

Psykisk helsevern: Åpen dør-policy er mer enn en ulåst dør

Helsepersonell i psykisk helsevern opplever at kommunikasjonen med pasientene blir bedre og mer ærlig med en åpen dør-policy.

Anne-Marthe Indregard

Sykepleier og postdoktor
Senter for psykisk helse og rus, Lovisenberg diakonale sykehus

Kristin Vegerstøl

Spesialsykepleier og avdelingsleder
CRUX Bergfløtt behandlingssenter

Hans Martin Nussle

Spesialrådgiver
Lovisenberg diakonale sykehus

Grete Meisingset Lund

Sykepleier og avdelingsleder
Senter for psykisk helse og rus, Lovisenberg diakonale sykehus

Nikolaj Kunøe

Psykologspesialist og forsker
Senter for psykisk helse og rus, Lovisenberg diakonale sykehus

Arbeidsmiljø

Psykisk helse

Tvang

Brukermedvirkning

Sykepleien 2022;110(89585):e-89585
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.89585

Inspirasjonen til åpen dør-policy er hentet fra arbeid på sykehus i Sveits og Tyskland. Som navnet antyder, innebærer det at pasienter som er innlagt i psykisk helsevern, ikke møter låste utgangsdører. Men det handler om mye mer enn det – det handler om tillit, selvbestemmelse og personlig frihet. Hvis man skal oppnå det, er det ikke tilstrekkelig kun å låse opp dører.

Ved å innføre en *åpen dør-policy* (1, 2) må helsetjenesten jobbe for en organisering som bidrar til å inkludere pasienten i sitt eget behandlingsløp gjennom åpen dialog og økt brukermedvirkning.

Målet er å motivere pasientene til å ta imot behandling uten bruk av tvang. Mennesker med akutt psykisk lidelse må ivaretas på en så god måte at man samtidig kan bevare bevegelsesfriheten deres.

Tidligere forskning på åpen dør-policy viser at ulåste dører fører til en reduksjon i bruk av tvangsmidler (3–7). Det kan ha sammenheng med at pasientenes opplevelse av frihet skaper et lavere spenningsnivå på posten og færre eskalerende situasjoner (8).

Videre har forskning vist at pasienter som er innlagt på poster med åpen dør-policy, opplever en mer positiv postatmosfære, bedre pasientsamhold, høyere grad av trygghet og terapeutisk støtte (8, 9).

Ulåste dører kan endre opplevelsen av sikkerhet

Åpen dør-policy skal øke graden av tillit, selvbestemmelse og personlig frihet. Samtidig er det en viktig målsetting at ulåste utgangsdører ikke fører til flere alvorlige hendelser som rømninger, selvmord og vold mot personalet.

For å ivareta en forsvarlig helsetjeneste kreves det at helsepersonell gjennomfører kontinuerlige vurderinger av pasientenes tilstand og utgangsstatus og iverksetter tiltak overfor enkeltpasienter når det er behov for økt sikkerhet.

Forskning som har undersøkt alvorlige hendelser i forbindelse med åpen dør-policy, finner en reduksjon i selvmordsforsøk, selvmord, rømninger og vold mot personalet (1, 5).

Da låste dører er det vanlige innen akutt psykisk helsevern, kan ulåste dører muligens endre en sentral opplevelse av sikkerhet innad i institusjonen. Vi ønsket derfor å intervju helsepersonell om deres erfaringer. Dette er kunnskap som har verdi for andre som ønsker å innføre åpen dør-policy i fremtiden.

Metode

Studien er godkjent av personvernombudet på Lovisenberg diakonale sykehus. Deltakerne mottok informasjonsskriv om studien, og vi innhentet skriftlig samtykke. Vi gjorde lydopptak ved å bruke diktafonappen til Nettskjema, Universitetet i Oslo (10).

Dataene ble analysert i henhold til Malteruds modell for systematisk tekstkondensering (11) etter følgende fire trinn: helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og syntese.

Tabell 1 viser et utdrag av analyseprosessen. I det første trinnet dannet vi et helhetsinntrykk ved at transkripsjonen ble lest igjennom samtidig som foreløpige temaer ble skrevet ned.

