

Brukermedvirkning under skjerming i akuttpsykiatri

*En kvalitativ studie av muligheter for medvirkning
under tvangsbehandling.*

av

Wenke Iren Gamme

*Veileder Førsteamanuensis i sosialt arbeid /
psykisk helsearbeid Amy Østertun Geirdal*

*Tverrfaglig master i psykisk helsearbeid
Avdeling for sykepleieutdanning*

Høgskolen i Oslo

27 april 2011

Sammendrag

I de siste årene har det vært økt fokus på brukermedvirkning innenfor psykisk helsevern. Tidligere forskning sier lite om muligheter for brukermedvirkning under skjerming. Mange pasienter gir tilbakemeldinger om krenkelsers, maktbruk og liten deltagelse under skjerming i akutt psykiatrisk post (Karlsson, 2004; Norvoll, 2007). Helse- og omsorgsdepartementet har gitt ut en forskrift om bruk av skjerming (2006) hvor det står; ”ved bruk av skjerming skal det legges til rette for at pasienten gis så stor innflytelse på tiltaket som mulig”. Der kommer det tydelig frem at pasienten skal kunne yte innflytelse under gjennomføringen av sin skjerming. Hensikten med denne studien er å øke kunnskapen rundt pasientens muligheter for brukermedvirkning under skjerming. Åtte intervju av sykepleiere utgjør datamaterialet, og Grounded theory er brukt som analytisk tilnærming. Den kvalitative tilnærmingen til feltet viser at det fremkommer både hindringer, tilpasninger og muligheter for brukermedvirkning under skjerming. Begrepet anerkjennelse viser seg å være viktig for inkludering av brukermedvirkning.

Nøkkelord: Akuttpsykiatri, skjerming, brukermedvirkning og anerkjennelse.

Abstract

In recent years there has been an increased focus on user involvement in mental health care. Previous research has little to say about opportunities for user interaction during the seclusion. Many patients give feedback on violations, force and low participation during seclusion in the acute psychiatric wards. Health and Care Services has issued a regulation on the use of seclusion, which states: "the use of seclusion should be taken to ensure that the patient is given such an influence on the measure as possible". There it is evident that the patient should be able to provide influence during the implementation of its seclusion. The purpose of this study is to increase the knowledge about the patient's possibilities for user interaction during the seclusion. Eight interviews with nurses make up the data, and Grounded theory is used as an analytical approach. The qualitative approach to the field shows that both obstacles, adaptations and opportunities for user participation, appear during the seclusion. The concept of acknowledgement turns out to be important for the inclusion of user involvement.

Keyword: Acute Psychiatric Wards, seclusion, user participation and acknowledgement.

Forord

Denne masteroppgaven er et resultat av 3 års tverrfaglige studie i psykisk helsearbeid ved avdeling for sykepleieutdanning ved Høgskolen i Oslo. Min interesse har vokst frem gjennom flere års arbeid innen akuttpsykiatri og prosjektarbeid om skjerming og brukermedvirking. En spesiell takk rettes til sykepleier og dr. polit (sosiologi) Reidun Norvoll for starthjelp og innspill under prosessen med denne studien. Hennes doktorgradsavhandling om skjerming i akuttposter har inspirert meg til å jobbe videre innen dette feltet, som jeg opplever som viktig for utvikling innen psykiatrisk behandling. Jeg har vært opptatt av å styrke pasientens rolle på skjerming, for å bedre deres opplevelse av behandlingen. For å øke medvirking under skjerming må vi som personale slippe pasienten til.

Derfor har mine åtte informanters erfaringer, som sykepleiere på skjerming, vært uunnværlige og jeg retter en stor takk til dere for et solid bidrag til denne masteroppgaven. Jeg opplevde reflekterte sykepleiere som ønsket det beste for sine pasienter.

Min veileder Førsteamanuensis i sosialt arbeid / psykisk helsearbeid Amy Østertun Geirdal ved Høgskolen i Oslo har vært en god støtte og pådriver, gjennom både frustrasjonen og gleder. Du har gjennom konstruktiv veiledning åpnet opp for ny tenkning der jeg har stått fast. Takk for ditt engasjement, din tålmodighet og faglige innsikt.

Jeg vil takke mine ledere i avdeling for Akutt- og korttidspsykiatri på Reinsvoll, for å ha lagt til rette for at min masterstudie kunne gjennomføres, og mine herlige kolleger som har hatt tålmodighet med min varierende tilstedeværelse gjennom 3 år.

Jeg vil også rette en stor takk til mine tre tålmodige barn, som har holdt ut disse tre årene hvor noe av deres fritid har blitt brukt til mitt skolearbeid.

Reinsvoll 27. april 2011

Wenke Iren Gamme

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	- 2 -
ABSTRACT	- 3 -
FORORD	- 4 -
1.0 INNLEDNING	- 7 -
1.1 Bakgrunn for studien	- 7 -
1.2 Studiens formål og problemstilling	- 8 -
1.3 Begrepspresisering og avgrensning av oppgaven	- 8 -
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME.....	- 10 -
2.1 Skjerming og tvang	- 10 -
2.2 Brukermedvirkning og skjerming	- 11 -
2.2.1 Forståelsen av brukermedvirkning i tilknytning til skjerming	- 11 -
2.2.2 Etikk i forhold til brukermedvirkning og skjerming	- 13 -
3.0 DESIGN OG METODE	- 14 -
3.1 Vitenskapsteoretisk fundament	- 14 -
3.2 Valg av metode	- 15 -
3.3 Grounded theory	- 15 -
3.4 Gjennomføring av datainnsamling	- 16 -
3.4.1 Rammen rundt intervjuet.....	- 17 -
3.5 Analysetrinnene i Grounded theory	- 18 -
3.5.1 Åpen koding.....	- 18 -
3.5.2 Aksial koding.....	- 20 -
3.5.3 Selektiv koding.....	- 22 -
3.6 Kritisk vurdering av studien	- 24 -
3.6.1 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet.....	- 24 -
3.6.2 Etske hensyn	- 26 -
3.6.3 Styrker og svakheter ved studien.....	- 27 -

4.0	PRESENTASJON OG DRØFTING AV RESULTATER.....	- 29 -
4.1	Brukermedvirkningens utvikling	- 29 -
4.2	Elementer for inkludering av brukermedvirkning	- 31 -
4.3	Dialog- og relasjonens betydning for brukermedvirkning	- 32 -
4.4	Brukermedvirkningens betydning for reduksjon av stimuli	- 34 -
4.5	Hindringer for brukermedvirkning	- 35 -
4.6	Muligheter for brukermedvirkning	- 38 -
5.0	DISKUSJON AV HOVEDFUNN	- 44 -
5.1	Personalets anerkjennelse av pasienten, har betydning for utvikling av brukermedvirkning under skjerming	- 44 -
6.0	AVSLUTNING	- 47 -

Vedlegg 1: Tilrådning fra personvernombudet ved Ullevål Universitetssykehus.

Vedlegg 2: Søknad til sykehusene.

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informantene.

Vedlegg 4: Informert samtykke.

Vedlegg 5: Intervjuguide.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for studien

Gjennom Opptreppingsplan for psykisk helse (1998 - 2008) har det de siste årene vært økt fokus på brukermedvirkning innenfor psykisk helsevern. I Norges forskningsråds evaluering av Opptreppingsplanen (2009), kommer det frem at det har vært en økning i samarbeidet mellom kommune/stat og brukerorganisasjonene, men at det fortsatt er behov for styrking av brukermedvirkning i praksis. I Helse- og omsorgsdepartementets forskrift om bruk av skjerming (2007a), står det; ”ved bruk av skjerming skal det legges til rette for at pasienten gis så stor innflytelse på tiltaket som mulig”. Det kommer tydelig frem at pasienten skal kunne medvirke i utførelsen av sin skjerming. Samtidig står det i § 4-2 Vern om personlig integritet i psykisk helsevernlov;

Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak (...). Med de begrensninger som er nevnt, skal forholdene legges til rette for at pasientene får: delta i utformingen av institusjonens daglige liv (...), anledning til å dyrke sine private interesser og hobbyer, tilgang til aktivitetstilbud (...) og anledning til daglige uteaktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Tidligere forskning viser imidlertid at skjerming har elementer av tvang og at pasienter har opplevd krenkelser, maktbruk og liten deltagelse (Karlsson, 2004; Norvoll, 2007).

I en brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern utført av Sintef (2009), forteller pasientene at de hadde lite muligheter for medvirkning og deltagelse under egen behandling (Bjerkan, et al., 2009), noe som støttes av multisenterstudien av akuttposter (Ruud, Gråwe, & Hatling, 2006). I følge Norvoll (2007) beskrives pasientrollen på skjermet som en rolle uten makt eller medvirkning. Avmakten ble beskrevet ved uttalelser som: ”Ingen påvirkningsmuligheter”, ”Helt utlevert til personale” og ”Ingen myndighet” (Norvoll, 2007). Pasientene var lite inkludert i samtaler som gjaldt dem, mens det var vanlig at legene ga råd til personale i forhold til behandlingen på skjerming (Norvoll, 2007). Gjennom prosjektet ”Brukerorienterte alternativer til tvang - BAT” (Norvoll, Hatling, & Hem, 2008), erfarte akuttposten 1A i Sykehuset Innlandet HF, at pasientene var mer fornøyde når de fikk delta mer i utformingen av sin behandling (Gamme og Kollshaugen, 2008).

Forskning på dette feltet er viktig, spesielt med tanke på at skjerming er et tiltak som har blitt mer og mer brukt (Bremnes, Hatling, & Bjørngaard, 2008). De senere årene har skjermingsmetoden blir fremstilt som å kunne forstås som en blanding av tvang og behandling (Norvoll, 2007). I fagfeltet har det oppstått et spenningsfelt mellom brukermedvirkning på den ene siden og sykehusenes psykiatriske behandlingsregime på den andre. En studie viser eksempelvis at pasientene fikk medvirke i bestemmelsen av aktiviteter og gjøremål, men dette ble tilsidesatt når det kom i konflikt med hvordan personalet oppfattet pasientens tilstand (Skorpen & Øye, 2008).

1.2 Studiens formål og problemstilling

Formålet ved denne studien er å øke kunnskapen rundt mulighetene for brukermedvirkning under skjerming. Å belyse muligheter, utfordringer og dilemmaer kan endre holdninger og bedret praksis.

På bakgrunn av dette vil problemstillingen i denne studien være:

”Hvilke muligheter for brukermedvirkning opplever sykepleierne at pasientene har under skjerming i akuttpost?”

1.3 Begrepspresisering og avgrensning av oppgaven

Brukermedvirkning vil i denne studien ligge på individnivå og anses som å medvirke i valg, ha innflytelse over utforming og anvendelse av de tilbud som er tilgjengelige under behandling. Begrepet *skjerming* brukes bare i Norge og Danmark, internasjonalt blir begrepet ”seclusion” brukt, som kan oversettes med isolasjon. På bakgrunn av den forskningen som er gjort er det vanskelig å avgjøre om disse begrepene har samme betydning i praksis. Len Bowers (2004) definerer ”seclusion” som ”isolated in a locked room”. Andre benevnelser som kan ha likhetstrekk er ”time-out” hvor pasienten etter eget ønske kan være på et eget rom uten at døra er lukket og ”open-area seclusion” hvor pasienten er i et eget areal ledsaget av personale, noe som kan sammenlignes med en skjermet enhet (Bowers, et al., 2004, s. 436).

I søk i The Cochrane library, Evidence based Nursing og Svemed+ ble søkeord som force*, seclusion*, user involvement* og userparticipation* brukt i forskjellige kombinasjoner. For norsk og dansk forskning ble søkeord som tvang*, skjerming* og brukermedvirkning* brukt.

Kombinasjon av tvang (force) og brukermidvirkning (user involvement) ga ingen resultater i disse søkebasene, noe som kan forklare at det ikke er vanlig å tenke brukermidvirkning under tvangsbehandling. Det ble også gjort søk i Bibsys for annen litteratur tilknyttet masteroppgaven.

2.0 Teoretisk referanseramme

Grounded theory som metode er opptatt av at eksisterende teori ikke skal forme empirien, men at teorien genereres ut ifra empirien. Forsker må være bevisst sin egen forkunnskap, men stille seg åpen til feltet som undersøkes og legge sin forforståelse til side. Forkunnskapen sees som en del av forskerens teoretiske sensitivitet.

Teorier tilknyttet problemstillingen vil presenteres for å gi oversikt i emnet. Forholdet mellom skjerming og tvang blir beskrevet ut fra lovverk, retningslinjer og tidligere forskning. Det redegjøres for brukervedvirkning på individnivå, relatert til skjerming som behandling.

2.1 Skjerming og tvang

Skjerming som begrep og metode i Norge ble først omtalt i boken til Ingebjørg Løkensgard *Psykiatrisk sykepleie* (1977), hvor skjerming forstås som beskyttelse mot krav fra omgivelsene, inntrykk, og egen atferd. Skjerming er i dag regulert under Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-3 hvor det står:

Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Selv om skjermingsmetoden er omtalt under den psykiske helsevernloven betegnes den ikke som et tvangstiltak. Samtidig lyder § 7 i Forskriften om bruk av skjerming: ”En pasient kan holdes tilbake dersom vedkommende forsøker å forlate stedet hvor skjermingen blir gjennomført” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Pasienten blir holdt tilbake på sitt rom, noe som kan oppleves som tvang. Flere studier påpeker negative tilbakemeldinger fra pasienter som opplever skjerming som krenkende og lite deltagende (Karlsson, 2004; Norvoll, 2007).

Under forskriften som nevnt over står det i § 4 at ”pasienten gis så stor innflytelse på tiltaket som mulig jf. psykisk helsevernloven § 4-2”, hvor det står under punkt c, ”tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensreglene” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999), her kan det synes som om Forskriften om bruk av skjerming (2007a) skal dekke seg bak den

psykiske helsevernloven (1999). I forskriften skal pasientene få innflytelse over sitt tiltak, mens under loven står det at det må skje innenfor husordensreglene. Her kan det ses ut som at husordensreglene i institusjonene, rager høyere enn Norges lover. Dette skaper forståelse for at pasientene kan føle maktesløshet under en slik behandling.

2.2 Brukermedvirkning og skjerming

2.2.1 Forståelsen av brukermedvirkning i tilknytning til skjerming

Tvangsbruk har vært en stor del av den psykiatriske kulturen gjennom historien (Blomberg, 2002), og det har vært liten tradisjon for medvirkning fra pasientenes perspektiv (Eckecrantz, 1995). Sykehusene står i dag i et skille mellom denne tidligere tradisjonen og en nyere tenkning hvor pasienten er mer i fokus (Skorpen & Øye, 2008). De faglige debattene knyttet til tvang deler seg ofte i tre retninger. For det første (1), tvang er en god behandlingsmetode, dernest (2) at tvang ses på som en krenkende metode som bør reduseres, men som kan, om nødvendig, brukes for å hindre skade. For det tredje (3) blir tvang alltid vurdert som skadelig og må ikke brukes (Ray, Myers, & Rappaport, 1996). Slik fokuset har vært gjennom handlingsplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang er det retning 2 som peker seg ut. Gjennom prosjektet ”Brukerorienterte alternativer til tvang” (BAT) kom det frem at holdningene til tvang var forskjellige i de postene som deltok. Det gikk et skille mellom ansatte som ønsket regelbasert kontroll og de som ønsket en mer fleksibel tilnærming (Norvoll, et al., 2008). Dette er i tråd med tidligere forskning hvor det er blitt påpekt to perspektiver på grensesetting i en voksenpsykiatrisk post med skjerming; et korrigerende og et anerkjennende (Vatne (2003). Samme forsker mener grensesetting hindrer gjennomføring av brukermedvirkning fordi dette hindrer en god relasjon mellom pasient og personale (Vatne, 2006).

