1 s 46 – 48*
- Molnes, S.I. & Hunstad, I.K. (2014) Kan simuleringstrening forberede studentene til praksis? *Psykisk Helse og Rus 1-2014 s 26 - 29*
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk. [Kap. 8]
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Doktorgradsavhandling. Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- NOU 2011:9 (2011): *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- O'Connor, T. (2014). The role of Simulation in Nursing Education. *Kai Tiaki Nursing New Zealand. Vol 20 no 1 s 11 – 12*
- Penzo, T. & Texmon, J. (2016) *Klinisk simuleringstrening i ambulante team* (Masteroppgave i Psykisk Helsearbeid). HiOA, Oslo.

- *Rall, M., & Dieckman, P. (2005). Crisis Resource Management to improve patient safety. *Euroanesthesia* s 107 – 111
- Salzmann-Erikson, M. (2013) Stability in Intensive Psychiatry: A Concept Analysis. *Perspectives in Psychiatric Care* 50 s 122 – 131
- Shin, S., Park, J-H., & Kim, J-H. (2015). Effectiveness of patient simulation in nursing education: Meta-analysis. *Nurse Education Today* 35 s 176-182
- *Sollid, J.M.S., Dieckman, P., Aase, K., Søreide, E., Ringsted, C., & Østergaard, D. (2016). Five topics health care simulation can address to improve patient safety: Results from a consensus process. *Journal of Patient Safety* Vol 0 Nr 0 s1- 9
- St.meld. Nr. 25 (1996 - 1997). Åpenhet og Helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet. Oslo: Sosial og Helsedepartementet. Hentet 08. Juni 2010 fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086
- Syse, A. (2007). *Psykisk Helsevernloven med kommentarer. 2 utg.* Oslo: Gyldendal Akademiske
- Sæther, O. (2013). Makt, avmakt og psykisk helse. Etske perspektiver ved bruk av tvang. I Mesel, T., & Leer-Salvesen, P. (red). *Makt og avmakt. Etske perspektiver på feltet psykisk helse.* Kristiansand: Portal forlag
- Tørrisen, T. (2007). Tvangsinnleggelse i en akuttpsykiatrisk post. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr. 16* 2086 - 9
- Varvin, S. (2017). Eksil I fremmedfryktens og traumatiseringens skygge. I Geirdal & Varvin (RED). *Relasjoner I Psykisk Helsearbeid.* Oslo: Universitetsforlaget
- Vessy, J.A., & Huss, K. (2002) Using standardized patients in advanced practice nursing education. *Journal of Professional Nursing* Vol 18, No 1 s 29 – 35
- Wallroth, P. (2011). *Mentaliseringsboken.* Oslo: Arneberg Forlag
- Wilford, A., & Doyle, A. (2006). Integrating simulation training into the nursing curriculum. *British Journal of Nursing.* Vol 15 No 11 a 604 - 607
- Wynn, R. (2002). Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences Volume 16, Issue 3 s 287–291*
- Aarre, T. (2010). *Manifest for Psykiske Helsevern.* Oslo: Universitetsforlaget.

Hanne Sofie J Dahl Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus Postboks 4 St. Olavs plass 0130 OSLO

Vår dato: 08.11.2016

Vår ref: 50579 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.10.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

50579 Sykepleiestudenters opplevde læringsutbytte av medisinsk simulering ved en akuttpsykiatrisk avdeling - En kvalitativ studie Behandlingsansvarlig Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder Daglig ansvarlig Hanne Sofie J Dahl Student Nils Kristian Davik

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Vedlegg: Prosjektvurdering Kopi: Nils Kristian Davik nilskristian.davik@gmail.com

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 50579

INFORMASJON OG SAMTYKKE Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

TAUSHETSPLIKT Informantene i prosjektet er sykepleiestudenter, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger om pasienter. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

INFORMASJONSSIKKERHET Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING I meldeskjemaet/informasjonskrivet har dere informert om at forventet prosjektlutt er 31.12.2017. Ifølge meldeskjemaet skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger, slette eller omskrive indirekte personopplysninger og slette digitale lydopptak.

INTERVJUGUIDE 1

Kan du fortelle litt om din egen bakgrunn?

- Utdanning
- Yrkeserfaring

Kan du fortelle litt om forventningene du hadde til praksisperioden på akuttpsykiatriskseksjon?

- Egne forventninger
- Undervisning i forkant av praksisperioden

Hvordan opplevde du å delta på medisinsk simulering?