I det andre trinnet hentet vi ut meningsbærende sitater og sorterte dem etter de foreløpige temaene som var identifisert. Meningsbærende enheter ble så kodet og klassifisert.

I det tredje trinnet ble materialet redusert (kondensert) til de hovedgruppene av meningsbærende enheter som pekte seg ut. I analysens siste trinn beskrev vi hovedtemaene i en sammenfatning (resultatdel).

Tabell 1. Utdrag fra analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Kode	Kondensering – fra kode til mening
<i>«Jeg kan merke at noen pasienter kan slappe litt mer av. Pasientene får en sjanse til å vise at de vil samarbeide. De vet at døra er åpen, og de velger å bli. Det er en ny måte for dem å vise at de vil samarbeide på.»</i>	Mer avslappet stemning Sjansetil å samarbeide	Økt tillit og ansvar til pasienten
<i>«Legg vekt på samarbeid og vis tillit. Da får du det tilbake.»</i>	Samarbeid og tillit	
<i>«Pasienter har sagt at det føles fint, og det er bra. En pasient sa at da har vi mer ansvar selv. Det reduserer pasientens opplevelse av tvang i møte med behandlingsapparatet.»</i>	Mer ansvar til pasienten Reduserer opplevelse av tvang	
<i>«Vær åpen og ærlig med pasientene. La dem ta litt styring på sin egen behandling. Ikke snakk om pasienten, men med pasienten.»</i>	Åpen og ærlig kommunikasjon Styre egen behandling Brukermedvirkning	
<i>«Vær ærlig med pasientene. Det er det jeg føler at jeg har kommet lengst med. Si det klart og tydelig – ‘disse forventningene har jeg til deg, og du har sikkert noen forventninger til meg. Og dersom du vil gå ut, så bare kom til meg’. Det er vanlig å si fra hvor man går.»</i>	Ærlig kommunikasjon Forventninger	

Resultater

Alle informantene var ambivalente i starten

Samtlige informanter fortalte om ambivalente følelser i planleggings- og oppstartsfasen. På den ene siden var det en positiv innstilling blant personalet og en opplevelse av å være med på en viktig endring i psykisk helsevern.

Informantene brukte beskrivelser som «et skritt i riktig retning», «dette er fremtiden» og «et paradigmeskifte». Men de fortalte også om usikkerhet og en følelse av å miste kontrollen når døren skulle være ulåst:

«På den positive siden tenkte jeg at det var ganske sprekt. Jeg ble stolt av arbeidsplassen min, som prøver noe nytt. Men selvfølgelig, i likhet med mange av mine kollegaer tenkte jeg at det var litt skummelt også.»

«Ville det føre til flere rømninger, farlige situasjoner og mer rus inne på posten?»

Usikkerheten de beskrev, var i stor grad knyttet til hvordan pasientene ville forholde seg til en ulåst dør. Ville det føre til flere rømninger, farlige situasjoner og mer rus inne på posten?

Overgangen til åpen dør-policy ble udramatisk

Informantene fortalte at overgangen til ulåst dør ble håndtert med en dørvakt i starten, men at de raskt erfarte at det ikke var nødvendig: «Folk var veldig interessert i å se den døra hele tiden! Det var så uvant. Folk var redd for at noen skulle stikke av, og for at man ikke hadde den kontrollen som man vanligvis har.»

Samtlige informanter fortalte at usikkerheten gikk over da de erfarte at de alvorlige situasjonene de fryktet, ikke skjedde. Alt i alt beskrives overgangen til åpen dør-policy som udramatisk. Ulåst utgangsdør ble raskt en naturlig del av den daglige driften:

«Jeg synes det er mindre dramatisk enn jeg fryktet før vi i satt i gang. Det har ikke hatt så store konsekvenser som jeg hadde forestilt meg. Jeg har ikke vært i mange situasjoner hvor jeg har vært bekymret. Det har på en måte vært en stille overgang.»

Det er ikke nødvendig med mye kontroll

Samtlige informanter forteller at innføringen av åpen dør-policy krever at helsepersonell må vurdere hver enkelt pasient og risikoen for alvorlige hendelser dersom pasienten forlater avdelingen.