Tidligere forskning sier noe om hvordan det er ønskelig at skjerming skal gjennomføres (Holte, 2003; Strand, 1990; Vatne, 2006). Det kan se ut som det er et sprik i mellom teori og praksis (Karlsson, 2004; Norvoll, 2007). I flere studier er sykepleiere intervjuet i forhold til gjennomføring av skjerming, hvor det kommer frem at sykepleiernes holdninger varierer mellom at skjerming er det beste og mest humane, til å se på det som en alvorlig inngripen i personens autonomi og til hinder for selvstendigjøring. Sykepleierne forteller at kvaliteten på gjennomføringen av skjerming er utslagsgivende for god behandling. Det å skulle begrense

krav og stimuli må ses i samarbeid med måten det blir utført på. Det kommer også frem at personale mener pasientene blir fratatt sin selvbestemmelse. De ønsket å imøtekomme pasienten så langt det var mulig, for å skape tillit og styrke samarbeidet og den gjensidige forståelsen. Videre mente de også at pasienten burde delta i utformingen av sin dagsplan (Holte, 2003; Strand, 1990). Dialog og samarbeid er viktig for å forstå brukernes tilbakemeldinger og omarbeide dette for læring og endring av praksis. Brukernes tilbakemeldinger gjør at de ansatte blir mer bevisste sine handlinger og små enkle ting endrer praksis til mer brukervennlig (Andreassen, 2004).

Samhandling mellom pasient og helsepersonell må øke for å skape arenaer for brukermedvirkning. Pasienten skal aktivt ta del i sin behandling, samtidig som leger, sykepleiere og annet helsepersonell skal legge fra seg noe av sin autoritære makt (Thoresen, Paulsen, Ørstavik, & Nytingnes, 2004). I Lov om pasientrettigheter § 3.1 står det: ”pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007b). Dette øker behovet for dialog og veiledning til pasienten og som igjen øker behovet for et samarbeid.

I følge tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang fra sosial- og helsedirektoratet (2006), er samtykkekompetanse sentralt i forhold til økt frivillighet. I tillegg er det å ha evne til å kunne motta informasjon om egen helsetilstand en forutsetning for å kunne være delaktig i egen behandling. Det å ha en alvorlig psykisk lidelse vil imidlertid ikke alltid si at pasienten ikke er samtykkekompetent. Mange av disse pasientene vil kunne si noe om hvordan de har det og hva som vil hjelpe dem i en vanskelig situasjon. I følge forsker på samtykkekompetanse Reidar Pedersen ved Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, handler vurdering av samtykkekompetanse om bedømmelse av pasienten evne til å forstå, benytte seg av og avgjøre valget med relevant informasjon (Pedersen, 2009). Å ta valg som ivaretar egen helse, er en bekreftelse på selvstendighet. Gjennom vår oppvekst går vi fra begrensede valg til åpne valg. Vi utvikler oss under denne prosessen. Under tvangsbehandling som er en form for ytre kontroll og hvor pasienten ofte er utsatt for begrensninger, er det viktig at det gis muligheter for åpne valg, slik at pasienten føler mestring og indre kontroll (Bjørkly, 1997).

Allerede i 1988 ble det beskrevet at pasienter følte at det tvangstiltaket som var brukt mot dem ble ekstra ydmykende når avgjørelser ble tatt over hode på dem og de selv ikke ble tatt

med på avgjørelser (NOU, 1988). I følge Norvoll (2007) ønsket pasientene at personale skulle forstå dem og deres situasjon, og snakke til dem på en bedre måte. Disse funnene var på linje med tidligere funn (Karlsson, 2004). Opplevelsen av å bli anerkjent beskrives av Vatne (2003) som en viktig del av myndiggjøring, og som er et viktig mål for brukermedvirkning. Å gi anerkjennelse krever kyndighet fra personale i samhandling med pasienten, og bør være en egenskap hos den profesjonelle hjelper. Også Schmidt og Bendsen (2000) mener at relasjonen er et sentralt begrep innenfor skjerming. De mener det trengs en diskusjon i forhold til de krav som skal stilles til det personalet som skal jobbe på skjerming. I den profesjonelle relasjonen mener de, at målet med dialogen er å fremme pasientens autonomi og redusere makt. Pasienter med behov for skjerming har ikke alltid evnen til å etablere kontakt, og dette krever spesialiserte kommunikasjonsevner fra personale.

2.2.2 Etikk i forhold til brukermedvirkning og skjerming

Behovet for psykiatrisk behandling ser ut til å øke i Norge. Det er derfor urovekkende at etiske spørsmål knyttet til diagnose og behandling blir lite drøftet i det medisinske fagfeltet og det offentlige rom (Ruyter, Solbakk, & Førde, 2007). Alle profesjoner møter etiske dilemmaer / utfordringer hver dag. Som sykepleiere skal vi ha respekt for det enkelte menneskes og dets verdighet og gi omsorg og ha respekt for menneskerettighetene (Sneltvedt, 2008). I de senere årene har derfor pasientenes rett til medvirkning også kommet mer i fokus både i forhold til jus og etikk. Men under de etiske retningslinjene både for leger og sykepleiere kommer det frem at det allikevel er et skille mellom den sårbare pasienten og helsepersonell med kompetanse (Ruyter, et al., 2007). En pasient er sårbar og trenger hjelp, mens hjelperne er ekspertene som gir hjelp (Aadland, 1998). Pasientens erfaringer med egen sykdom, må ses på som en ressurs samtidig som sykepleierne må skape balanse mellom medvirkning og hva som er etiske forsvarlig (Strand, 1990).

3.0 Design og metode

Som beskrevet innledningsvis vil denne studien belyse muligheter og hindringer ved brukermedvirkning under skjerming ved bruk av kvalitativ metode. Det vitenskapsteoretisk utgangspunkt i studien presenteres i avsnitt 3.1. Valg av metode begrunnes i avsnitt 3.2. Grounded theory som metode har vært sentral gjennom hele forskningsprosess og det redegjøres for metoden i avsnitt 3.3. Gjennomføring av datainnsamling presenteres i avsnitt 3.4. Analyseprosessen med trinnene i Grounded theory vil fremstilles i kapittel 3.5. Til slutt vil en kritisk vurdering av studien fremkomme i avsnitt 3.6.

3.1 Vitenskapsteoretisk fundament

I denne studien er hermeneutikk valgt som vitenskapsteoretisk fundament. Forståelse og tolkning av utsagn er sentralt innenfor kvalitativ forskning, hvor meningsinnholdet i informantenes beskrivelser skal tolkes dypere enn det som umiddelbar oppfattes (Dalen, 2004). I følge Gadamer (2010) skaper vitenskapens metodekrav problemer for hermeneutikkens erkjennelse av sannhet, samtidig som det legges et grunnlag for dette gjennom erfaring og tolkning av data.

Gadamer knytter sannhetsbegrepet til noe vi erfarer som vi selv opplever som sant. En sannhetshendelse kan være når noe trer frem for oss som fornuftig og selvfølgelig. Krav til korrespondanse, det vil si at opplevelser samsvarer med virkeligheten, kan være til hinder for dette. Metodekravet springer ut fra opplysningstiden hvor fordommer måtte stilles for ”fornuftens domstol” som Gadamer kaller det i sitt hovedverk *Sannhet og metode* publisert første gang i 1960. Våre fordommer rommer innsikt, oppfatninger og opplevelser som legger grunnlag for våre vurderinger av sannhet.

Dialogen mellom informanten og intervjuer gir muligheter for meningsutveksling og refleksjon. Teksten fra informantene er knyttet til deres erfaringer og kan gi intervjuer ny forståelse som avviker fra hans/hennes tidligere oppfatninger. Forskeren må sette sin forforståelse til side og vedkjenne seg informantens beskrivelser og erfaringer, for å kunne oppdage nye ting. Dette er en formidlingsprosess av mening og sannhet som forskeren blir en del av og som springer mellom fortid og nåtid. Samtidig kan ikke forskerens opplevelse av sannhet i teksten, tolkes som objektiv sannhet (Gadamer, 2010).

3.2 Valg av metode

Undringen rundt brukermedvirkning og tvang i behandling, åpner for bruk av *kvalitativ metode* som gir muligheter til beskrivelser av virkeligheten sykepleierne opplever tilknyttet skjerming. Den kvalitative tilnærmingen under et intervju har som formål å belyse, beskrive og fortolke menneskelige erfaringer. Hensikten er å forstå informantens verden ut fra hans/hennes erfaringer og opplevelser. Det kvalitative intervjuet bygger på en hverdagssamtale, men har mer struktur og et bestemt formål. Metoden skaper kunnskap gjennom å stille spørsmål og å lytte (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne studien har *semistrukturert intervju* blitt benyttet for å danne empiri for *induktiv* teoriutvikling. Det finnes mange ulike metoder innen kvalitativ forskning, denne studien er basert på metoden Grounded theory.

3.3 Grounded theory

Grounded theory (GT) ble først beskrevet av Glaser og Strauss i boken *The Discovery of Grounded theory* (1967). Hensikten var å bygge teori ut fra empiri ved å ha en løpende prosess mellom datainnsamling, analyse og teoriutvikling. Den konstante sammenligningen skapte empiri-nær teori. GT har utviklet seg ved påvirkning av interaksjonisme som handler om hvordan andres erfaringer tolkes og pragmatisme som sier noe om forholdet mellom tanke og handling.

I boken *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques* (1990) utviklet Strauss i samarbeid med Corbin metoden videre og beveget seg noe bort fra den opprinnelige metoden. Glaser kritiserte dem for å fjerne seg for mye fra de grunnleggende induktive prinsippene (Langdridge & Tvedt, 2006). Strauss og Corbin på sin side mente at analysen kunne inneholde flere aspekter av det fortolkede paradigme, og har også senere vist at de er opptatt av at kunnskap oppstår under samhandling mellom to reflekterende mennesker. De har påpekt at selvrefleksjon er viktig for hvordan mennesker tolker sin virkelighet. Sosial interaksjon skaper opplevelser og emosjonelle reaksjoner som lar seg analysere ved bruk av GT. Gjennom en analytisk prosess bygges teori opp ved to strategier; stille spørsmål og å foreta sammenligninger. Koding av datamateriale genereres gjennom begrepskonstuksjon, som vil si at materialet deles opp i håndterbare deler som tilegnes en konseptuel kode. Videre vil de konseptuelle kodene deles i grupperinger som tilegnes lignende egenskaper, som gjennom sammenligninger danner teoretiske koder. Under

prosessen kreves teoretisk sensitivitet, som vil si at forsker har innsikt i emnet, er åpen for nyanser og kan plukke ut relevante spørsmål, hendelser og overraskende momenter. Samtidig må forsker kunne fordype seg i dataene og vise hva informantene beskriver og kunne skille mellom vesentlig og uvesentlig materiale. Ved å ha kunnskap om emnet fra tidligere, vil forsker ha muligheter til å oppdage nye teorier i sitt materiale (Corbin & Strauss, 2008). Trinnene i analyseprosessen beskrives fyldigere i avsnitt 3.5.

3.4 Gjennomføring av datainnsamling

Etter tilråding fra Personvernombudet ved Ullevål Universitetssykehuset, ble det sendt søknad til fem psykiatriske sykehus i Norge med forespørsel om deltagelse. Positiv respons ble gitt av tre sykehus, som til sammen ga 8 intervju. I søknaden om deltagelse ble det informert om bakgrunn og hensikt med studien og kriterier for utvalg av informanter. Informasjon til eventuelle informanter ble lagt ved i eget skriv. Informantens trygghet i forhold til taushetsplikt, aidentifisering og korrekt gjengivelse ble presisert.

Informantene representerte et utvalg som ble ansett å være relevant for å belyse problemstillingen. For å kunne bringe ulike nyanser til muligheter for brukermedvirkning under skjerming, ble det anvent en prosedyre, som av Corbin og Strauss (1998) ble betegnet som teoretisk utvalg, som vil si å sette sammen et utvalg som gir maksimal variasjon. De ble formidlet av fagutviklingssykepleiere eller enhetsleder ved de psykiatriske akuttavdelingene, basert på ønske om å delta.

Inklusjonskriteriene:

- ✓ Informanter fra akuttavdelinger som gjennomfører skjerming, enten på eget rom eller på en skjermet enhet.
- ✓ Sykepleiere med mer enn 5 års erfaring med skjerming.

Profesjonen sykepleiere ble valgt for å sikre forståelsen av lovverk og hensikt med skjerming som behandling. Bakgrunn for erfaring over 5 år ble satt for å fange opp utviklingen av brukermedvirkning. For å få en enda bredere forståelse kunne studien vært utvidet ved å inkludere andre behandlere og/eller pasienter, men av hensyn til tidsaspektet og omfanget (30 studiepoeng) for denne masterstudien, ble den begrenset til en gruppe informanter.

3.4.1 Rammen rundt intervjuet

For å skape ro rundt intervjusituasjonen, ble alle intervjuene gjennomført utenfor akuttavdelingene. Det ble innledningsvis informert om forskers ståsted, rolle og hensikt med intervjuet, for å åpne for en god intervjusituasjon hvor informanten var i sentrum og forskers forforståelse lagt til side. Båndspiller ble brukt for å få med alle detaljer og for at intervjuer skulle konsentrere seg om det informanten uttrykte. Det ble redegjort for informert samtykke og muligheter for å trekke seg, når som helst uten begrunnelse, fra studien. Samtykke ble underskrevet før intervjuet startet, i tillegg til at informantene godkjente i etterkant det transkriberte materiale etter gjennomlesing.

Intervjuet ble lagt opp som en samtale som åpnet for fyldige beskrivelser, men med noe struktur. Intervjuguide med tre temaer med underpunkter ble brukt som en ledetråd (Kvale & Brinkmann, 2009). Den ble sendt ut til informantene for gjennomlesing i forkant av intervjuet, noe som viste seg å ha skapt diskusjon på postene. En informant sa: ”Vi snakket litt om dette (har pasientene medvirkning) i sted (på avdelingen) er det virkelig det, eller er det ikke?”, en annen fortalte: ”Vi har snakket om det, hvordan det (brukermedvirkning) bare har kommet inn i posten ved lovendringer”. Dette ble en positiv effekt.

Mellom hvert intervju ble det gjort transkripsjon og en enkel åpen koding for å se om problemstillingen ble belyst. Det ble ført logg og intervjuguiden ble endret og spisset på bakgrunn av beskrivelsene som kom frem i intervjuene. Gjennom aksial og selektiv koding ble kategoriene testet opp mot egenskaper og variasjon for å kunne se om kategoriene kunne gi et grunnlag for hovedkategorien. Etter åtte intervjuer ble det ikke oppdaget nye konsepter eller kategorier og materialet ble vurdert å ha nådd et metningsnivå.

Til tross for felles menings innhold ble det registrert stor variasjon mellom informantene. Ved uklarhet ble dette utdypet og konkretisert ved nye spørsmål, stilt av forsker, og det ble ved noen anledninger gitt eksempler i form av dilemmaer som intervjuer og informant reflekterte rundt. Dette bidro til å skape bedre beskrivelser. Intervjuene varierte fra ½ - 1 time, lydbåndopptakene ble transkribert til datamaskin manuelt av intervjuer selv etter hvert intervju, ord for ord på bokmål. Datamaterialet har blitt behandlet anonymt.

3.5 Analysetrinnene i Grounded theory

Analysetrinnene i Grounded Theory (GT) vil bli beskrevet samtidig som de identifiserte data presenteres underveis. I følge Malterud (2003) er nærheten til materiale i tidlig fase viktig for å kunne sette i gang refleksjon og bevare erfaringen fra intervjusituasjonen, noe som blant annet ble ivaretatt gjennom transkripsjonen etter hvert intervju. I GT har datainnsamling, analyse og teori en tett forbindelse og er i en stadig prosess. Ved å kode og sammenligne kategorier på flere nivåer og stadig være i dialog med empirien skapes en induktiv tilnærming til teoriutviklingen. Gjennom trinnene *åpen koding*, *aksial koding* og *selektiv koding* ender dataene opp i en hovedteori som det gjøres rede for i avsnittene under.