- Tidligere erfaring med metoden?
- læringsutbytte?
- Relevans/samsvar i forhold til læringsmål/fagplan til HiOA

Syns du at du lærte noe som kan være nyttig til å eventuelt begynne å jobbe på en akuttpsykiatrisk sengepost?

- Hva?
- Lærte du noe her som du ikke hadde lært av «vanlig» praksis

Tror du denne læringsmetoden kan bidra til å senke bruken av tvangsmidler ovenfor pasienter?

- Hvorfor/hvorfor ikke?

Tenker du at det er noe jeg burde ha spurt deg om/noe du ønsker å si før vi avslutter intervjuet?

INTERVJUGUIDE 2

Kan du fortelle litt om din egen bakgrunn?

- Utdanning
- Yrkeserfaring, (akutterfaring, bar, etc)
- Erfaringer med tvangsbruk fra tidligere?

Kan du fortelle litt om forventningene du hadde til praksisperioden på akuttpsykiatriskseksjon?

- Hva tenkte du når du fikk vite at du skulle hit?
- Egne forventninger
- Hva tenkte du at du skulle lære?
- Undervisning i forkant av praksisperioden (var du på forelesninger?)

Hvordan syns du det har vært å være her i praksis til nå?

- Opplevelse av pasientens sykdom/situasjon
- Vanskelige situasjoner (tvangsmedisineringer, tvangsbehandling, skjerming etc)

Hvordan opplevde du å delta på medisinsk simulering?

- Tidligere erfaring med metoden?
- læringsutbytte?
- Føler du deg tryggere i møte med pasientene?
- Relevans/samsvar i forhold til læringsmål/fagplan til HiOA

Syns du at du lærte noe som kan være nyttig til å eventuelt begynne å jobbe på en akuttpsykiatrisk sengepost?

- Hva?
- Lærte du noe her som du ikke hadde lært av «vanlig» praksis

Tror du denne læringsmetoden kan bidra til å senke bruken av tvangsmidler ovenfor pasienter?

- på hvilken måte tenker du at det kan bidra?

Tenker du at det er noe jeg burde ha spurt deg om/noe du ønsker å si før vi avslutter intervjuet?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Sykepleiestudenters opplevde læringsutbytte av medisinsk simulering”

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å evaluere bachelorstudenter i sykepleie sitt opplevde læringsutbytte av metoden medisinsk simulering som en del av praksisperioden i psykisk helsearbeid ved akuttpsykiatrisk seksjon. Prosjektet er en mastergradstudie i Psykisk Helsearbeid ved HiOA.

Medisinsk simulering er en pedagogisk metode hvor helsepersonell får trene på kliniske casus og scenarioer der de i stedet for å utføre sitt fag på mennesker trener på simulatorer. Seksjon for Akuttpsykiatri OUS, Ullevål har fått tildelt prosjektstøtte for å implementere denne metoden som en del av praksistilbudet til praksisstudenter i sykepleie. Utvalget til denne studien vil være studentene som har sin praksisperiode ved seksjonen fra nyåret 2017 til juli 2017.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagere til undersøkelsen bes om å stille til et intervju av ca en times varighet. Intervjuet gjennomføres på et egnet rom ved seksjonen og tidspunktet kan tilrettelegges din praksisturnus. Intervjuet vil i hovedsak fokusere på ditt læringsutbytte av medisinsk simulering, men du vil også bli spurt om tidligere arbeidserfaring og utdanning som kan være relevant i forhold til problemstillingen. Intervjuet vil bli tatt opp med en elektronisk lydopptaker. Det vil ikke bli innhentet andre opplysninger om deg enn de du selv velger å fortelle om under intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun u.t og min veileder ved HiOA, Hanne Sofie Johnsen Dahl, vil ha tilgang til lydfilene. Lydfilene vil bli oppbevart i et låst skap som kun u.t har tilgang til og transkripsjonen vil gjøres på en egnet datamaskin ved HiOA som ikke er tilkoblet internett. Det vil ikke foreligge en navneliste som vil gjøre filene identifiserbare utenom innholdet på selve lydfilen.