Disse vurderingene har ført til at man tenker litt nytt rundt hva som kan skje dersom pasienten forlater sykehuset: «Man får et helt annet fokus. Har denne pasienten voldsrisiko, er det fare for suicidalitet her, hva er faren dersom denne pasienten stikker? Gjør det egentlig noe om pasienten stikker av?»

En annen informant fortalte at hen ser på bruk av kontroll i akutt psykisk helsevern på en annen måte etter at åpen dør-policy ble innført:

«Vi bruker jo veldig mye kontroll, og det har jeg skjønnet etter at vi har lukket opp dørene. Vi trenger ikke å bruke så mye kontroll for å få til den behandlingen vi skal tilby. Nå driver vi i mindre grad kontroll sammenliknet med før.»

De ansatte må ha tillit til at avtalene overholdes

Informantene beskrev at en ulåst dør gir mer ansvar til pasienten, og de ansatte må ha tillit til at avtaler som inngås, overholdes. Flere av informantene la vekt på at samtalene med pasientene har blitt mer åpne og ærlige, og forventninger blir tydeligere kommunisert:

«Vær ærlig med pasientene. Det er det jeg føler at jeg har kommet lengst med. Si det klart og tydelig: 'Disse forventningene har jeg til deg, og du har sikkert noen forventninger til meg. Og dersom du vil gå ut, så bare kom til meg'.»

«Økt tillit og ansvar legger grunnlaget for brukermedvirkning og samarbeid.»

Flertallet av informantene pekte på at økt tillit og ansvar legger grunnlaget for brukermedvirkning og samarbeid:

«Jeg kan merke at noen pasienter kan slappe litt mer av. Pasientene får en sjanse til å vise at de vil samarbeide. De vet at døra er åpen, og de velger å bli. Det er en ny måte for dem å vise at de vil samarbeide på.»

Flere informanter har erfart at å gi mer tillit og ansvar til pasienten får positive ringvirkninger for relasjonen mellom personalet og pasientene:

«Det føles som vi likestilles litt mer. Vi er bare to mennesker. Jeg er i den rollen, og du er i den rollen. Sånn har jeg alltid hatt lyst til å jobbe. At vi er mer på lik linje. Ikke vær så redd for å prøve det, men kommuniserer åpent, ærlig og transparent. Det er mitt råd.»

«Legg vekt på samarbeid og vis tillit. Da får du det tilbake.»

Ansattes involvering er viktig for fagutvikling

Samtlige informanter fortalte at det var viktig med god forberedelsestid hvor de fikk anledning til å diskutere ulike problemstillinger. En informant beskrev det slik:

«Det er viktig at man har en forberedelsesfase som innebærer en fagutvikling som gjør at personalet føler at de er en del av prosjektet, og ikke føler at det er noe som blir tredd over dem. Det er viktig med en forankring for hele posten.»

I samtalene ble det lagt vekt på at det ikke var ledelsen som skulle finne svarene på problemstillingene, men de ansatte gjennom workshops og seminarer: «Det var positivt at vi på avdelingen fikk ta så stor del i det, at ikke alt ble styrt fra øverste hold. Vi fikk lov til å være med å utforme det hele, og det var veldig fint.»

Diskusjon

De ansattes følelser må anerkjennes

Et viktig funn i studien var ansattes beskrivelser av ambivalente følelser i planleggings- og oppstartsfasen. Informantene beskrev en positiv innstilling til å innføre åpen dør-policy. Samtidig fortalte de om usikkerhet og en følelse av å miste kontrollen når døra skulle være ulåst.

En rekke studier bekrefter at endringsprosesser vekker både positive og negative følelser blant ansatte (12, 16). Det er viktig å fremme psykologisk trygghet på arbeidsplassen for at ansatte skal føle seg ivaretatt og i stand til å endre praksis (14).

En viktig del av planleggingsfasen høsten 2020 var gjennomføring av tverrfaglige workshops og arbeidsgrupper. Her ble ulike problemstillinger knyttet til åpen dør-policy diskutert, og det var rom for å ta opp eventuelle motforestillinger og bekymringer.