3.5.1 Åpen koding

Åpen koding krever en åpen tilnærming til empirien, dette for å få frem alle meninger og sammenhenger i beskrivelsene. Her stiller en seg spørsmålet; “hva er det som skjer og hva handler denne teksten om?”. Dette kan gjøres både linje for linje som Corbin og Strauss (1998) anbefaler, eller som ett og ett avsnitt. Avsnittene deles og blir tolket av forskeren for å gis konseptuelle navn som beskriver forståelsen. Enkelte ganger gir informantene begreper i sine fortellinger som er så levende, “so vivid”, at forskeren låner det, derfor kalles det en *in-vivo* kode, blir de gitt navn av forskeren grunnet i informantens utsagn betegnes det som en konstruert kode (Corbin & Strauss, 2008).

De aktuelle intervjuene ble i første omgang gjennomgått med fokus på nøkkelord som ble notert i margen. Allerede på dette tidspunktet viste beskrivelsene både muligheter, dilemmaer, hindringer og vilje til brukermedvirkning under skjerming. Materialet ble deretter delt opp, noen som en setning andre som små avsnitt. Under denne prosessen ble ideer som dukket frem noterte i en egen loggbok (memoer). Under den åpne tilnærmingen settes de konstruerte kodene med likt meningsinnhold sammen, noe som gir muligheter til utforskning av substantive kategorier. Denne gjennomarbeidingen av datamaterialet fortsetter til en kan se konturene av en hovedkategori (Corbin & Strauss, 2008).

Gjennom den åpne kodingen vokste det frem 235 *in-vivo* konstruerte koder som ble delt i grupper med lignende konstruerte koder. På bakgrunn av nøkkelord, memoer i loggboken og *in-vivo* kodene, vokste 31 substantive kategorier frem (se figur 1 nedenfor):

Åpen koding:	
In-vivo konstruerte koder:	Substantive kategorier:
Inn via andre ting. → Kommet ubevisst →	Ubevisst. →
Mer samarbeid. → Inkluderer pasienten. →	Inkludert. →
I perioder. → Fokus etter hvert. →	Variasjon. →
Seminar om bm. → Mer bevisstgjøring. →	Bevisst vekst. →
Jobbet i mange år. → Tro på seg selv. →	Erfaring. →
Ikke i byen. → Stille og fredlig område. →	Beliggenhet. →
Begynne med små ting. →	Forenkle begrepet bm. →
Samtale om ønsker. → Møtes over en interesse. →	Arenaer for dialog. →
Møtt på en god måte. → Måten vi snakker på. →	Respekt. →
Relasjon. → Å kjenne hverandre. →	God kontakt. →
Følge i motgang og medgang. → Skape tillitt. →	Allianse. →
Samtalen skaper forståelse. → Å møte forståelse. →	Innsikt. →
Mer bm skaper mer kaos. → Bm hindrer reduksjon av stimuli. →	Negativ påvirkning. →
Mengde og type er avgjørende → Aktivitet kommer etter hvert. →	Tilpasset. →
Stimulusmodulering. → Får stimuli men er begrenset i tid →	Modulering. →
Regler for alle. → Husregler skal holdes. →	Regler. →
Tradisjonelle roller. → Legen bestemmer. →	Tradisjon. →
De har jo ikke så mye muligheter → Begrenset sykdomsinnsikt. →	Rigide holdninger. →
Streng når en man blir utrygg. → Må ha system. →	Utrygge personale. →
Struktur og grenser må ligge der → Lite valg og innhold. →	Kontroll. →
Får ikke ha belte. → Blir ikke hørt i forhold til ønsker →	Begrensninger. →
Lite areale. → Flere krevende pasienter samtidig	Organisatoriske hindringer →
Negative ettervirkninger. Mer kaos med brukermidvirkning.	Mani →
Sette seg inn i pasientens situasjon Vise forståelse →	Empati. →
Pasienten føler støtte fra personale. Fremmer pasientens ønsker →	Tillitt. →
Fra antagelse til forståelse → Refleksjon med pasienten. →	Samarbeid. →
Muligheter for aktiviteter → Alternativer i hverdagen. →	Muligheter for tilretteleggelse →
Tilpasset brukermidvirkning → Rom for diskusjon og refleksjon →	Vilje. →
Lage plan sammen. → Bruke hagen som skjerming →	Fleksibilitet. →
Forholder seg til pasientrettigheter. Pasientene blir tatt på alvor →	Pasientfokus. →
Lempelige i forhold til husregler. Bm reducerer konflikter →	Positiv utvikling av skjerming →
Aktiviteter er meningsfylt. → Innhold gir god behandling. →	Innhold i behandling. →

Figur 1. Utdrag fra åpen koding hvor de konstruerte kodene danner 31 substantiviske kategorier.

Under denne prosessen viser informantenes beskrivelser tilknytning til det anerkjennende perspektivet, gjennom begreper som respekt, samarbeid og empati. Denne kodingen krever at forsker setter til side sin forforståelse. Corbin og Strauss fremhever viktigheten av at forsker bruker sitt sinn og sin intuisjon under dette arbeidet (Corbin & Strauss, 2008).

3.5.2 Aksial koding

Aksial koding foregår rundt aksen til en kategori og sammenligner på ulike nivåer. Her beskrives kategoriene og det søkes etter årsaker og konsekvenser, strategier og interaksjoner, for å finne sammenhenger. Konsepter på et lavere nivå settes sammen til en kategori på et høyere nivå. Det utforskes sammenligninger mellom de substantiviske kodene fra den åpne kodingen til teoretiske koder. Som Corbin (2008) kaller det: ”Det er som å sette sammen en serie av blokker for å bygge en pyramide. Pyramiden representerer hele infrastrukturen mens blokkene og måten de er satt sammen på er komponentene som beskriver fenomenet” (s.199) [min oversettelse]. Gjennom den aksiale kodingen ble de identifiserte elementene mer tydelige. Denne prosessen identifisert både *muligheter og hindringer for medvirkning*. Sykepleierne beskrev fleksibilitet, vilje, samarbeid og positiv utvikling av skjerming som elementer som er sentrale for å fremme muligheter, samtidig opplever de rigide holdninger, regler, kulturer og utrygge personale som hindringer brukermedvirkning. I begge disse tilfellene opplevde sykepleierne at *dialog og relasjon* er viktige faktorer for pasientenes opplevelse av å kunne medvirke. Begreper som respekt, forståelse og allianse ble identifiserte elementer som kunne gi grunnlag for medvirkning. *Utviklingen av brukermedvirkning* fremhevdtes av sykepleierne ved begreper som integrert ubevisst, være til stede i varierende grad og inkluderes bevisst. Sykehusets beliggenhet, personalets erfaring og at begrepet medvirkning ikke blir sett på som uoverkommelig, ble identifisert som viktig for *inkludering av medvirkning*. Det fremkom at brukermedvirkning i tilknytning til *reduksjon av stimuli*, både ga negativt og positivt effekt. Gjennom hele materiale kommer det frem beskrivelser av både *dilemmaer og eksempler for medvirkning* som på hver sine områder viser både hvor kompliser og enkelt inkludering av medvirkning kan være under skjerming.

På bakgrunn av de 31 substantiviske kategoriene vokste det frem seks teoretiske koder. I figur 2 nedenfor vises et eksempel, hvor de in-vivo / konstruerte kodene og 31 substantiviske kategorier fra åpen koding, gjennom aksial koding danner seks teoretiske koder:

Åpen koding:		Aksial koding	
In-vivo konstruerte koder:	Substantive kategorier:	Teoretiske koder:	
Inn via andre ting. → Kommet ubevisst →	Ubevisst. →	Brukermedvirkningens utvikling ↘	
Mer samarbeid. → Inkluderer pasienten. →	Inkludert. →		
I perioder. → Fokus etter hvert. →	Variasjon. →		
Seminar om bm. → Mer bevisstgjøring. →	Bevisst vekst. →		
Jobbet i mange år. → Tro på seg selv. →	Erfaring. →	Elementer for inkludering av brukermedvirkning ↘	
Ikke i byen. → Stille og fredlig område. →	Beliggenhet. →		
Begynne med små ting. →	Forenkle begrepet bm. →		
Samtale om ønsker. → Møtes over en interesse. →	Arenaer for dialog. →	Dialog- og relasjonens betydning for brukermedvirkning. ↘	
Møtt på en god måte. → Måten vi snakker på. →	Respekt. →		
Relasjon. → Å kjenne hverandre. →	God kontakt. →		
Følge i motgang og medgang. → Skape tillitt. →	Allianse. →		
Samtalen skaper forståelse. → Å møte forståelse. →	Innsikt. →		
Mer bm skaper mer kaos. → Bm hindrer reduksjon av stimuli. →	Negativ påvirkning. →	Brukermedvirkningens betydning for reduksjon av stimuli. →	
Mengde og type er avgjørende → Aktivitet kommer etter hvert. →	Tilpasset. →		
Stimulusmodulering. → Får stimuli men er begrenset i tid →	Modulering. →		
Regler for alle. → Husregler skal holdes. →	Regler. →	Hindringer for ↗ brukermedvirkning.	
Tradisjonelle roller. → Legen bestemmer. →	Tradisjon. →		
De har jo ikke så mye muligheter → Begrenset sykdomsinnsett. →	Rigide holdninger. →		
Streng når en man blir utrygg. → Må ha system. →	Utrygge personale. →		
Struktur og grenser må ligge der → Lite valg og innhold. →	Kontroll. →		
Får ikke hørt i forhold til ønsker → Blir ikke hørt i forhold til ønsker →	Begrensninger. →		
Lite areale. → Flere krevende pasienter samtidig	Organisatoriske hindringer →		
Negative ettervirkninger. Mer kaos med brukermedvirkning.	Mani →		
Sette seg inn i pasientens situasjon Vise forståelse →	Empati. →	Muligheter for ↗ brukermedvirkning.	
Pasienten føler støtte fra personale. Fremmer pasientens ønsker →	Tillitt. →		
Fra antagelse til forståelse → Refleksjon med pasienten. →	Samarbeid. →		
Muligheter for aktiviteter → Alternativer i hverdagen. →	Muligheter for tilretteleggelse →		
Tilpasset brukermedvirkning → Rom for diskusjon og refleksjon →	Vilje. →		
Lage plan sammen. → Bruke hagen som skjerming →	Fleksibilitet. →		
Forholder seg til pasientrettigheter. Pasientene blir tatt på alvor →	Pasientfokus. →		
Lempelige i forhold til husregler. Bm reduserer konflikter →	Positiv utvikling av skjerming →		
Aktiviteter er meningsfylt. → Innhold gir god behandling. →	Innhold i behandling. →		

Figur 2. Utdrag fra aksial koding hvor konstruerte koder, ble satt sammen til 31 substantive kategorier som gjennom aksial koding danner seks teoretiske koder.

I tillegg til å lage sammenligninger langs aksen, vil prosessen i aksial koding fortsette ved å stille spørsmål som vil lede til videre data sampling (theoretical sampling). Denne tilnærmingen til feltet gjør at de spørsmålene som ble stilt i starten av studien ofte endrer seg på bakgrunn av analysen i åpen og aksial koding.

På bakgrunn av fremvekst av teori i de to første intervjuene ble det behov for og presisere spørsmålene i intervjuguiden for å få utdypende beskrivelser av utfordringer og dilemmaer ved økt brukermedvirkning. Under de tre neste intervjuene blir informantenes beskrivelser rettet mot relasjonens betydning for brukermedvirkning, og intervjuguiden får tilføyd spørsmål tilknyttet relasjon og brukermedvirkning. Gjennom de samme tre intervjuene kom det også frem beskrivelser om uttryggheit i forhold til økt brukermedvirkning og det ble av den grunn lagt til spørsmål om betydningen av personalets sikkerhet i forbindelse med økt brukermedvirkning i forkant av de to siste intervjuene (Corbin & Strauss, 2008).

3.5.3 Selektiv koding

Selektiv koding vil si å bevege seg fra datamateriale og opp til det teoretiske nivået hvor målet er å bygge teori. Her skal trådene trekkes sammen for å konstruere en tilfredsstillende løsning på problemstillingen. Tidligere ideer, memoer, og diagrammer hentes frem, for å kunne gi en fornuftig konklusjon på studien.

Under denne prosessen testes alle kategoriene opp mot egenskaper og verdier, for å kunne konstantere at de kan stå som grunnlag for hovedkategorien. Ytterligere datainnsamling og analyse ga ikke nye konsepter, en antok at materialet hadde nådd et metningsnivå, selv om det ikke kunne utelukkes at nye variasjoner kunne oppdages (Corbin & Strauss, 2008).

Gjennom abstraksjon av de 31 substantive kategoriene i denne studien ble det skapt seks teoretiske koder. På bakgrunn av både åpen og aksial koding, ble det mulig å generere en hovedkategori. Se figur 3 nedenfor:

Åpen koding:		Aksial koding	Selektiv koding:
In-vivo konstruerte koder:	Substantive kategorier:	Teoretiske koder:	Hovedkategori:
Inn via andre ting. → Kommet ubevisst → Mer samarbeid. → Inkluderer pasienten. →	Ubevisst. → Inkludert. →	Brukermedvirkningens utvikling ↘	Personalets anerkjennelse av pasienten, er viktig for å gi muligheter for brukermedvirkning
I perioder. → Fokus etter hvert. →	Variasjon. →		
Seminar om bm. → Mer bevisstgjøring. →	Bevisst vekst. →	Elementer for inkludering av brukermedvirkning ↘	
Jobbet i mange år. → Tro på seg selv. →	Erfaring. →		
Ikke i byen. → Stille og fredlig område. →	Beliggenhet. →		
Begynne med små ting. →	Forenkle begrepet bm. →	Dialog- og relasjonens betydning for brukermedvirkning. ↘	
Samtale om ønsker. → Møtes over en interesse. → Møtt på en god måte. → Måten vi snakker på. →	Arenaer for dialog. → Respekt. →		
Relasjon. → Å kjenne hverandre. →	God kontakt. →		
Følge i motgang og medgang. → Skape tillitt. →	Allianse. →		
Samtalen skaper forståelse. → Å møte forståelse. →	Innsikt. →		
Mer bm skaper mer kaos. → Bm hindrer reduksjon av stimuli. →	Negativ påvirkning. →		Brukermedvirkningens betydning for reduksjon av stimuli. →
Mengde og type er avgjørende → Aktivitet kommer etter hvert. →	Tilpasset. →		
Stimulusmodulering. → Får stimuli men er begrenset i tid →	Modulering. →		
Regler for alle. → Husregler skal holdes. → Tradisjonelle roller. → Legen bestemmer. →	Regler. → Tradisjon. →	Hindringer for ↗ brukermedvirkning.	
De har jo ikke så mye muligheter → Begrenset sykdomsinnsikt. →	Rigide holdninger. →		
Streng når en man blir utrygg. → Må ha system. →	Utrygge personale. →		
Struktur og grenser må ligge der → Lite valg og innhold. →	Kontroll. →		
Får ikke ha belte. → Blir ikke hørt i forhold til ønsker →	Begrensninger. →		
Lite areale. → Flere krevende pasienter samtidig	Organisatoriske hindringer →		
Negative ettervirkninger. Mer kaos med brukermedvirkning.	Mani →		
Sette seg inn i pasientens situasjon Vise forståelse → Pasienten føler støtte fra personale. Fremmer pasientens ønsker →	Empati. → Tillitt. →	Muligheter for ↗ brukermedvirkning.	
Fra antagelse til forståelse → Refleksjon med pasienten. →	Samarbeid. →		
Muligheter for aktiviteter → Alternativer i hverdagen. →	Muligheter for tilretteleggelse →		
Tilpasset brukermedvirkning → Rom for diskusjon og refleksjon →	Vilje. →		
Lage plan sammen. → Bruke hagen som skjerming →	Fleksibilitet. →		
Forholder seg til pasientrettigheter. Pasientene blir tatt på alvor →	Pasientfokus. →		
Lempelige i forhold til husregler. Bm reduserer konflikter →	Positiv utvikling av skjerming →		
Aktiviteter er meningsfylt. → Innhold gir god behandling. →	Innhold i behandling. →		

Figur 3. Visualisering av muligheter for brukermedvirkning under skjerming.