Intervjuene vil gjennom transkripsjon og analysefasen bli anonymisert, og eventuelle sitater fra intervjuene vil bli omskrevet, slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne deltakerne i masteroppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 30.12.17. Lydopptak vil da bli slettet. Transkripsjonene vil bli oppbevart til etter sensur av oppgaven og vil deretter bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektansvarlig Nils Kristian Davik (95278541) eller veileder Hanne Sofie Johnsen Dahl (h.s.j.dahl@medisin.uio.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Scenario 1 - mani, grensesetting

Læringsmål:

1. Mestre å sette grenser for seg selv.
2. Observere tegn på mani.

Info til student:

Rita Johansen er 28 år og innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling. Hun er kjent på avdelingen fra et par tidligere innleggelse. Hun ønsker å være venn med studentene. Hun er manisk, og svingende i stemningsleiet. Hun er lett krenkbar og liker ikke å bli satt grenser for i fellesarealet. Hun har tidligere vært innlagt for psykoselidelse. Rita er student, men har hatt pause fra studiene siste halve året. Hun er singel.

Info til pasient:

Se scenariobeskrivelse.

ønsker å være venn med studentene

manisk, og svingende i stemningsleiet

er lett krenkbar og liker ikke å bli satt grenser for i fellesarealet

Rita er student, men har hatt pause fra studiene siste halve året. Hun er singel.

Kjøreplan: Briefing av scenario 1 om Rita.

- 1) **Fokusere på pasienten i situasjonen:** Be studentene se for seg Rita, og komme med tanker om hvordan hun har det. Hvordan kan det oppleves å være manisk og svinge raskt i stemningsleiet? Hvordan ser mani ut? Fokuset ligger på Ritas atferd og opplevelse. Spørre om hvorfor de tror at Rita ønsker å være venn med studentene (grandiositet? grenseløshet? behov for å være noe?), og be de komme med forslag til hvordan de kan forholde seg til dette.
- 2) **Fokusere på egne følelser og reaksjoner i situasjonen:** Spør studentene om hvordan *det oppleves* for eksempel å bli sterkt oppfordret til å fortelle noe de ikke har lyst til. Når er det for mye og for nærme? Målet er å hjelpe studentene til å kunne sette ord på hvilke følelser som oppstår når grensen deres er nådd, og på hvilken måte de reagerer med kroppsspråket sitt (se seg selv utenfra for å bevisstgjøre seg sin fremtoning overfor med pasienten).
- 3) **Fokusere på samspillet i situasjonen:** Spørre studentene om hvordan de tydelig kan formidle egne grenser. Når de kommer med forslag til hva man kan si, be dem konkretisere med konkrete setninger og vise med kroppsspråk (Fokusere på bruken av «Jeg», «meg», «mitt»). Poenget er at de ikke skal sette grenser for Rita, men gjøre henne oppmerksom på deres grenser.
- 4) **Skriv opp de forslagene studentene kommer med på tavla:** På den måten blir forslagene lettere å huske og å bruke i simuleringen og i debriefingen. Gi positive tilbakemeldinger når det kommer gode forslag, for å øke selvtilliten hos studentene.
- 5) **Fokusere på fagkunnskap og holdninger i situasjonen:** Spørre studentene om hvorfor det er riktig å sette grenser for seg selv og ikke for Rita i denne situasjonen (Poenget er at studentene skal se at Rita er i en sårbar situasjon sammenlignet med studentene: Hun er selv innlagt, har en psykisk lidelse og har opplevd tap ift studiesituasjon). Å grensesette henne kan føre til en opplevelse av krenkelse for Rita.
- 6) **En liten oppsummering med fokus på viktigheten av å:**
 - a. *sette seg inn i pasientens situasjon.*
 - b. *gjøre seg opp noen tanker om hvordan man selv ville blitt møtt i en utsatt situasjon,*
 - c. *tenke konkret gjennom hvordan det er naturlig for den enkelte student, ut fra hvordan man er som person vil gå fram i møtet med pasienten.*
- 7) Hjelp studentene med å forstå at det er denne bevisstgjøringen og den bevisste bruken av relasjonsforståelse, personlige egenskaper og faglig kunnskap som er terapeutisk i møtet med pasienten. Dette er forutsetninger for å etablere en terapeutisk relasjon.

Scenario 3 (Suicidal pasient)

Læringsmål:

Skape en tillitsvekkende allianse, få informasjon om tilstand/mulig suicidalitet, vurdere aktuelle tiltak.

Info til student:

Du møter Even for første gang på avdelingen. Han har et suicidforsøk bak seg med tabletter, men overlevde. Nå har han kommet til avdelingen etter eget samtykke. Han er svært nedfor og opplever sterk grad av meningsløshet og håpløshet. Han sier at han skulle ønske han døde av dosen.