Da bekymringer ble diskutert i fellesskap, ble det tydeligere hvilke forberedelser det var viktig å prioritere. En nylig litteraturstudie (15) støtter en tilnærming som anerkjenner ansattes følelser i forbindelse med endringer på jobben. Den peker på at en slik tilnærming legger til rette for bedre læringsprosesser.

Tverrfaglig refleksjon er nødvendig

Et sentralt spørsmål i planleggings- og innføringsfasen var knyttet til å ivareta sikkerheten. En ulåst dør krever at hver pasients tilstand og utgangstatus kontinuerlig blir vurdert. Ulike tiltak iverksettes ovenfor enkeltpasienter for å kunne ivareta sikkerheten.

Behovet for å gjøre kontinuerlige vurderinger førte til at hver post i fellesskap måtte se nærmere på hvordan arbeidshverdagen var organisert. I intervjuene kom det frem at høy grad av ansattinvolvering og tverrfaglige refleksjoner var viktig for å finne gode løsninger i planleggingsfasen.

«En ulåst dør krever at hver pasients tilstand og utgangstatus kontinuerlig blir vurdert.»

Arbeidsteam som i fellesskap har evne til å reflektere åpent over måten de arbeider på, har et bedre utgangspunkt for læring og problemløsning. Det øker også kvaliteten på beslutninger (16–18).

I planleggingsfasen ble det satt av tid til refleksjon, men i en hektisk hverdag erfarer mange at refleksjon og korte debriker faller bort. Det er derfor anbefalt å prioritere korte økter med felles refleksjon for å ivareta holdninger og samstemtheten mellom ansatte i en post.

Det er behov for mer kunnskap om pasienterfaringer

Selv om intervjuene i denne studien vektla helsepersonells erfaringer, ble pasientperspektivet tydelig løftet frem. Basert på helsepersonells erfaringer kan det tyde på at åpen dør-policy har ført til en mer åpen og ærlig kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell.

Det funnet er i tråd med studien til Efke mann og kollegaer (8), hvor sykepleiere og psykiatere fortalte at åpen dør-policy bidrar til større grad av gjensidig respekt og åpen kommunikasjon.

Pasienter som er innlagt på poster med åpen dør-policy, forteller selv at de opplever en mer positiv postatmosfære, bedre pasientsamhold, høyere grad av trygghet og terapeutisk støtte (8, 9).

For å gjøre en helhetlig vurdering av hvordan pasientene opplever åpen dør-policy, vil det for fremtidige studier være viktig å innhente pasientenes erfaringer.

Konklusjon

I all hovedsak har innføringen av åpen dør-policy vært en positiv erfaring for helsepersonell. Tverrfaglige refleksjoner, høy grad av ansattinvolvering og muligheter til å ta opp motforestillinger vektlegges som særlig viktig for en vellykket innføring.

Helsepersonell erfarer at åpen dør-policy har en positiv effekt på den terapeutiske relasjonen mellom helsepersonell og pasienter, men det er behov for mer forskning på pasientenes erfaringer for å kunne gi en helhetlig evaluering.