Gjennom den selektive kodingen ble det funnet begreper som gir grunnlaget for utvikling av en hovedteori, også kalt kjernet teori. Respekt, dialog og samarbeid var begreper som informantene trakk frem som grunnleggende for å gi muligheter for brukermedvirkning. Utsagn som: ”å se ting fra deres side” og ”blir tatt på alvor”, viste at personale erkjenner pasienten som et individ med ressurser og egne meninger. Ved å erkjenne at pasienten kan delta viser personale anerkjennelse ovenfor pasienten. Gå bakgrunn av åpen, aksial og selektiv koding ble *anerkjennelse* identifisert som hovedkategorien i denne studien og kan anses som et sentralt begrep for å gi muligheter for brukermedvirkning under skjerming (Corbin & Strauss, 2008).

3.6 Kritisk vurdering av studien

Forskjellige begreper blir brukt for å beskrive kvaliteten på et forskningsarbeid. I følge Lund og Haugen (2006) er kunnskapen som utvikles en “sann oppfatning” av det som er undersøkt. Det kan være troverdig og samsvare med virkeligheten, men for at dette skal gyldiggjøres må det dokumenteres. Uavhengig av hvilke fremgangsmåter som brukes er det vanskelig å oppnå full sannhet i et materiale. Forskning gir muligheter for flere forklaringer og tolkninger av samme fenomen (Lund & Haugen, 2006). Denne studien viser forskjellige erfaringer knyttet til både muligheter og hindringer for brukermedvirkning under skjerming.

3.6.1 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

I følge Kvale (2009) handler verifisering om å kunne avgjøre studiens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Er studien preget av godt håndverk, kan vi stole på de fortolkninger av materiale som er gjort og kan det overføres til andre situasjoner?

Validiteten refererer til sannhet og gyldighet, og om studien undersøker det den har til formål å gjøre. Dette gjelder ikke bare sluttproduktet, men hele forskningsprosessen, Kvale (2009) refererer til 7 faser for validering, fra utforskning av forskerspørsmål, valg av metode, analyse og validering av sluttproduktet, i likhet med Glaser og Strauss (1967) sin beskrivelse av utforskende validering, som vil si at verifikasjonen er innebygget i hele forskningsprosessen.

Kvale (2009) henviser også til forskerens håndverksmessige dyktighet og troverdighet, som omhandler forskers moralske integritet og utøvelse av tidligere forskning på området. I denne studien er det tilstrebet å opptre pålitelig i forhold til transkripsjon, tolkning og vurdering av resultatene, samt å respektere og verdsette beskrivelsene til informantene høyt. Informantene ønsket selv å bidra med sin erfaring. De hadde skjerming som en del av sin arbeidsoppgave og deres erfaringer med muligheter og hindringer for brukervedvirkning kan derfor antas å være relevant og pålitelig. Etter transkripsjon ble utskriften sendt til informantene og de fikk muligheten til å lese gjennom og eventuelt rette opp misforståelser før endelig godkjenning av materiale. Hensikten med dette var å trygge informantene i at det de fortalte ble gjengitt slik de hadde ment det.

Forsker har undersøkt temaet tidligere, gjennom et fagutviklingsprosjekt, som resulterte i en artikkel om skjerming med brukervedvirkning (Gamme, 2009). Forskerens evne til formidling av forskningsprosessen og sine resultater, påvirker studiens gyldighet, noe Kvale (2009) kaller kommunikativ validitet. Gjennomføring er detaljert beskrevet og resultatene er presentert på en oversiktlig måte, for å gi leseren de forutsetninger han trenger for å få innsikt og forståelse i denne studien. Pragmatisk validitet handler om på hvilken måte resultatene er anvendelige og nyttige for praksis (Kvale & Brinkmann, 2009). Avslutningsvis i denne studien er resultatenes bidrag til praksisfeltet beskrevet. En kan anta at informantenes beskrivelser om muligheter for brukervedvirkning under skjerming, vil kunne være nyttig i andre lignende skjermingssituasjoner.

Reliabiliteten handler om troverdigheten av resultatene som kommer frem. Kruuse (2007) nevner to former for reliabilitetsundersøkelser; *stabilitetsundersøkelser* som vil si at andre forskere gjentar undersøkelsen med samme utgangspunkt (ekstern reliabilitet). I denne kvalitative undersøkelsen kan ekstern reliabilitet være utfordrende å oppnå høy skår på, fordi informantene ikke vil være de samme og deres holdninger og erfaringer vil kunne endre seg over tid. Allikevel er det nærliggende å tro at tilnærmet like resultater innenfor samme tema vil være mulig (Kvale & Brinkmann, 2009). Den andre formen, *likhetsreliabilitet* vil si å undersøke hvor ofte to like observasjoner gir samme resultat (intern reliabilitet). I denne studien ble det analysert tilnærmet like svar fra informantene på flere av spørsmålene i intervjuguiden (Kruuse, 2007).

Generaliserbarheten dreier seg om viten kan genereres over til andre personer eller situasjoner. En allmenn innsigelse mot intervjuforskning er at det er for få informanter.

Innenfor den postmoderne tilnærmingen antas det at viten er heterogen og kontekstuell og at resultatene kan knyttes til en kontekst, og ikke nødvendigvis være generell (Kvale & Brinkmann, 2009). Resultatene i denne intervjustudien antas å ha relevans innenfor lignende kontekster.

Kvale (2009) nevner tre former for generalisering; Den første, *naturalistisk generalisering*, som handler om personlig erfaring og som er den viten som overføres fra taus- til ekspert kunnskap. I denne studien har informantenes erfaringer og opplevelser om brukervedvirkning under skjerming, blitt beskrevet slik at dette kan brukes for å utvikle praksis. For det andre nevnes *statistisk generalisering* som handler om at informantene kan oppfattes som et representativt utvalg for de resultater som har kommet frem. I denne studien ble det gitt fylldige beskrivelser som kan antas å ha gyldighet for andre ansatte på skjermede enheter, og gjennom teoretisk metning ble åtte representanter vurdert som representativt.

Den siste er *analytisk generalisering* som handler om at resultatene er basert på likheter og forskjeller og om beskrivelsene er solide og inneholder forskerens argumentasjon for at resultatene kan sammenlignes med lignende personer og situasjoner. Det har vært viktig i denne studien å få frem både muligheter og hindringer ved brukervedvirkning under skjerming, noe som er dokumentert gjennom forskningsprosessen, slik at andre kan bedømme arbeidet i etterkant (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.6.2 Ethiske hensyn

Alle typer forskning reguleres gjennom de etiske retningslinjene som ligger i Helsinkideklarasjonen (World Medical, 2009). I denne studien har det vært viktig å være etisk reflektert og følge de etiske prinsipper og juridiske retningslinjer som er lagt for alt forskningsarbeid. Ved datainnsamling berøres mennesker direkte og etiske problemstillinger oppstår. Å forske i eget felt kan skape bedre forståelse av fenomenet som skal utforskes, allikevel kan feltblindhet hindre oss i å oppdage nye elementer. I denne studien har det vært viktig å styrke refleksiviteten for å kunne utforske oppdage alle sider ved brukervedvirkning under skjerming. Feltekunnskap for forsker kan anses som styrkende ved at gjensidig tillitt og forståelse skapes i møte med informantene (Malterud, 2003).

De beskrivelsene som er innsamlet i denne studien har etter beste skjønn blitt anvendt på en profesjonell og etisk forsvarlig måte. I følge Kvale og Brinkmann (2009) er kvalitativ

forskning et håndverk preget av praktiske ferdigheter. Som intervjuer er det viktig å være bevisst god moral i intervjusituasjonen. For informantene kan situasjonen oppleves stressende og utrygg i forhold til å skulle utlevere sine erfaringer fra egen arbeidsplass. Under refleksjon rundt egen praksis, kan usikkerhet i forhold til tidligere handlinger, oppleves vanskelig for informantene. Behovet for støtte og respekt under samtalen er derfor stor (Kvale & Brinkmann, 2009). Interessen for ny viten ble vurdert opp mot hensynet til informantene i starten av denne studien. Siden forsker og informanter er i samme profesjon, ble det viktig å redegjøre for forskers rolle og bruk av materiale.

3.6.3 Styrker og svakheter ved studien

Under dette punktet vil det redegjøres for en kritisk vurdering av Grounded theory (GT) som metode, teoretisk utvalg og det kvalitative intervjuet.

GT som metode ble valgt i denne studien på grunn av sin evne til å utvikle erfaringsnære teorier. Under GT går innsamling og analyse av data parallelt, og av den grunn er GT spesielt nyttig som utgangspunkt for et kvalitativt intervju, og ble derfor ansett som en relevant metode (Dalen, 2004). GT har blitt kritisert for sin induktive tilgang til teori (Watt Boolsen, 2006), samtidig anses en induktiv tilnærming til et fenomen som er lite beskrevet som hensiktsmessig (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2006). Utgangspunktet for denne studien var brukermedvirkning tilknyttet tvang, som var et felt som var lite beskrevet og en induktiv tilgang ble ansett som relevant. Ved å gjøre kritiske vurderinger under hele forskningsprosessen, kan GT styrkes. I denne studien har forsker forsøkt, i tråd med GT, å legge sin forforståelse til side og vært analytisk innstilt til sitt materiale, slik at alle nyanser oppdages, noe som kan gi fyldige beskrivelser. Fremgangsmåten for innsamling og analyse er detaljert beskrevet for å gyldiggjøre de funn som har vokst frem (Corbin & Strauss, 2008).

I denne studien har teoretisk utvalg blitt brukt for å sette sammen informanter for å belyse problemstillingen. Kompetanse og innsikt fra forsker rundt emne som skal studeres, vil være avgjørende for et teoretisk utvalg (Strauss & Corbin, 1998). Forsker i denne studien jobber med skjerming til daglig og hadde derfor en innsikt i emnet som la grunnlag for inklusjonskriteriene som ble utformet. Siden GT er en metode som vurderes under hele prosessen, vil det utvalget som er valgt og antall informanter kunne endres underveis. Under planlegging av studien kan forskers feltkunnskap anses som en styrke, videre i arbeidet under datainnsamling og analyse, kan denne kunnskapen gjøre forsker ”blind”, ved å overse

selvfølgeligheter og miste evnen til å se nyanser i materialet, i tråd med Malterud (2003). For å belyse ulike elementer rundt brukermedvirking under skjerming, kunne det vært hensiktsmessig å benytte seg av ulike aktører, for eksempel pasienter og leger, i tillegg til sykepleiere. På bakgrunn av tidsaspektet og omfanget (30 studiepoeng) på masteroppgaven ble det vurdert at en gruppe (sykepleiere) skulle inkluderes. Det kan antas å styrke denne studien hvis flere aktører belyste problemstillingen.

Kvalitativ metode krever både teknikk og systematikk, og forskers ferdigheter innen innlevelse, spontanitet og intuisjon, er avgjørende for et godt resultat. Dette må læres gjennom praktisering (Johannessen, et al., 2006). Forsker har vært under utdanning når denne studien har blitt gjennomført og har lært og praktisert gjennom en prosess frem til ferdig resultat. Kvalitativ intervju som metode har blitt kritisert for å ha for få informanter til at funnene kan anses generaliserbare. I denne studien kan funnene knyttes til situasjoner på skjerming og anses som relevante for andre lignende praksiser. Intervjuforskning har også blitt kritisert for og ikke å være vitenskaplige nok, siden innsamlingen av data er avhengig av intervjuers dyktighet. I denne studien har forsker forsøkt å skape et tillits forhold ved å sette sin forforståelse til side og anerkjenne informantens beskrivelser. Under et intervju som i denne studien er en intervjuguide brukt, som kanskje kan ha begrenset datamaterialet, allikevel har det blitt stilt utforskende spørsmål under veis som kan skape fyldigere beskrivelser, som er en styrke under kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2009).

4.0 Presentasjon og drøfting av resultater

Under dette kapitlet vil resultater fremstilles ved narrativ gjengivelse av informantenes fortellinger. For å få et innblikk i deres beskrivelser av brukermedvirkning under skjerming er sitater brukt i teksten. De seks teoretiske emnene som tidligere er nevnt, vil fortløpende presenteres sammen med teori for å gi fyldige beskrivelser. Hovedfunnet vil bli drøftet i kapitlet 5.0.

4.1 Brukermedvirkningens utvikling

Informantene belyste flere nyanser innen utviklingen av brukermedvirkning. Den *ubevisste* veksten relateres til annen utvikling som lovendringer og videreutdanninger, noe som bekreftes av en informant: ”Det som er litt interessant egentlig er at det begrepet (brukermedvirkning) ikke er brukt aktivt, det har ikke vært ”nå skal vi begynne med det”. Faglig styrking av institusjonene utvikles på bakgrunn av ledelsens fokus. Opplevelsen av behovet for utvikling vil være forskjellig, noe som er i tråd med Høilund og Juul (2005) som påpeker at ledelsen og personale har forskjellige institusjonelle forståelsesformer innenfor brukermedvirkning, som handler om at ledelsen ikke er kjent med pasientens rettigheter og problemer. En økning i brukermedvirkning vil derfor være avhengig av ledelsens forståelse og anerkjennelse av pasienten som deltager. Det ble også påpekt at menneskesynet ble endret gjennom økt kunnskap, en informant uttrykte: ”vi har jo alle et menneskesyn på et vis da som gjenspeiler seg, vi har jo det ene i en periode, og så går en på skole og så endre dette seg da”. Selv om personalets verdigrunnlag fremhever prinsipper om selvbestemmelse, kan allikevel institusjonens rammer og retningslinjer hindre personalets ønske om å gi brukermedvirkning (Hanssen & Humerfelt, 2010). Den ureflekterte utviklingen ble beskrevet gjennom et eksempel av en informant: ”Jeg husker i forhold til det med cd spiller, så var det faste tider for den i pleieplanen, men nå er den der hele tiden, det har flyttet på seg litt”. Sitatet beskriver at avtalene som gjøres forlenges ubevisst, noe som kan ha sammenheng med at personalets holdninger endres, gjennom økt kompetanse som beskrevet over. På bakgrunn av erfaring opplever kanskje personale at cd spilleren ikke fører til forverring av pasientens tilstand og lar den derfor stå.

Studien viser brukermedvirkning *inkludert* gjennom andre temaer, en informant forteller: ”Vi har ikke hatt noe spesiell opplæring i brukermedvirkning, men vi har jo hatt en del undervisning i forhold til tvang og pasientens rettigheter”, noe som bekreftes av en annen: ”Vi ser en klar utvikling der, det er mye større fokus på den åpne tvangen, men fokuset flytter seg mer over på det som kan kalles skjult tvang eller manglende brukermedvirkning det er jo to sider av samme sak”. Sitatene beskriver at den skjulte tvangen, som omhandler grensesetting, overtalelse og forhandling (Vatne, 2006), blir satt fokus på og kan bidra til økt brukermedvirkning.

Materiale i denne studien viser *variasjon* i utviklingen av medvirkning. Informantene beskriver en tilfeldig og lite fokusert utvikling, samtidig som de nevner at dette er noe som kommer etter hvert. En informant mente det hadde endret seg ved overgang fra skjerming på eget rom, til skjermet enhet, og beskriver dette slik: ”Jeg syntes det (*brukermedvirkning*) har gått i perioder, tidligere hadde vi ikke skjermet enhet, bare skjerming på rom, da hadde de jo stor innflytelse mange ganger”. Sitatet kan underbygge tidligere forskning, hvor mindre regelbaserte arbeidsformer og mer fleksibilitet ble tilknyttet skjerming på rom (Norvoll, 2007).