Info til pasient:

Du sitter fremoverbøyd med hodet i hendene, og har en litt avvisende holdning. Det tar lang tid fra du får et spørsmål fra studenten til du svarer. Tar ikke initiativ til samtale. Hvis studenten hilser på deg og presenterer seg, møter du blikket og svarer tilbake at alt er meningsløst og håpløst. Hvis studenten stiller lukkede spørsmål (ja/nei-spørsmål), svarer du med enstavelserord. Hvis studenten sier at hun/han ønsker å høre om hva som har skjedd, uttrykker et ønske om å hjelpe deg og/eller stiller deg direkte, åpne spørsmål, møter du han/hennes blick og svarer mer utfyllende.

Kjøreplan: Briefing av scenario 1 om Even/Eva.

- 1) **Fokusere på pasienten i situasjonen:** Be studentene se for seg Even, og komme med tanker om hvordan han har det. Hvordan kan det oppleves å være så langt nede at man ikke ser noe håp for fremtiden? Hvordan ser depresjon ut? Kan man se at noen tenker på å ta livet sitt? Fokuset ligger på de følelsene som Even uttrykker i caset- meningsløshet og håpløshet. Målet med dette er at studentene skal kjenne litt på følelsene selv, og forsøke å forstå at Even er i en krise. Be de komme med forslag til hvordan de kan forholde seg til dette. *(Bruke egne erfaringer)*
- 2) **Fokusere på egne følelser og reaksjoner i situasjonen:** Spørre studentene om hvordan de tror det er viktig for Even å bli møtt i den situasjonen han er i. Hvordan ville du ha blitt møtt i en sånn situasjon? Hva ville du ha hatt behov for? Det er viktig å hjelpe studentene til å være så konkrete som mulig. Når de for eksempel svarer at det er viktig å møte han med respekt, be dem konkretisere for eksempel hva man kan si (konkrete setninger), vise med kroppsspråk og fremstå for å vise Even at de har respekt for han og hans situasjon. *(Bruke seg selv)*
- 3) Spør studentene om hvordan *det oppleves* for eksempel å bli sterkt oppfordret til å fortelle noe de ikke har lyst til. Når er det for mye og for nærme? Målet er å hjelpe studentene til å kunne sette ord på hvilke følelser som oppstår når grensen deres er nådd, og på hvilken måte de reagerer med kroppsspråket sitt (se seg selv utenfra for å bevisstgjøre seg sin fremtoning overfor med pasienten).
- 4) **Fokusere på samspillet i situasjonen:** Spørre studentene om hvordan de kan stille spørsmålene for å få mest mulig informasjon av Even? Hvilke forventninger har de til hvem som skal «dra» samtalen? Når de kommer med forslag til hva man kan si, be dem konkretisere med konkrete setninger og vise med kroppsspråk .
- 5) **Skriv opp de forslagene studentene kommer med opp på tavla:** På den måten blir forslagene lettere å huske og å bruke i simuleringen og i debriefingen. Gi positive tilbakemeldinger når det kommer gode forslag, for å øke selvtilliten hos studentene.
- 6) **Fokusere på fagkunnskap og holdninger i situasjonen:** Spørre studentene om hvilke opplysninger de tenker at det er viktig å få rede på i en samtale med Even ut fra den situasjonen han er i. (Poenget her er å hjelpe studentene til å se at Even fortsatt er i en «ustabil» situasjon hvor han kanskje fortsatt har planer om å ta sitt liv, og viktigheten av å stille konkrete spørsmål for å få konkrete svar). *(Bruke fagkunnskap)*
- 7) **En liten oppsummering med fokus på viktigheten av å:**
 - a. *sette seg inn i pasientens situasjon.*
 - b. *gjøre seg opp noen tanker om hvordan man selv ville blitt møtt i en utsatt situasjon,*
 - c. *tenke konkret gjennom hvordan det er naturlig for den enkelte student, ut fra hvordan man er som person vil gå fram i møtet med pasienten.*
- 8) Hjelpe studentene med å forstå at det er denne bevisstgjøringen og den bevisste bruken av relasjonsforståelse, personlige egenskaper og faglig kunnskap som er terapeutisk i møtet med pasienten. Dette er forutsetninger for etablere en terapeutisk relasjon.