Referanser

1. Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15-year, observational study. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):842–9. DOI: [10.1016/S2215-0366\(16\)30168-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30168-7)
2. Steinert T, Schreiber L, Metzger FG, Hirsch S. Offene türen in psychiatrischen kliniken. *Der Nervenarzt*. 2019;90(7):680–9.
3. Kowalinski E, Hochstrasser L, Schneeberger AR, Borgwardt S, Lang UE, Huber CG. Six years of open-door policy at the University Psychiatric Hospital Basel. *Der Nervenarzt*. 2019;90(7):705–8. DOI: [10.1007/s00115-019-0733-3](https://doi.org/10.1007/s00115-019-0733-3)
4. Schneeberger AR, Huber CG, Lang UE. Open wards in psychiatric clinics and compulsory psychiatric admissions. *JAMA psychiatry*. 2016;73(12):1293. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2016.1738](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1738)
5. Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, Schröder K, von Felten S, Zinkler M, et al. Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15-year naturalistic observational study. *Journal of Psychiatric Research*. 2017;95:189–95. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2017.08.017](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.017)
6. Hochstrasser L, Fröhlich D, Schneeberger A, Borgwardt S, Lang U, Stieglitz R-D, et al. Long-term reduction of seclusion and forced medication on a hospital-wide level: implementation of an open-door policy over 6 years. *European Psychiatry*. 2018;48(1):51–7. DOI: [10.1016/j.eurpsy.2017.09.008](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.09.008)
7. Cibis M-L, Wackerhagen C, Müller S, Lang UE, Schmidt Y, Heinz A. Comparison of aggressive behavior, compulsory medication and absconding behavior between open- and closed-door policy in an acute psychiatric ward. *Psychiatrische Praxis*. 2016;44(3):141–7. DO: [10.1055/s-0042-105181](https://doi.org/10.1055/s-0042-105181)
8. Efke SA, Bernard J, Kalagi J, Otte I, Ueberberg B, Assion H-J, et al. Ward atmosphere and patient satisfaction in psychiatric hospitals with different ward settings and door policies. Results from a mixed methods study. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10(576). DOI: [10.3389/fpsy.2019.00576](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00576)

9. Lo SB, Gaupp R, Huber C, Schneeberger A, Garic G, Voulgaris A, et al. Influence of an «open door policy» on ward climate: impact on treatment quality. *Psychiatrische Praxis*. 2018;45(3):133–9.
10. Universitetet i Oslo (UiO). Nettskjema 2021. Oslo: UiO; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/> (nedlastet 01.02.2021).
11. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
12. Klarner P, By RT, Diefenbach T. Employee emotions during organizational change – towards a new research agenda. *Scandinavian Journal of Management*. 2011;27(3):332–40.
13. Liu Y, Perrewe PL. Another look at the role of emotion in the organizational change: a process model. *Human Resource Management Review*. 2005;15(4):263–80.
14. Svibovich A. Understanding positive organizational change through social construct of psychological safety: an intrapersonal level perspective. *Economic and Social Development: Book of Proceedings*. 2020:326–38.
15. Hökkä P, Vähäsantanen K, Paloniemi S. Emotions in learning at work: a literature review. *Vocations and Learning*. 2020;13(1):1–25. DOI: [10.1007/s12186-019-09226-z](https://doi.org/10.1007/s12186-019-09226-z)
16. Yang M, Schloemer H, Zhu Z, Lin Y, Chen W, Dong N. Why and when team reflexivity contributes to team performance: a moderated mediation model. *Frontiers in Psychology*. 2020;10:3044. DOI: [10.3389/fpsyg.2019.03044](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.03044)
17. Konradt U, Otte K-P, Schippers MC, Steenfatt C. Reflexivity in teams: a review and new perspectives. *The Journal of Psychology*. 2016;150(2):153–74. DOI: [10.1080/00223980.2015.1050977](https://doi.org/10.1080/00223980.2015.1050977)
18. Lines RLJ, Pietsch S, Crane M, Ntoumanis N, Temby P, Graham S, et al. The effectiveness of team reflexivity interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*. 2021;10(3):438–73. DOI: [10.1037/spy0000251](https://doi.org/10.1037/spy0000251)

Psykisk helsevern: Faste møter mellom pasienter og leder gir bedre samspill

Hver uke har lederen og pasienter i en akuttseksjon ved Blakstad sykehus et felles møte. Her er det en åpen kultur med rom for kritikk og vanskelige tilbakemeldinger.

Ledelse

Brukermedvirkning

I en kunnskapsoppsummering som gjelder førstelinjeledere i sykehus (1), er det spesifisert at ledelse skal inneholde fire funksjoner: strategiske, administrative, faglige og mellommenneskelige (2).

Disse må ivaretas samtidig. I rundskriv nr. I-2/2013, Lederansvaret i sykehus, angis det at hovedoppgavene til et sykehus er «å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende» (3).

Vår forståelse av dette er at alle de fire ovennevnte lederfunksjonene skal sikre realisering og ivaretagelse av disse hovedoppgavene.