Til tross for den ubevisste fremveksten av brukermedvirkning kan det allikevel se ut til at det har vært en økt bevisstgjøringen av brukermedvirkning. Flere informanter uttalte at pasientene i større grad blir tatt med på råd under utarbeidelse av dagsplan, i tillegg til økt pårørende samarbeid. Det ble fremhevet *bevisst vekst* gjennom fagdager og ressursgrupper i forhold til brukermedvirkning, dette belyses av en informant slik:

Vi ser jo det at brukermedvirkning blir jo større, både på grunn av føringer og fordi at vi tenker annerledes på det å skjerme folk, vi er på vei vekk i fra vokterkulturen og mer inn i den anerkjennende delen av det.

Sitatet viser en holdningsendring i positiv retning, noe som kan samsvare med Vatne (2003) sin studie hvor hun fant to alternative perspektiver på grensesetting, som skilte mellom korrigerende og anerkjennende sykepleiere.

Utsagnene fremhever en overvekt av positiv utvikling, samtidig er det nærliggende å tro at ytterligere styrking vil bedre praksis, som kan samsvare med evalueringen av opptrappingsplanen, hvor det påpekes behov for styrking av brukermedvirkning i praksis (Forskningsrådet, 2009).

4.2 Elementer for inkludering av brukermedvirkning

Flere elementer viste seg som sentrale for å kunne tilby brukermedvirkning på skjerming.

Personalets *erfaring* beskrives som et av de viktigste faktorene for inkludering av pasienten, en informant bekrefter dette: ”Hos oss er det mange som har jobbet i mange år og de formidler trygghet til pasientene, da går ting lettere”. Det fremheves at å ha erfaring og tro på seg selv, skaper en trygghet som gir rom for fleksibilitet, noe som støttes av Schmidt og Bendsen (2007) hvor de mener det bør stilles spesielle krav til personale som skal arbeide på skjerming. I denne studien ble personalets tålmodighet og positive holdninger til pasienten beskrevet som viktige elementer for inkludering, som bekreftes av Hanssen og Humerfelt (2010) som mener respekt for pasientens annerledeshet og ulike interesser, er viktig for å gi muligheter for brukermedvirkning. Sykepleiernes erkjennelse av at pasienten opplever situasjonen annerledes, og allikevel anerkjenner pasienten som deltager i sin behandling er avgjørende, som er i tråd med Pettersen og Simonsen (2010) når de sier at personale må erkjenne opplevelsen av ulike behov, før de kan anerkjenne pasienten.

Et annet element er sykehusets *beliggenhet* som anses som fordelaktiv i forhold til mulighetene for å ta med pasientene ut. En informant sa: ”Vi har et fint område her med flere runder som vi kan gå, hvor det ikke er så mye folk, hvor det er stille og fredelig”. Behovet for ro og luft kan anses som befriende for pasienter som føler seg innestengt på skjerming, noe som samsvarer med Strand (1990) som anser uteomgivelsene som mer fredlige enn en psykiatrisk avdeling.

Et siste element som nevnes er hvordan begrepet brukermedvirkning blir tolket. Å *forenkle begrepet* ble ansett å fremme inkludering. Det blir lagt vekt på valg innenfor rammen av skjerming, noe som beskriver medvirkning på en forenklet måte, en informant sa: ”Det er jo små ting, men det er kanskje der en må begynne”. Kanskje kan medvirkning dreie seg om små valg i hverdagen på skjerming. Forståelsen av brukermedvirkning bør ligge på et nivå som omhandler valg i hverdagen på skjerming.

Utsagnene fremhever først og fremst lang erfaring som sentralt for å kunne anerkjenne pasienten som en deltaker som inkluderes i sin behandling. Avdelingens skjermede uteomgivelser anses som gunstig for pasienter som oppholder seg mange timer på små rom. Brukermedvirkning kan forenkles ved å tolkes som små valg i hverdagen.

4.3 Dialog- og relasjonens betydning for brukermedvirkning

Informantene nevner relasjonen med pasienten som betydningsfull for behandlingen og hvordan den gjennomføres. De opplever at *Arenaer for dialog* skapes av personale, en informant forteller: ”Vi prøver på en måte å komme i en dialog med sånne ting (interesser/ønsker) da”. Dialogen gir muligheter til innsikt i pasientens ønsker for behandlingen, noe som støttes av Thoresen et al. (2004) når de påpeker at samhandling mellom pasient og personale må øke for å skape arenaer for brukermedvirkning.

Det å *respektere* og møte pasienten på en god måte, ble fremhevet av informantene: ”(...) kanskje det er måten vi snakker på, ved at man har en dialog da”. Erfaring med kommunikasjon vil derfor være viktig for å skape en god relasjon og grunnlag for brukermedvirkning, noe som også trekkes frem av Schmidt og Bendsen (2007) som sentralt under skjerming, hvor de mener personale bør ha gode kommunikasjons evner. En felles interesse uttrykkes som positivt for samtalen, en informant beskriver det slik: ”Hvis man møtes over en interesse da har det alltid noe å si da, det å få i gang et spill, ofte så kjennes det bedre for en sykepleier, at nå har vi et ordentlig møte da”. Informantene opplever at å respektere pasientens interesse og spille med innlevelse, kan skape en relasjon av gjensidighet, noe som er i tråd med det Pettersen og Simonsen (2010), hvor pasienten og personale anerkjenner hverandre.

Å få *god kontakt* og bli godt kjent med pasienten anses som viktig for å kunne tilby individuell behandling, en informant sier det slik: ”Vi hadde en god relasjon, vi kjente liksom familien og pasienten kjente oss godt, der hadde vi jo prøvet og feilet”, noe som bekreftes av en annen informant: ”Vi har snakket om det med dialog, spesielt med de pasientene som er kjent fra før, hvor vi kan tilrettelegge, hvor vi vet hva som var best sist, (...) hvordan gjøre ”det” neste gang for eksempel”. Informantene fremhever god kjemi med pasienten som en forutsetning for å skape god relasjon, en informant forteller:

Jeg mener vi har blitt ganske flinke på det med relasjoner til pasientene, det er jo ikke alltid kjemien stemmer, (...) vi er bevisste på hvilke personale vi setter på hver enkelt pasient. At de får noen de har god relasjon med (...). Før så var det jo sånn at pasienten fikk ikke bestemme hvem som skulle stå på seg og sånn, der har vi blitt flinkere til å strekke oss tilbake, f.eks de kan si ”deg har jeg ikke lyst til å ha”. På den måten føler jeg at vi har blitt mye bedre.

Sitatet beskriver at personale nå er mer opptatt av pasientenes opplevelse av oppholdet og setter sin lojalitet for gruppa til side, det kan synes som om det er i motsetning til Vatne (2006) som mener at det overordnede målet i miljøterapi er å unngå at personale blir splittet av pasientene.

Informantene opplever det å skape en *allianse* som utfordrende på skjerming, en sa: ”Det er et tålmodighetsarbeid, å bygge allianse”, noe en annen fremstiller slik:

I forhold til en god dialog og allianse tenker jeg at der kommer erfaringen inn, (...) det å kunne være litt fleksibel, samtidig være litt innenfor rammene, litt smidig. Ikke den der ”nei det kan vi ikke”, men ”jeg skal se hva jeg får til”, ”kanskje vi kan gjøre det sånn, går det greit for deg?” ikke stoppe pasienten hele tiden.

Det å føle seg litt frem og bli kjent med hverandre under samtalen, samtidig som personale viser pasienten forståelse og respekt skaper tillitt og en god allianse, i tråd med Schibbye (2002). En informant mener: ”Samarbeidet styrkes ved at sykepleierne kan følge pasientene både i motgang og medgang”, noe som støttes av en annen informant: ”Selv om pasienten noen ganger ikke får innfridd alle ønsker og blir sint, skaper det tillitt mellom dem når sykepleieren greier å stå i dette og er en trygghet for pasienten hele veien. Dette styrker båndene mellom dem”. Å oppleve trygghet og forståelse fra personale i både gode og vanskelige situasjoner, kan legge grunnlag for et samarbeid som anses av informantene som positivt for medvirkning, noe som støttes av Sverdrup (2007).

Å være i dialog med pasienten kan gi behandlerne bedre *innsikt* i pasientens opplevelse av situasjonen, som en informant sa: ”Jeg opplever jo av og til at de (sykepleieren/legen) kan snu litt i tankegangen etter å ha hatt en samtale og derfor endrer mening om pasienten”. Også Andreassen (2004) mener brukerens tilbakemeldinger gjør de ansatte bevisste sine handlinger som igjen bedrer praksis. Innsikt i hverandres verden handler om gjensidighet, noe en informant bekrefter: ”Hvis vi skal greie å få en dialog med pasienten så må jo de å få gehør for sitt, for at vi skal få gehør for vårt”. Dette bekrefter funnene i Lorem (2010) sin studie hvor det fremgår at hvis helsepersonell ikke forstår pasienten er det de som mangler innsikt. Ved at personale respekterer pasientens rett til å oppleve verden på sin måte, skapes likeverd (Schibbye, 2002). Det å forstå og anerkjenne hverandre, kan være viktig for å skape innsikt i hverandres situasjoner.

Utsagnene viser at det skapes arenaer for dialog, preget av anerkjennelse, mellom pasient og behandlere (leger og sykepleiere), noe som anses sentralt for å gi muligheter for brukermedvirkning. Betydningen av god kontakt med pasienten anses som viktig for å skape en allianse og innsikt i pasientens situasjon.

4.4 Brukermedvirkningens betydning for reduksjon av stimuli

Informantene fremhever tre grader av brukermedvirkningens betydning for reduksjon av stimuli. Den første handler om *Negativ påvirkning* hvor informantene opplever at de dårligste pasientene har behov for stimulireduksjon, en fortalte: ”Jeg tror mer brukermedvirkning til en viss grad går ut over reduksjon av stimuli ved skjerming”. For noen kan det virke betryggende med begrensninger, og funnene er en bekreftelse av Karlsson sin studie (2004), hvor et av temaområdene som kom frem var beskyttelse og at sykehuset ble ansett som et fristed.

Den andre graden handler om *tilpasset* stimuli, hvor det fremheves at mengde og type stimuli er sentralt, en sa: ”Det kan nok være litt både og, tror det har litt å si om hvor de er i landskapet, hvis de er manisk / psykotiske kan det bli litt mye å skulle involvere enda en ting, det foregår nok i utgangspunktet”. Det trekkes frem at aktiviteter er positivt selv om pasientene ikke har godt av tv, radio eller aviser. Skjerming som behandling er jo i seg selv reduksjon av stimuli, en sier: ”Bare det å komme inn i avdelingen er jo en reduksjon av stimuli og mer ved å komme på skjerming, så noe reduksjon får de uansett”.

Informantene opplever også den tidligere tenkningen som noe streng og gammeldags, en forteller: ”Det med stimulireduksjon det er jo en litt gammel tenkning, mens det med *stimulusmodulering* er det nye ordet”. Kanskje løsningen er å tilpasse stimuleringen etter pasientens psykiske tilstand. Tidligere har hensikten med skjerming tilknyttet stimulireduksjon, vært preget av grensesetting og et hinder for brukermedvirkning og aktiviteter under denne behandlingen (Vaglum, Jørstad, & Karterud, 1984). Denne studien viser at den type tenkning ikke er aktuell lenger:

Nei jeg tror ikke hensikten med skjerming vil endres ved tilførsel av mer brukermedvirkning, gjennom god dialog med pasienten kan personale stille spørsmål til pasienten hvorfor han har de ønsker og krav han stiller. De kan gjennom samtale og refleksjon hjelpe pasienten til å begrense sin tilværelse og bli enige om hva som skal gjennomføres.

Her beskrives dialogen som et viktig redskap for å få pasienten til å reflektere over sine ønsker. Å ta pasienten med og gis ansvar kan styrke pasientens følelse av å medvirke i egen behandling, noe som støttes av Vatne (2003) som sier at det å bli anerkjent av personale er en viktig del av myndiggjøring, som trekker frem som et viktig mål for brukervedvirkning.

Utsagnene fremhever at reduksjon av stimuli kan ha en negativ påvirkning, når det knyttes til pasienter i manisk fase. Allikevel påpekes det at den ”gamle tenkningen” rundt stimulireduksjon nå endres, hvor stimuli nå tilpasses pasienten tilstand.

4.5 Hindringer for brukervedvirkning

Informantene trekker frem flere faktorer som er til hinder for brukervedvirkning. *Regler* er den mest fremtredende faktoren informantene trekker frem som hindring for innføring av brukervedvirkning, noe som kan sammenlignes med Norvoll (2007) sine funn. Hennes studie viste at skjerming har elementer av tvang og lite deltagelse fra pasientene. Mine funn viser at behandling på skjerming er preget av en del husregler og at informantene opplever reglene som vanskelig når de må gjelde for alle. En sier: ”det er jo ikke alle som vil kvele naboen med belte heller, men de må jo gå uten belte og mister jo buksa hele tiden”. Informantene kjenner daglig på utfordringen og balansegangen mellom regler / rutiner og pasientens behov / forventninger til omsorg, noe som bekreftes av tidligere funn (Pettersen & Simonsen, 2010). Det kan virke som at husreglene holder seg konstante og ikke er i utvikling, når en informant sier: ”Det er fortsatt en del strenge regler der, og de er de samme, det er rart med det”. På den ene siden skaper regler trygghet, mens på en annen side skaper det utfordringer i forhold til individuell behandling.

Sykepleiernes valg gjøres på bakgrunn av etiske vurderinger som gjerne begrunnes ved bruk av en strategi, en form kan være *tradisjon* eller rutiner som kan skape trygghet, som er i tråd med Øverenget (2010). En informant fremstiller det slik: ”det har alltid hver sånn”, en annen støtter dette med: ”Det er legene som bestemmer, men de lytter til og hører i forhold til det med medisiner, men til syvende og sist er det legene som bestemmer”, sitatet kan også knyttes til spenningen mellom pasientens medbestemmelsesrett og legens plikt og ansvar for å gi pasienten beste behandling for sine behov, i tråd med Tranøy (2005).

I enkelte utsagn kan informantenes *holdninger* oppleves som *rigid*, et utsagn var: ”Når de er skjermings trengende så er det begrenset hvor mye brukervedvirkning vi kan gi dem”, noe

som støttes av et annet: ”Så må det være noen grenseoppganger her et sted, det er jo en grunn til at de er på skjerming”. Sitatene kan relateres til en negativ holdning til skjerming, noe som er i tråd med tidligere studier (Holte, 2003; Norvoll, et al., 2008). Det fremkommer at under forhold som gir redusert bemanning, kan det ha innvirkning på avgjørelser som tas i tilknytning til medvirking, noe som bekreftes av en informant slik: ”Noen mener selvfølgelig at enkelte pasienter trenger den mer rigide linjen. Tror dette spesielt gjelder nattevakter, men det må jo da ses fra et nattevaktperspektiv, hvor de har mindre personale”. Informantene hadde forståelse for at nattvaktene handlet ut fra sine forutsetninger.

Negative holdninger kan gjenspeiles i personalets forståelse av pasientens perspektiv, en sier: ”(...) de dårligste pasientene har ofte begrenset sykdomsinnsikt”, en annen sier det slik: ”De definerer sine problemer som gjerne går på enkle ting som å gå tom for penger eller tom for røyk, mens vi ser en del andre problemer”. Dette handler kanskje om personalets opplevelse og redusert innlevelse i pasientens situasjon, noe som bekreftes i en studie av Skorpen og Øye (2008) som viser at pasientene fikk medvirke i aktiviteter frem til det kom i konflikt med personalets opplevelser av pasientens tilstand. I enkelte tilfeller mener vi at vi kjenner pasienten og vet hva han har behov for, uten å spørre pasienten selv (Hanssen & Humerfelt, 2010), noe som bekreftes av en informant: ”(...) vi sitter og antar på vegne av pasienten, vi bruker en erfaring vi har hatt før og jobber ut i fra det”. Sitatet beskriver viktigheten av å la pasienten få en ny sjanse, selv om tidligere erfaring tilsier noe annet.