Utover 2000-tallet har vi sett et økende søkelys på og krav om brukermedvirkning for både pasienter og pårørende innenfor psykisk helsevern (4). Norsk faglitteratur understøtter og utdyper hva dette innebærer i praksis (5, 6).

Pasientdeltakelse er viktig

Tradisjonelt er møter i seksjoner som har pasientdeltakelse, en viktig del av behandlingen. Innenfor miljøterapi er for eksempel fellesmøtet et sted hvor pasienter kan øve seg på sosiale ferdigheter. Der kan de få respons på sine tanker og opplevelser som et ledd i behandlingsarbeidet.

Selv om lederen av seksjonen er med på slike møter, har vedkommende ofte en viss avstand til det direkte pasientarbeidet. Informasjon fra pasienter og pårørende til lederen skjer via seksjonens personell.

Det kan være de som jobber daglig sammen med pasienter i seksjonen, eller de som har spesielle oppgaver i sin posisjon, for eksempel en lege eller psykolog. Videre er det lederens rolle å gi råd og/eller instruksjoner om behandling samt sørge for rammebetingelser som muliggjør at disse kan realiseres.

Problemet er at informasjon som er gitt via andre, mangler de opplevelsesmessige og kroppslige signalene som alltid er en del av og medbestemmende for hvordan en kan forstå en samtale og den informasjonen som kommuniseres.

I tillegg er forholdet som etableres mellom brukere og personalet, en avgjørende faktor i alt behandlingsarbeid (7). Dette direkte forholdet gir mulighet til å erfare og forstå hvordan den andre har det, både for pasienten og personalet.

Førstelinjelederens pasientkontakt kan variere

Vi forstår begrepet førstelinjeleder som den lederen i sykehuset som er nærmest pasienten, og det denne møter i seksjonen. Samtidig mener vi at lederen kan få for lite pasientkontakt fordi personaloppgaver og administrative oppgaver blir prioritert.

Et resultat av dette er at både lederen og pasienten går glipp av viktig informasjon, forståelse og mulighet til å påvirke hva som er viktig både for pasienten, lederen, seksjonen og møtet mellom disse behovene.

I det følgende vil vi rapportere fra en praksis hvor seksjonslederen (her: førsteforfatteren) ønsker direkte kontakt med pasientgruppen i et ukentlig ledermøte der utvikling av samarbeid og brukervedvirkning kan sikres og styrkes.

«Erfaringene fra møtet viser at ledere bør involvere seg sterkere i direkte pasientkontakt.»

Erfaringene fra møtet viser at ledere bør involvere seg sterkere i direkte pasientkontakt. Vi mener at argumentasjonen styrker betydningen av brukervedvirkning og samarbeidet for pasientene som element i deres egen behandling.

Like viktig er det å sikre at lederens fire funksjoner fungerer. Forskjellen på dette møtet og andre møter hvor pasientene deltar, er at det her ikke handler om behandling.

Hensikten er å sikre kommunikasjon, informasjonsflyt mellom lederen og pasientgruppen og at pasientgruppen blir sikret brukermedvirkning gjennom muligheten til å påvirke seksjonens drift og faglige innhold. I det følgende vil vi dele erfaringer og refleksjoner knyttet til et slikt ledermøte i en akuttseksjon.

Bakgrunnen er erfaring med å avvikle et tidligere tilbud

Ideen med ledermøtet oppsto da førsteforfatteren (TN) arbeidet som seksjonsleder med ansvar for å avvikle Strandveien, et tilbud til langtidspasienter ved Blakstad sykehus. Det var avgjørende at pasientene var delaktige i arbeidet med å avvikle Strandveien som behandlingsseksjon ved sykehuset.

I ledermøtet inviterte seksjonslederen pasientene til å komme med innspill til avviklingen slik at den kunne skje på best mulig måte. Strandveien var et samarbeidsprosjekt mellom pasientenes hjemkommune og Vestre Viken HF.

Det betød blant annet at pasientene fikk informasjon som seksjonslederen ikke nødvendigvis mottok. På den måten ble ledermøtet et toveis informasjonsmøte. I etableringen av ledermøtet uttrykte pasientgruppen at de ønsket at en pårørende skulle delta, og valgte en representant som deltok på alle møtene.