Informantene fremhever *utrygghet* som en faktor som hindrer brukermedvirkning. Personalets dømmekraft kan variere ut fra den konteksten de handler ut fra (Høilund & Juul, 2005), noe som bekreftes av en informant: ”Det er jo et dilemma når du selv blir utrygg da, det kan jo være at man blir streng når man selv blir utrygg”. Sitatet sier noe om at personale handler ut fra sine følelser og ønske om kontroll kan forsterke situasjonen. Vanskelige samhandlinger med de dårligste pasientene kan skape usikkerhet og frembringe behov for kontroll, noe som bekreftes av en informant: ”Vi er vel redd for å gjøre feil og derfor må vi ha et system”, en annen støtter dette: ”(...) noen gjør det som er positivt for pasienten, så kommer noen andre og strammer inn igjen osv. da blir det en kamp i miljøet også”. Behovet for konformitet forsterker nødvendigheten av regler og kontroll, noe som bekreftes av en informant: ”Det er jo det også i fht husregler at vi skal tilstrebe og gjøre ting likt”. Utrygghet i situasjoner preget av risiko, skaper beredskapstenkning, hvor søken etter trygghet kan øke behovet for kontroll (Vatne, 2003).

Det kommer frem at en viss *kontroll* må ligge til grunn for skjerming, en informant beskriver det slik: ”Det er jo opplagt at struktur og grenser må ligge der”, samtidig som en overdreven sikkerhetstenkning blir pekt på som et hinder for medvirkning, en informant sa:

Jeg husker vi hadde en pasient da som vi anså som farlig, han hadde lyst til å måke snø, han mente det å bruke kroppen var bra da, han hadde trent mye før også, og det var det eneste han ville. Det var så mye sikkerhetstenkning. Det at det var farlig for andre. Den sikkerhetstenkningen gjør at en blir redd for å gi brukermedvirkning, det er noe en bør tenke over.

De ytre rammene som regler og rutiner kan kollidere med personalets ønske om brukermedvirkning, noe som bekreftes av en informant: ”Det er jo det som er så komplekst at noen ganger ønsker du å gjøre noe annerledes, men så har du noen ytre betingelser som enn ikke har kontroll på selv, og det må du forholde deg til da”. Personale kan bli preget av en kultur av kontroll og handler ut fra avdelingens holdningsstrategier, noe som er i trå med Høilund og Juul (2005) sin institusjonelle dømmekraft, som vil si at de handler verken autonomt eller moralsk, men under organisasjonens normer, som setter deres personlige vurderinger til side.

Informantene trekker også frem andre former for *begrensninger* som ligger i det å være skjermet, en beskrev det slik: ”Og på skjerminga hos oss er det slik at de ikke skal ha fyr (lighter)”, en annen sa: ”på skjerma kan de ikke bruke egen telefon (...). Pc får de ikke ha her”. Samtidig påpekes det at regler i enkelte tilfeller ikke er til nytte, som en informant sa det: ”Det er jo en regel vi har om at de ikke skal ha belte på skjerming, det er jo en sikkerhet mot slag og hending, men det er jo de færreste som gjør det”. Informantene påpeker selv at de tror pasientene føler seg krenket og opplever ikke å bli hørt, på bakgrunn av de begrensninger som blir gitt, noe som bekreftes av en informant: ”(...) tv’n skal av kl. 23, der er nattevaktene ganske strenge trur jeg, der kan det hende at noen føler at de ikke blir hørt og tatt på alvor”, noe som støttes av en annen informant: ”Men sånn som det er når de har lyst til å se en film i helgene så får de nok lov til det av og til og av og til ikke. Da tror jeg de kan føle at de blir litt krenket”, sitatet beskriver et spenningsfelt mellom brukermedvirkning og behandlingsregime, som også er beskrevet av Skorpen og Øye (2008) med utgangspunkt i psykiatriske poster.

Organisatoriske hindringer nevnes som utfordringer på skjerming i forhold til rommelige forhold, en sa: ”Det blir begrensningen og det lille arealet de har å forholde seg til”, en annen

bekrefter dette slik: ”To pasienter som er ganske dårlige blir gående tett opp på hverandre, kan være utfordrende. Det kan begrense og kan føre til at man ikke får gjort det man bør gjøre”. Informantenes bevissthet rundt sine utfordringer kan skape rom for kreativ tenkning, noe som støttes av Øverenget (2010) når han sier at refleksjon rundt dilemmaer kan skape innsikt og erfaringer som kan frembringe bedre dømmekraft.

Pasienter i *manisk* fase blir fremstilt som den pasientgruppen som skaper mest utfordringer i utøvelsen av brukervedvirkning, en informant beskriver det slik:

Det kan skape mer kaos med mer brukervedvirkning hos en pasient med mye kaos og tankeforstyrrelser fra før, hvis man tar f.eks telefoner, det å ringe, de vil jo gjerne ringe og ordne alt, det er jo ikke så veldig lurt at de gjør. Da blir det jo helt klart en begrensning.

En annen støtter dette: ”Det blir vanskelig for dem å nøste opp igjen i alle disse trådene når de kommer ut av manien, hvis vi ikke begrenser dem”. Sitatene beskriver behovet for begrensning i manisk fase, spesielt i forhold til telefonbruk. Pasienter i manisk fase er jo forskjellige og en tilpasset brukervedvirkning kunne vært mulig å få til, noe som bekreftes fra en informant: ”(...) det er viktig med rammer men akkurat med den brukervedvirkningen er det viktig å kunne ha litt skjønn”. En pasient i manisk fase har mye energi, som inne på skjerming kan være krevende, behovet for begrensning er reelt, men samtidig kan en anta at aktiviteter utenfor posten kan være positivt, noe som støttes av tidligere forskning (Gamme, 2009) som viste i sin undersøkelse at aktiviteter hos skjermingspasienter ikke skapte mer uro eller konflikter.

Utsagnene viser at avdelingskulturer bestående av rigide holdninger, regler og rutiner fremdeles hindrer innføring av brukervedvirkning. Kontroll og begrensninger er fremdeles en stor del av skjerming og pasientgruppen i manisk fase anses som mest utfordrende

4.6 Muligheter for brukervedvirkning

Det kommer tidlig frem i analysen at informantene er opptatt av å få pasienten deltagende i sin behandling. Flere elementer trekkes frem som sentrale for å gi muligheter for brukervedvirkning. Gjennom refleksjon skaper personale en *empatisk* tilnærming til pasienten, en informant beskriver det slik: ”De fleste vil jo ha beltet sitt, det kjenner jeg på, jeg forstår at de kjenner seg ustelte og de føler seg uvel uten og det skjønner jeg”, sitatet viser personalets

erkjennelse av pasientens nedsettende verdighet ved å gå uten belte, noe som bidrar til at personale anerkjenner pasienten som et menneske med følelser og behov. Personale går ut over det å *se* at det er et problem for pasienten, de kan også gjennom følelse kjenne at dette ikke er verdig, i tråd med Honneth (2006) sin beskrivelse av forskjellen mellom erkjennelse og anerkjennelse. En annen informant bekrefter dette:

Ta det videre og tenke er dusjen viktig i dag, nei den er ikke det, kanskje at jeg og pasienten får snakket litt sammen er viktigere og så får vi tåle at det lukter litt. Kanskje den lille ekstra samtalen bidrar til at pasienten dagen etter tar en dusj.

Sitatene beskriver personalets forståelse og innlevelse i pasientens situasjon, i tråd med Nerdrum (2002).

Tillitt er en annen faktor som fremheves som viktig for å styrke forholdet mellom pasient og personell, en informant beskriver det slik: ”personale er mer bevisste på å snakke pasientens sak nå enn før, spesielt i forhold til endringer på skjerming”. Det vil alltid være en makt ubalansen mellom pasienten og personale (Ruyter, et al., 2007). Personale kan allikevel styrke pasientens identitet og selvbilde og gi pasienten en bedre opplevelse ved å være pasientens talsmann, noe som bekreftes av en annen informant: ”Jeg vil jo tenke at tillitten til behandlingen øker jo i takt med at de har tillitt til personale som jobber med dem, at de greier å se at dette er til deres beste”. Det vil alltid være en makt ubalansen mellom pasienten og personale (Ruyter, et al., 2007), allikevel kan personale styrke pasientens identitet og selvbilde og gi pasienten en bedre opplevelse ved å være pasientens talsmann, noe som bekreftes av en annen informant: ”Jeg vil jo tenke at tillitten til behandlingen øker jo i takt med at de har tillitt til personale som jobber med dem, at de greier å se at dette er til deres beste”. Pasientens tidligere erfaringer med medbestemmelse og tillitt under skjerming, kan endre deres holdning til psykiatrien, noe som bekreftes av en informant: ”De som har vært inne og opplevd opphold med mer respekt og samarbeid, kommer inn igjen med bedre holdninger til psykiatrien ved neste innleggelse”, ved slik utvikling kan fagfeltet oppleve et løft for psykiatrien.

Samarbeid fremheves som et sentralt element for økt brukermedvirkning. For å kunne tilby reelle valg er sykepleierne avhengig av å kjenne pasientens ønsker, en informant sa det slik:

Det kan være antagelser fra personale som gjør at de egentlig ikke får et reelt valg, det er jo noe vi antar da, at de vil være på det rommet da, at vi holder den nærhet og

avstanden, jeg tenker at vi kan jo begynne med brukermedvirkningen der og ved at vi presenterer den tanken for dem, (...) viktig å prøve seg frem litt og ikke anta noe, at vi kan diskutere ting og komme frem til hva de tenker da.

Å bli kjent med pasienten før en tar en beslutning fremstår som viktig, slik at ikke tidligere erfaringer preger avgjørelsen om å gi valg. Å reflektere rundt ønsker sammen med pasienten ansås som en løsning:

Det kan jo være ønsker om å ha en radio inne hos seg, noen klarer og forholde seg til det, andre ikke fullt så greit, men overraskende nok så er det mange av de som ikke greier å forholde seg til den radien som skjønner det når de får en forklaring (...)da er det mange som er enige i at det ble egentlig for mye for meg, men det er jo vært å prøve det ut litte grann og ha en gradvis tilnærming til det normale igjen, så på et tidspunkt må man jo gi litt mer.

Sitatet uttrykker behovet for gode dialoger for å kunne tilby reelle valg, noe som bekreftes av en annen informant: ”Gjennom god dialog med pasienten kan personale stille spørsmål til pasienten hvorfor han har de ønsker/krav han stiller. De kan gjennom samtale og refleksjon hjelpe pasienten til å begrense sin tilværelse og bli enige om hva som skal gjennomføres”. Samarbeid som her er beskrevet gir muligheter for opplevd medvirkning, som er i tråd med Lov om Pasientrettigheter (2007b).

For å kunne tilby brukermedvirkning fremhevet informantene avdelingens *muligheter for tilretteleggelse* som avgjørende, en beskriver det slik: ”Man tenker allikevel på at de kan få valgene innenfor de rammene som er lagt da, det er jo der vi jobber så det er det vi må forholde oss til”. Sitatet sier noe om ønske om å tilby brukermedvirkning innenfor rammene for skjerming, noe som krever tilretteleggelse, som bekreftes av en annen informant: ”Bemanningen og sikkerheten er ivaretatt og det gjør det mulig å finne på ting”. Informantene fremhever også ”god plass inne på skjermingsenheten” og ”turer ut i skjermede omgivelser” som viktig for å kunne jobbe med nærhet og distanse til de dårligste pasientene, noe som er i tråd med Strand (1990) når hun beskriver terapeutisk distanse som omhandler både rom, tid, klima og samværets innhold. Informantene trekker frem at det gis alternativer, en bekrefter det slik: ”Hvis det er lite folk og vi ikke får gått tur, må det være andre muligheter å gi”. Tilrettelagt behandling kan gi muligheter for valg i hverdagen, noe som kan øke personalets opplevelse av å gi god behandling og pasientens følelse av mestring, i tråd med Bjørkly (1997).

Vilje til å tilpasse brukermedvirkning til hver enkelt pasient beskriver informantene som sentralt, som en sa: ”Vi prøver å få til medvirkning for pasientene gjennom individuelt tilpasset opplegg” en annen bekrefter dette: ”Her praktiseres tilpasset brukermedvirkning”, sitatene forteller at pasientene har ulike behov for medvirkning, noe som beskrives av en informant slik: ”Slik at ikke alle har begrensninger for det samme da. Alle har forskjellige slags problemer da, det er ikke alle som bruker penger og blamerer seg”. *Vilje* til å anerkjenne pasientens som deltaker, kan handle om faglige vurderinger gjort på bakgrunn av innsikt i pasientens situasjon, noe som er i tråd med Høiland og Juul sitt ”hermeneutiske begrep” (2005, s. 68).

Informantene trekker frem *fleksibilitet* som en egenskap som fremmer individuell behandling i tilknytning til brukermedvirkning, en forteller: ”Noen tåler miljøet dårlig og det skaper mye uro, da må vi skape fleksibilitet. Det har vi muligheter for siden vi har en til en kontakt, det gir mye muligheter for tilpasset behandling”, sitatet beskriver personalets kreative tenkemåte, noe som bekreftes av en annen informant: ”Ellers har vi jo hagen som vi kan ta med flere ut, vi kan være i den ene delen slik at vi ikke er oppå de andre pasientene. Det er jo også en form for skjerming”. Det handler om å være løsningsfokuset, noe som er i tråd med Gamme (2009) når hun gjennom pasientdeltagelse fant måter å unngå uro-situasjoner på. Informantene i denne studien fremhevet også at gradering av skjerming var en løsning, som ble beskrevet slik: ”(...) Da kan de jo velge selv når de føler behov for å skjerme seg, da er det jo brukermedvirkning i veldig stor grad”. *Fleksibilitet* i tilknytning til pasientens ønsker for aktiviteter, ble beskrevet slik: ”Vi lager en plan sammen med pasienten, hvor vi forhandler oss frem til endringer gjennom refleksjon”. Å oppleve å bli tatt med i avgjørelser blir fremstilt som viktig for opplevd medvirkning, noe som uttrykkes i Gamme (2009) sin undersøkelse hvor pasientene var mer fornøyd når de fikk delta i utformingen av sin behandling. Tidligere er det blitt nevnt utfordringer i forhold til å gi medvirkning til de dårligste pasientene (se punkt 4.5), noe som er i motsetning til det informantene forteller her: ”Det er ikke alltid de er psykotiske men de kan være på et slikt nivå da, pårørende kan jo få brukermedvirkning på pasientens vegne”, noe som bekreftes av en annen informant: ”Vi involverer mer systemet, nettverket rundt pasienten”. Sitatene forteller om personalets fleksible løsninger når de involverer de pårørende i større grad enn før.

Informantene fremhevet *pasient fokus* som et sentralt utgangspunkt for økt brukermedvirkning. Flere utsagn viste at informantene hadde pasientene i fokus og at deres rettigheter var viktig, en sier: ”Og vi må jo tilpasse oss deres rettigheter som de har gjennom jussen”, noe som

bekrefter personalets erkjennelse av at pasienten skal kunne delta i sin behandling. En annen informant beskriver pasientenes forsvar gjennom Kontroll Kommissjonen: ”pasientene får jo opp sine saker og blir tatt på alvor”, kanskje skaper Kontroll Kommissjonen en trygghet for sykepleierne, ved at deres handlinger og avgjørelser blir sett på fra flere sider. Elementer som lovendringer, økt erfaring og holdningsendringer i postene, tilknyttes økt brukermedvirkning, noe som kan avspeile temaets utfordringer. Informantene trakk frem fokuset på reduksjon av tvang, som en parallell til økt brukermedvirkning: ”Personale stiller mer spørsmål ved bruk av tvang”. God refleksjon rundt bruk av tvang er kanskje en forutsetning for å kunne gjøre gode valg og øke deltagelse.

Den *positive utviklingen av skjerming* ble fremstilt som en sentral faktor i tilknytning til økt brukermedvirkning. Det ble vist en mer liberal holdning til pasientdeltagelse enn tidligere forskning viser (Norvoll, 2007; Skorpen & Øye, 2008). Noen beskrev det slik: ”Innenfor rammen for skjerming kan det gjøres tiltak, etter pasientens ønsker”, ”Men det er klart at småting som ikke kan anses som skade, så trenger det ikke være noe vanskelig å gi (medvirkning), f.eks å hente en kopp kaffe” og ”Når de har lyst til å se en film i helgene så får de nok lov til det av og til”. Sitatene viser en tilnærming til skjerming, som bærer preg av lite kontroll, hvor pasientenes ønsker og deltagelse kommer tydeligere frem, noe som kan sammenlignes med et mer anerkjennende perspektiv i tråd med Vatne (2006). En informant beskriver skjerming som en bedre behandling: ”Vårt mål er at skjerminga ikke skal bestå av noe straff”, noe som er i motsetning av tidligere forskning (Norvoll, 2007; Vatne, 2006). Skjerming har blitt fremstilt som en stimulusreducerende behandling, hvor økt stimuli ville skape mer uro hos psykotiske pasienter (Vaglun, et al., 1984), noe et utsagn i denne studien kan være en motsetning til: ”Brukermedvirkning gir et lavere konfliktnivå, når personale er mer engasjert og observerer pasientens opplevelse”, sitatet gir en forståelse av at pasientens medvirkning i tilknytning til personalets økte engasjement, redusere konflikter, noe som bekreftes av en annen informant som sa: ”I de tilfeller som vi har truende pasienter, er brukermedvirkning et godt hjelpemiddel”. Dette er også i tråd med Gamme (2009) sin erfaring hvor økt brukermedvirkning ikke førte til mer konflikter.

Flere informanter beskrev *innhold i behandlingen* som viktig for en god skjerming: ”Aktiviteter er meningsfylt for pasienten”, noe som bekreftes av en annen: ”Det å være på skjerming uten noe bevegelse, hvor god er den behandlingen da”. Sitatene uttrykker behovet for bevegelse under skjerming, noe som støttes av en annen informant: ”(...) vi prøver å gjøre slik at dagene der inne ikke blir lange, kjedelige, de blir rastløse, og kanskje ikke ønsker

behandling, (...)"'. Det ble beskrevet ute aktiviteter som gå turer ned til sjøen, skogen eller i område rundt sykehuset, klatring i trær eller bare å skjerme seg i hagen utenfor avdelingen. Av inne aktiviteter ble det nevnt, arbeidsstue, bordtennis, fysioterapi og ergoterapi. I tillegg ble det gitt muligheter for TV, radio eller cd-spiller. Muligheter for å være noe i fellesmiljø ble gitt og det ble tilrettelagt for å spise i fellesmiljø hvis det var et ønske.

Informantene i denne studien var opptatt av å skape bedre opplevelser under skjerming, tidligere studier gir uttrykk for at kvaliteten er avgjørende for god behandling, samtidig mente pasientene at personalets forskjellige handlemåter har innvirkning på behandlingen (Holte, 2003; Strand, 1990). Denne studien viser at informantene er opptatt at å gi god behandling på skjerming, noe som bekreftes av en informant: "Plan for medvirkning tvinger seg frem og gir en vekst og et innhold for behandlingen som gjør at oppholdet blir meningsfylt for pasientene", noe som presiseres gjennom Forskrift for bruk av skjerming (2007a) som sier at vedtaket skal beskrive innholdet i skjermingen.

Utsagnene viser en mer empatisk tilnærming hvor tillitt og samarbeid er sentralt. Det fremheves at avdelingens tilretteleggelse og personalets vilje og fleksibilitet øker mulighetene for pasientens deltagelse. Det vises en positiv utvikling av skjerming hvor innhold er mer sentralt.

5.0 Diskusjon av hovedfunn

5.1 Personalets anerkjennelse av pasienten, har betydning for utvikling av brukermedvirkning under skjerming

Kjernekategoriene i denne studien ble *anerkjennelse* som har vokst frem rundt de seks teoretiske kategoriene. Anerkjennende tilnærming til pasienten, anses som avgjørende for økt brukermedvirkning under skjerming.

I denne studien har en positiv utvikling av brukermedvirkning i postene, samsvart med en økende utvikling av en anerkjennende tilnærming til pasienten. Det er nærliggende å tro at pasientperspektivet og det anerkjennende perspektivet utvikler seg parallelt med hverandre.

Studien viser også noe ubevist utvikling, som kan ha sammenheng med lite fokus på brukermedvirkning fra ledelsens side. Ledelsens og miljøpersonalets gjensidig forståelse for pasientens rettigheter og behov, anses som avgjørende for å øke pasientens deltagelse. En pasient som ikke opplever å bli sett, hørt eller forstått, vil være motvillig til behandling, noe som samsvarer med Høiland og Juul (2005), når de anser manglende samarbeidsvilje, motvilje og sinne som hemmende under behandling.

Personalets erfaring rundt kommunikasjon trekkes frem som et sentralt element for inkludering av brukermedvirkning. Personalets kommunikasjonsevner har i denne studien blitt fremhevet som viktig for å skape anerkjennende dialoger med pasienten. Pasientens bevissthet og identitetsutvikling oppstår gradvis gjennom anerkjennende kommunikasjon, i tråd med Høiland og Juul (2005). Personalets evne til innlevelse i pasientens situasjon, og personlig dømmekraft, er avhengig av utdanning og erfaring. Bruk av språk, gester og kroppsspråk som signaliserer respekt og anerkjennelse, kan i tråd med Høiland og Juul (2005), gi reelle muligheter for medvirkning. Pasienter innlagt på skjerming kan ha fravær av selvbevissthet på bakgrunn av sin sykdom, noe som forsterker behovet for anerkjennelse og identitetsopplevelse. Personalets viktige oppgave på skjerming er å bygge pasienten opp igjen etter en sykdomsperiode, i denne studien har anerkjennende tilnærming blitt ansett som viktig under en slik prosess.

Gjennom dialog kan personale og pasienten utforske hverandres verdener, som legger grunnlag for gjensidig anerkjennelse, som er i tråd med Honneth (2006) sitt gjensidighetsperspektiv. Under disse intersubjektive prosessene kan personale og pasienten

sammen reflektere over ønsker for deltagelse, som gir grunnlag for en anerkjennende tilnærming, noe som samsvarer med Pettersen og Simonsens (2010) beskrivelse av intersubjektivitet som vilkår for gjensidig forståelse. Personalets holdninger til pasientdeltagelse kan utvikles gjennom dialoger som skaper innsikt, noe som samsvarer med Pettersen og Simonsen (2010), når de påpeker at våre holdninger endres i samspill med andre.

Tidligere har stimulireduksjon blitt omtalt som hensikten med skjerming, noe som har vært til hinder for aktiviteter og økt brukermedvirkning (Vaglun, et al., 1984). Denne studien viser en positiv utvikling i tilknytning til stimulireduksjon, hvor aktiviteter anses som positivt, selv om pasienten har behov for begrensninger i tilknytning til tv, radio og aviser. Denne nye tenkningen kan ha sammenheng med en økende anerkjennende tilnærming, hvor personale erkjenner pasienten som unik, og derfor trenger tilpasset deltagelse. Refleksjonen rundt pasientens tilstand i tilknytning til mengde og type stimuli, fremheves som avgjørende for å tilpasse stimulusen. Dialog blir fremhevet som et redskap som gir muligheter for refleksjon rundt pasientens ønsker for behandlingen, noe som styrker pasientens opplevelse av medvirkning i egen behandling. Dette kan knyttes til Vatnes (2006) beskrivelse av myndiggjøring som et mål for brukermedvirkning.

Studien uttrykker også elementer som er til hinder for økt brukermedvirkning, hvor avdelingens kultur, preget av rigide holdninger og regler, er fremtredende. Det er nærliggende å tro at avdelinger med overvekt av regler og rigide holdninger er preget av krenkelser, nektelse av rettigheter og nedverdiggelse av sin situasjon, i likhet med Honneth (2006) sin beskrivelse av disrespekt. Pasienter som ikke opplever å bli anerkjent, kan føle seg krenket, noe som gjør det vanskelig for pasienten å engasjere seg i sin behandling. Pasientens behov for deltagelse, må respekteres og erkjennes av personale, for å kunne anerkjennes, noe som kan ses i sammenheng med Pettersen og Simonsen beskrivelser, hvor de mener at behov, respekt og anerkjennelse er knyttet sammen og ikke kan stå alene. Kunnskap om forholdet mellom krenkelser og anerkjennelse, og regler for opphevelse av krenkelse, kan anses som viktig for å styrke anerkjennelsesperspektivet, som samsvarer med Honneth (2006) sin beskrivelse av anerkjennelse som en kommunikasjon med egen moralsk grammatikk, som strekker seg ut over det verbale språk. I regelbaserte avdelinger, kan styrking av personalet i anerkjennende kommunikasjon, anses som betydningsfullt for pasientens medvirkning.

Studien i sin helhet viser viktigheten av personalets anerkjennelse i pasientens deltagelse, noe som kan gi økte muligheter for brukermedvirkning, og kan ha sammenheng med den positive

utviklingen av brukermedvirkning generelt. Studien viser at det i tillegg til den ubevisste utviklingen av brukermedvirkning også har vært en bevisst vekst gjennom fagdager og økning av videreutdanninger som har styrket kunnskapen blant personale. Det gjenspeiles en holdningsendring hos personale som nå er preget av mer empati, tillitt og samarbeid med pasienten. Det er nærliggende og tro at denne utviklingen skaper bedre dialoger, hvor pasienten anerkjennes av personale som deltager i sin behandling. Utviklingen av en anerkjennende tilnærming skapes gjennom personalets innlevelse i pasientens situasjon, fokus på pasientens rettigheter og verdsettelse av pasienten som deltaker. Under en slik samhandling mellom personale og pasientene, vil en anta at det anerkjennende perspektivet er mer utviklet, som påpekes av Høilund og Juul (2005). Pasienter på skjerming kan være i besittelse av tidligere opplevelser av krenkelse, noe som forsterker behovet for anerkjennelse. Opplevelse av usynlighet, ved ikke å bli anerkjent, er i seg selv en krenkelse, noe som samsvarer med Pettersen og Simonsen (2010) når de tilknytter krenkelse til fravær av anerkjennelse. Gjennom erkjennelse av pasientens behov og rettigheter, kan personale styrke pasientens verdighet, noe som kan knyttes til de Etske retningslinjer for sykepleiere (Norsk, 2007), som refererer til personalets plikt til å skape verdighet.

Studien viser at skjerming som behandling er i positiv utvikling, hvor avdelingene er lite preget av kontroll, og pasientenes deltagelse kommer tydeligere frem. Avdelingenes fleksibilitet gjennom økt bemanning og personalets kreative alternativer for skjerming, kan ha sammenheng med en mer anerkjennende tilnærming til pasientene på skjerming. Samtidig kan en anta at denne tilnærmingen gir bedre kontakt med de dårligste pasientene, noe som styrkes av uttrykk som ”Brukermedvirkning gir et lavere konfliktnivå, når personale er mer engasjert og observerer pasientens opplevelse”. Sitatet trekker frem mye av den positive tenkningen rundt skjerming og brukermedvirkning, hvor det gis rom for distanse, i tillegg til dialog som fremmer anerkjennelse.

6.0 Avslutning

Min nysgjerrighet rundt pasientens muligheter for medvirkning på skjerming, som kan anses som en tvangsbehandling, handler om forholdet mellom pasientenes deltagelse og deres rettigheter til innflytelse. Denne studien viser at pasientene i stor grad blir gitt muligheter til medvirkning under skjerming, samtidig vises elementer som både er til hinder og har betydning for gjennomføring av brukermedvirkning.

Studien viser en positiv utvikling og økning i brukermedvirkning, hvor pasientene i større grad er deltagende nå enn tidligere forskning viser. Personale viser en positiv holdning til pasienten preget av respekt, innlevelse, og det anerkjennende perspektivet er mer fremtredende. Dialogen blir fremstilt som sentral for å kunne skape kontakt, gi informasjon og innsikt i pasientens verden, som er avgjørende for å tilby pasienten medvirkning. Tidligere har behovet for stimulireduksjon vært til hinder for aktiviteter og økt brukermedvirkning, denne studien viser at denne tenkningen ikke er så relevant lenger, noe som anses som en positiv utvikling innenfor skjerming.

Studien viser en mer liberal holdning til pasientdeltagelse, som kan samsvare med den økende anerkjennende tilnærming, hvor avdelingene er mindre preget av kontroll. Studien viser at pasientens deltagelse blir mer fremtredende, noe som kan sammenlignes med et mer anerkjennende perspektiv, i tråd med Vatne (2006).

Hovedfunnene i denne studien er basert på fremveksten av personalets anerkjennelse av pasienten, noe som anses som avgjørende for å gi muligheter for brukermedvirkning under skjerming. Uten anerkjennelse av pasienten som en verdig deltager i sin behandling, vil mulighetene for brukermedvirkning under skjerming begrenses.

Denne studiens fremstilling av nye beskrivelser knyttet til brukermedvirkning og skjerming kan anses som positivt for utviklingen innenfor psykiatrifeltet. Bedre identifisering av elementer for økt brukermedvirkning vil trolig bedre forholdene for både pasienter og personale.

Forskners for forståelse og innsikt i emnet brukermedvirkning under skjerming, kan ha preget tolkning og analyse av datamaterialet i denne studien. Mulighetene for at det letes etter elementer som bekrefter tidligere antagelser vil være til stede, selv om forsker etter beste evne, tilsidesatt sin for forståelse, for å oppdage alle nyanser rundt muligheter for brukermedvirkning under skjerming. Forsker har under forskningsprosessen vist stor

anerkjennelse av informantene og deres beskrivelser av muligheter for brukermedvirkning under skjerming.

Gjennom analyse oppdager en alltid nye beskrivelser som en kunne ønske å få utdypet mer. For videre forskning tenker jeg at fokuset bør ligge på inneholde i skjerming, for å kunne bli en god behandling uten preg av for mye tvang. Jeg tenker at pasienter med skjermingserfaring vil kunne bidra med erfaringer som kan styrke denne behandlingen. Kompetanseheving i tilknytning til anerkjennende tilnærminger vil være aktuelt, kanskje spesielt for de poster som i dag er preget av regelbasert kontroll. Videre styrking av brukermedvirkning i praksis vil det alltid være behov for, selv om denne studien viser en positiv utvikling på dette feltet.

Jeg håper denne studien kan inspirere til økt anerkjennelse av pasienter som deltagere i sin behandling, og at skjerming blir anerkjent som en individuell behandling preget av gjensidighet.