Seksjonslederen erfarte at ledermøtet hadde stor betydning for henne i arbeidet med å avvikle Strandveien, samtidig som hun fikk rapporter om at pasientene også syntes det var viktig.

Etter at Strandveien ble avviklet, startet førsteforfatteren som seksjonsleder ved Akuttseksjon A, Blakstad sykehus. Erfaringene fra Strandveien og etableringen av ledermøtet som hjelpemiddel i avviklingsprosessen ga styrke til å etablere et ukentlig møte ved akuttseksjonen. I det følgende vil vi beskrive et utvalg av erfaringer fra ledermøtet ved Akuttseksjon A ved Blakstad sykehus.

Pasientene får mulighet til å påvirke situasjonen

En overordnet erfaring er at lederen mottar rapporter fra pasientene om økte muligheter for å delta i og påvirke det som gjelder deres situasjon både i og utenfor seksjonen. Et eksempel på slik deltakelse er at i en periode med mye uro i seksjonen ble pasientgruppen bedt om å vurdere hva som kunne bidra til å redusere uroen.

Svaret var klart: De måtte ha mer plass å bevege seg på og ikke være så tett på hverandre. Det resulterte i at lederen fikk omgjort et kontorområde til oppholds- og aktivitetsrom. Videre sa pasientene at de trengte aktiviteter.

Det første vi fikk tak i, var et brukt bordtennisbord, og deretter fikk vi hyller med bøker. Vi satte også inn et langbord som ga mulighet til å sette seg ned og snakke sammen, spille spill eller ha annet samvær.

Etter hvert fikk vi bevilget prosjektmidler til å kjøpe en stor smart-TV, som ga mulighet for å kjøpe inn og bruke digitale spill. I denne forbindelse hadde seksjonslederen en idé om at TV-en kunne brukes som et hjelpemiddel i undervisning for pasientgruppen.

Førsteforfatteren hadde ledererfaring fra andre seksjoner hvor flere pasienter hadde rapportert at slik undervisning var nyttig. Svaret fra gruppen i ledermøtet var at det var liten interesse for dette forslaget.

For seksjonslederen var dette svaret et eksempel på hva brukermedvirkning kan være, og hvordan et eget lederperspektiv ikke nødvendigvis sammenfaller med gruppens syn. Lederen valgte å innordne seg etter pasientgruppens mening. Det er en rett å kunne si: «Det er jeg ikke interessert i.» Gjennom slike erfaringer ble innholdet i brukermedvirkning tydeliggjort for lederen.

Partene kan sette ord på vanskelige følelser

Andre løsninger på aktivitetsbehovet var at Blakstad har et fritidssenter. Vi gjorde en avtale om at seksjonen fikk en egen dag hvor fritidssenteret stilte opp med aktiviteter. En av sakene som ikke har blitt løst, er et uteområde for pasienter på tvang, siden seksjonen ligger i andre etasje. Det er et gjentakende tema som vi diskuterer, men ikke har funnet en løsning på.

Når det oppstår uro og skremmende hendelser, kan enkeltpasienter føle seg utrygge og være redd for både personalet og andre medpasienter. Det kan det være vanskelig for mange å ta opp.

«Når det oppstår uro og skremmende hendelser, kan enkeltpasienter føle seg utrygge og være redd for både personalet og andre medpasienter.»

Det kan også være andre situasjoner som er ubehagelige, og som det er vanskelig å ta opp, for eksempel når TV-en eller musikkanlegget har for høy lyd, at en er vitne til at noen blir sinte og opprørte, eller at støyende personer oppleves som forstyrrende.

Det kan også være uforståelige handlinger eller hendelser knyttet både til medpasienter og personalet. Ledermøtet er et sted hvor partene kan sette ord på slike følelser.

Ett av to kan da skje. Det ene er at partene ordner opp der og da i møtet, for eksempel at den som har på høy musikk, blir gjort oppmerksom på at det kan være plagsomt for andre, og at denne personen da får mulighet til å uttrykke hvordan han eller hun ønsker tilbakemelding om dette.