Referanser:

- Aadland, E. (1998). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Samlaget.
- Andreassen, T. A. (2004). *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat*. 13, Instituttet, Oslo.
- Bjerkan, A. M., Lilleeng, S., & Pedersen, P. B. (2009). Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne, 2003 og 2007 *SINTEF rapport* (Vol. A11409, pp. 184 s.). Trondheim: SINTEF.
- Bjørkly, S. (1997). *Aggresjon og vold: teori, analyse og terapi*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Blomberg, W. (2002). *Galskapens hus: utskilling og internering i Norge 1550-1850*. Oslo: Universitetsforl.
- Bowers, L., Jane Alexander, Alan Simpson, Carl Ryan, & Paola Carr-Walker. (2004). Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containments methods for disturbed patients. *Nurse Education Today*, 24(6), 435-442.
- Bremnes, R., Hatling, T., & Bjørngaard, J. H. (2008). Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007 *SINTEF rapport* (Vol. A8231, pp. 79 s.). Trondheim: SINTEF Helse.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforl.
- Eckcrantz, L. S. (1995). *Pasienternas psykiatri. En studie av institutionella erfarenheter*. Stockholm: Carlssons bokforlåg.
- Forskningsrådet. (2009). Evaluering av opprappingsplanen for psykisk helse.
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Gamme og Kollshaugen. (2008). Kan mer brukermedvirkning på skjerming redusere formell og opplevd tvang?
- Gamme, W. I. (2009). Skjerming med brukermedvirkning – Kan endring av skjermingspraksis øke pasienters tilfredshet? *Tidskrift for psykisk helsearbeid*, 6(3), 242-250.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Hanssen, H., & Humerfelt, K. (2010). *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998 - 2008). Opptrappingsplan for psykisk helse.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Psykisk helsevernloven (1999)*. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007a). Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykisk helsevern
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007b). *Pasientrettighetsloven*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- helsedirektoratet, S.-o. (2006). Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern.
- Holte, J. S. (2003). Skjerming: utvikling av en begrunnet praksis. In J. K. Hummelvoll (Ed.), *Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien* (pp. S. 117-146). Oslo: Universitetsforl.
- Honneth, A. (2006). *Kamp om anerkendelse: sociale konflikters moralske grammatik*. København: Hans Reitzels forl.
- Høilund, P., & Juul, S. (2005). *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde*. København: Reitzel.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forl.
- Karlsson, B. (2004). *Mani som fenomen og lidelse: pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Kruuse, E. (2007). *Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslægtede fag*. [København]: Dansk psykologisk Forl.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview: introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzel.
- Langdridge, D., & Tvedt, S. D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir.
- Loem, G. F. (2010). *Hva er innsikt, og hvordan forstår behandlere begrepet?*
- Lund, T., & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. [Oslo]: Unipub.
- Løkensgard, I. (1977). *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Nerdrum, P. (2002). Om empati. In M. H. Rønnestad & A. v. d. Lippe (Eds.), *Det kliniske intervjuet* (pp. 74-100). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Norsk, s. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom: bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. no. 64, Unipub, Oslo.
- Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K.-G. (2008). *Det er nå det begynner!: hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT)* (Vol. SINTEF A8450). Trondheim: SINTEF.
- NOU. (1988). *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Pedersen, R. (2009). Usikkerhet rundt ny tvangslov., *Dagens Medisin nr. 16*.
- Pettersen, K.-S., & Simonsen, E. (2010). *Anerkjennelse og profesjon*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Ray, N., Myers, K., & Rappaport, M. (1996). Patient perspectives on restraint and seclusion experiences: a survey of former patients of New York States psychiatric facilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1(20), 11-18.
- Ruud, T., Gråwe, R. W., & Hatling, T. (2006). *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge: resultater fra en multisenterstudie* (Vol. SINTEF A310). Trondheim: SINTEF.
- Ruyter, K. W., Solbakk, J. H., & Førde, R. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schibbye, A.-L. L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforl.
- Schmidt og Bendsen. (2007). Store krav til kontaktpersonenes rolle. *Dansk Sygeplejeråd*.
- Skorpen, A., & Øye, C. (2008). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: en analyse av miljøterapeutiske praksiser*. Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet, [Bergen].
- Sneltvedt, T. (2008). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere *Etikk i sykepleien* (pp. S. 97-115). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. [Oslo]: Gyldendal.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Sverdrup Sidsel, Myrvold Trine, & Kristofersen Lars. (2007). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter. *NIBR-rapport* (Vol. 2): Norsk Forskningsråd.
- Thoresen, B., Paulsen, C. T., Ørstavik, S., & Nytingnes, O. (2004). *Brukermedvirkning i psykisk helse*. Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Tranøy, K. E. (2005). *Medisinsk etikk i vår tid*. Bergen: Fagbokforl.
- Vaglun, P., Jørstad, J., & Karterud, S. (1984). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri: fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vatne, S. (2003). *Korrigerer og anerkjenner: sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. 2003:4, Høgskolen, Molde.
- Vatne, S. (2006). *Korrigerer og anerkjenner: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Watt Boolsen, M. (2006). *Kvalitative analyser: at finne årsager og sammenhænge*. København: Reitzel.
- World Medical, A. (2009). *Medical ethics manual*. Ferney-Voltaire: World Medical Association.

Øverenget, E. (2010). Brikke eller aktør? : hva skal til for at mennesker tar makt i eget liv og utvikler seg? In K. k. S. 2010 (Ed.), *Soningskøen er borte - hva nå? : med fokus på kvalitet i straffegjennomføringen : referat fra Kriminalpolitisk konferanse, Sundvolden 18.-19. mars 2010*. Oslo: Norsk fengsels- og friomsorgsforbund.

Fra: Grimnes Helge [mailto:Helge.Grimnes@ulleva.no]
Sendt: 3. mars 2010 11:20
Til: Gamme, Wenke Iren G
Emne: SV: Melding om studie.

Hei

Takk for oppklaringen. Jeg har flyttet litt på teksten i meldeskjema og slettet henvisningen til HPL §26.

Dette kan tilrådes under forutsetning av at vedlagte endringer til samtykket tas med.

Saksnummer hos oss er 08-2010 SI

Lykke til med studien.

Mvh.
Helge Grimnes
Personvernrådgiver

Kompetansesenter for personvern og sikkerhet
Oslo universitetssykehus HF
IT-avdelingen
40 21 00 35 (mobil)
23 01 50 52 (kontor)
22 11 96 44 (fax)

www.uus.no/personvern

Praktisk veileder til personvern
i medisinsk forskning

IKKE SENSITIVT INNHOLD

Wenke Iren Gamme

Brattsvevegen 11

2840 Reinsvoll

TLF: 47 23 04 18 /61 14 74 41

Weche.iren.gamme@sykehuset-innlandet.no

Avdelingsleder

(...)

(...)

(...)

SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å GJENNOMFØRE EN KVALITATIV STUDIE

Jeg jobber som sykepleier i akuttpost ved Sykehuset Innlandet HF divisjon psykisk helsevern. Jeg har jobbet ved avdelingen siden 2005.

Høsten 2008 begynte jeg mine studier ved Høgskolen i Oslo. Jeg tar en Master i psykisk helsearbeid. Det er et deltidsstudium og min masteroppgave skal leveres juni 2011.

Bakgrunn for min masteroppgave:

I de siste årene har det vært økt fokus på brukermedvirkning innenfor psykisk helsevern. Tidligere forskningen sier lite om muligheter for brukermedvirkning i akuttpost. I forhold til tvangstiltaket ”skjerming” gir mange pasienter tilbakemeldinger om mistriivsel, krenkelser og maktbruk (Reidun Norvoll, 2007). Helse- og omsorgsdepartementet har gitt ut en forskrift om bruk av skjerming (2006) hvor det står; ”ved bruk av skjerming skal det legges til rette for at pasienten gis så stor innflytelse på tiltaket som mulig”. Der kommer det tydelig frem at pasienten skal kunne medvirke i utførelsen av sin skjerming.

Hensikten med denne studien er å kunne øke kunnskapen rundt pasientenes muligheter for brukermedvirkning på skjerming. Det vil derfor være viktig å få frem beskrivelser fra

sykepleiernes om deres erfaringer og syn på muligheter for medvirkning, i forhold til skjerming som tvangstiltak. Metoder for datainnsamling er intervju av sykepleiere. Resultatene vil inngå i en masteroppgave og en rapport. Det er ønskelig med publisering i tidsskrift etter hvert.

Studiens foreløpige problemstilling:

”Hvilke muligheter for brukermedvirkning opplever sykepleierne at pasientene har på skjerming i akuttpost?”

Metode:

For å besvare problemstillingen og de forskningsspørsmål som skal belyses, har jeg valgt å bruke kvalitativ metode. Det forskningsmessig designet er deskriptivt og eksplorerende. Det er ønskelig å utvikle ny forskningsbasert kunnskap om brukermedvirkning og skjerming. Dette er et felt som er lite beskrevet og det er derfor viktig å frem synspunkter og identifisere eventuelt problemer knyttet til dette. For å besvare problemstillingen og de forskningsspørsmål som skal belyses, har jeg valgt å bruke halvstrukturert intervju med intervjuguide som åpner for informantenes beskrivelser uten å være for lukket. Det er ønskelig å ta samtalen opp å bånd, for å kunne få med alle detaljer. Dette er avklart med personvernombudet innenfor Sykehuset Innlandet HF.

Utvelgelse:

Det er ønske om å kunne intervju sykepleiere i akuttpost som gjennomfører skjerming på eget rom eller i skjermet enhet. Informantene velges ut via enhetsleder på postene. Jeg har ønske om å intervju 3 sykepleiere hver for seg med skjermingserfaring mer enn 5år. Dette for å sikre at deltagerne har den faglige erfaringen med skjerming som er ønskelig og for å kunne si noe om utviklingen de senere årene på skjerming i forhold til brukermedvirkning. Hvis det er aktuelt med deltagelse får de tilsendt informasjon om prosjektet, med en samtykkeerklæring. Det vil være viktig å velge ut et strategisk utvalg som har dybde kunnskap innenfor emne skjerming. Bakgrunnen for valg av profesjonen sykepleiere, er min erfaring med at denne gruppen oftest jobber med pasientene på skjerming. I tillegg har de forståelsen for skjerming og lovverket gjennom sin utdanning.

Etikk:

Studien er tilrådet av personvernombudet innenfor Sykehuset Innlandet HF. Alle deltagerne vil få et informasjonsskriv om hensikt og gjennomføring av studien, med en samtykkeerklæring. Det vil gjennom dette skrivet komme frem at deltagerne når som helst kan trekke seg ut, uten å måtte gi en forklaring på dette. Etter hvert intervju blir dette skrevet ned, slik at informantene kan lese gjennom og godkjenne innholdet.

Veileder:

Førsteamanuensis, sosialt arbeid Amy Østertun Geirdal ved høghskolen i Oslo.

Håper dere ser nytten i å kunne være med å få frem mer kunnskap om skjerming og brukervedvirkning og at dere ønsker å bidra med deres engasjement.

Vennlig hilsen

Wenke Iren Gamme

Sykehuset Innlandet HF

Akutt- og kortidsavdelingen

Divisjon Psykisk Helsevern

Kopi:

Avdelingssjef Berit Bakkemo

Sykehuset Innlandet HF

Akutt- og kortidsavdelingen

Divisjon Psykisk Helsevern

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSTUDIE OM SKJERMING OG BRUKERMEDVIRKNING

”Hvilke muligheter for brukermedvirkning opplever sykepleierne at pasientene har på skjerming i akuttpost?”

(...) er blitt forespurt om deltagelse i en forskningsstudie om skjerming og brukermedvirkning. Vi spør derfor deg om du ønsker delta som informant med dine kunnskaper og synspunkter innenfor skjerming. Wenke Iren Gamme er sykepleier og tar en mastergrad i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo. Hun ønsker å gjøre en kvalitativ studie med intervju av sykepleiere med erfaring med skjerming i psykiatrisk akuttpost.

Undersøkelsens hensikt:

Hensikten med denne studien er å kunne øke kunnskapen rundt pasientenes muligheter for brukermedvirkning på skjerming. Det vil derfor være viktig å få frem beskrivelser fra sykepleierne om deres erfaringer og syn på muligheter for medvirkning, i forhold til skjerming som tvangstiltak.

Kriterier for deltagelse:

Det er ønskelig med sykepleiere med dybde kunnskap innenfor emne skjerming og som har mer enn 5 års erfaring. Dette for å sikre at deltagerne har den faglige erfaringen med skjerming som er ønskelig og for å kunne si noe om utviklingen de senere årene på skjerming i forhold til brukermedvirkning. Bakgrunnen for valg av profesjonen sykepleiere, er min erfaring med at denne gruppen oftest jobber med pasientene på skjerming. I tillegg har de forståelsen for skjerming og lovverket gjennom sin utdanning. Jeg ønsker at enhetsleder velger ut ansatte som ønsker å delta med sin kunnskap om skjerming.

Informasjon i forhold til intervju:

Jeg vil selv intervju og ønsker at vi kan ha en samtale i tilknytning til min intervjuguide. Det er ønskelig å ta samtalen opp på bånd, slik at jeg får med meg alle detaljer. Du vil i etterkant få tilsendt utskriften av intervjuet, slik at du kan godkjenne det som jeg ønsker å ha med som datamateriale i min masteroppgave.

Samtykkeerklæring:

Det ligger ved et informert samtykke med dette brevet som jeg ønsker å ha tilbake fra deg før intervjuet skal foregå. Alle opplysninger som blir gitt av deg er taushetsbelagt. Du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen, uten å måtte gi noen forklaring, hvis det skulle være ønskelig underveis. Studien er meldt til personvernombudet innenfor Sykehuset Innlandet HF og godkjent 3 Mars 2010.

Faglig ansvarlig og prosjektledelse:

Jeg har Amy Ø. Geirdal som veileder på Høgskolen i Oslo. I tillegg til meg selv er hun faglig ansvarlig for undersøkelsen. Hvis det er ønskelig med mer informasjon kan jeg kontaktes på tlf: 47230418 eller på e-post: wengamm@bbnett.no.

Reinsvoll, 1. november 2009

Med vennelig hilsen

Sykepleier / Masterstudent, Wenke Iren Gamme

INFORMERT SAMTYKKE

Jeg samtykker herved i deltagelse ved undersøkelsen "Hvilke muligheter for brukervedvirkning opplever sykepleierne at pasientene har på skjerming i akuttpost?".

Jeg ønsker å dele mine erfaringer i forhold til skjerming og muligheter for brukervedvirkning i akuttpost. Jeg er informert om hensikten med undersøkelsen og at deltagelsen er frivillig og underlagt taushetsplikt. Jeg kan når som helst trekke meg ut av undersøkelsen, uten å gi noe forklaring.

Vennligst fyll inn opplysningene dine nedenfor, slik at jeg lettere kan kontakte deg for gjennomføring av intervju. Hvis du ikke vil oppgi hjemmeadressen din, kan du fylle inn sykehuset adresse, avdeling og post, slik at du kan motta brevet fra meg der.

Navn: _____

Adresse: _____

Tlf: _____

Sted og dato: _____

Signatur: _____

INTERVJUGUIDE:

Innledningsvis vil jeg gi en presentasjon av meg selv og hensikten med studien. Jeg vil informere om hvordan materialet fra informantene skal håndteres og rettighetene i forhold til informert samtykke. Jeg stiller noen spørsmål for å få en oversikt over hvem jeg skal intervjuer:

Stillingstittel: _____

Stillingsprosent: _____

Ansiennitet ved akuttposten: _____

PROBLEMSTILLING:

"Hvilke muligheter for brukermedvirkning opplever sykepleierne at pasientene har påskjerming i akuttpost?"

- *Er denne tenkningen relevant?*
- *Møter vi dilemmaer mellom brukermedvirkning og tvang?*

A. Organisering av skjerming på posten.

- Eget rom eller skjermingsenhet? _____
- Uteområder? _____

- Bemanning? _____

- Er pasienter på tvangsparagraf eller frivillig når de skjermes? _____

B. Utvikling av brukermedvirking og innholdet i den:

- *Hva har avdelingen gjort i forhold til innføring av mer brukermedvirking, i forhold til opplæring og holdningsendring?*

- *Hvordan har utviklingen vært for inkludering av brukermedvirking på skjerming?*

- *Kan du gi eksempler på medvirking i forhold til tiltak og utforming av skjerming?*

C. Hvilke utfordringer, etiske dilemmaer og positive følger skaper medvirking fra pasientene for personale?

- *Hvilke utfordringer opplever sykepleieren at pasientens medvirking gir, (eksempler)?*

- *Opplever du dilemmaer ved gjennomføring av brukermedvirking når pasienten er under tvangstiltak. Kan du beskrive en eller flere situasjoner som kan være vanskelig i forhold til etikk, relasjon med pasienten eller sikkerhet?*

- *Relasjonen mellom pasient og personale kan være utfordrende på skjerming, kan dette endre seg ved gjennomføring av brukermedvirking?*

- *Vil mer brukermedvirking endre hensikten ved skjerming i forhold til stimulireduksjon?*

- *Kan mer brukermedvirking skape mer kaos hos en pasient som er hektisk og har tankeforstyrrelser, eventuelt på hvilken måte?*

- *Hvilke organisatoriske endringer (utforming av rom, ressurser) av skjerming trengs for å kunne gjennomføre mer brukermedvirking ved skjerming (evt i fht husregler)?*