Det andre handler om situasjoner som av forskjellige grunner ikke kan drøftes eller løses i øyeblikket, og hvor seksjonslederen blir den som overbringer dette til de rette personene. Det handler om bedre samarbeid, konfliktløsning og tydelig kommunikasjon, og det som sies i ledermøtet, vil starte en prosess som fortsetter i andre fora og situasjoner.

Samspillet har stor betydning i seksjonen

En viktig del av seksjonsmiljøet er den stemningen og atmosfæren som til enhver tid råder i seksjonen. Atmosfæren og stemningen påvirker samspillet mellom personene i seksjonen – og motsatt.

Samspill handler om det som skjer i personalgruppen, i pasientgruppen, mellom pasientene og personalet og mellom seksjonslederen og disse tre samspillsområdene. Seksjonslederen bruker ledermøtet til å drøfte hvordan man skal oppføre seg mot hverandre, og betydningen det har for stemningen og atmosfæren.

I en akuttseksjon er det slik at hele repertoaret av mulige stemninger og atmosfærer kan oppstå – fra det vanskelige, ubehagelige, truende og undertrykkende til gleden, inspirasjonen, velværet og samhørigheten.

Det vil derfor være avgjørende å snakke om hva en skal gjøre i slike situasjoner, samtidig som en er innforstått med at i en akuttseksjon hvor personer i kriser og vanskelige mentale tilstander kommer inn, vil det oppstå ubehag og vanskeligheter.

I ledermøtet er det ikke alltid god stemning

Akuttseksjonen skal romme og gi plass til både gode og vonde følelser og opplevelser. Det er fortvilelse, men også sinne og forbannelse over systemet, over å være tvangsinnlagt, overfor lederen, personalet og andre forhold i personens liv.

Det betyr at i selve ledermøtet er det ikke nødvendigvis alltid god stemning. Folk er sinte og oppgitte og må få gi uttrykk for det. En måte å forstå dette på er at atmosfære og stemning har utspring i følelsene som råder hos personene som er i seksjonen til enhver tid, det være seg pasienter, personale og lederen selv.

«Folk er sinte og oppgitte og må få gi uttrykk for det.»

Følelser kan smitte fra person til person, og alle de forskjellige følelsene danner den atmosfæren og stemningen som til enhver tid råder i seksjonen. Slik følelsesmessig smitte er ikke et uttrykk for patologi; snarere tvert imot er det uttrykk for at vi alle er vanlige mennesker.

Følelser kan forstås som kroppslige og mentale tilstander som peker på hva slags handlinger vi kan forvente av en person. Det triste ansiktet gir forventninger om at tårer kan komme og er på sin plass. Det sinte ansiktet viser at banneord kan forventes, noe som uttrykker hvordan personen har det. Det store smilet inviterer oss til et samspill hvor glede uttrykkes gjennom latter og humørfylte utsagn.

Utagerende atferd kan være skremmende

Det er viktig å forstå at negative følelser som sinne og oppgitthet kan slå ut i praksis og lett bli omtalt som utagering. En pasient kan la sitt sinne gå over i handling gjennom for eksempel høye rop, å kaste ting eller i verste fall å angripe andre fysisk. Dette er gjennomgående temaer som vi snakker om i ledermøtet.

Akkurat som følelser, atmosfære og stemning er noe som er under kontinuerlig forandring i en seksjon, kan det å snakke om det bidra til at atmosfæren endres, eller at en tåler mer av det ubehagelige som skjer.

Både å være innlagt og å arbeide i en akuttseksjon gjør at man potensielt kan bli utsatt for ubehag. Det kan være skremmende og vanskelig, og samtidig innebærer det at både pasienter og personale må beskyttes og gis bistand i vanskelige situasjoner.

Nesten alle er innlagt på tvang i seksjonen. Det er derfor et naturlig og nødvendig tema i ledermøtet hvordan det oppleves å være på tvang, og lederen og personalgruppen kan få hjelp og innspill til hvordan «riktig» og redusert tvang kan gjennomføres.

Det er et prosjekt som ser nærmere på og utvikler dette i akuttseksjonen. Ledermøtet er en arena for å ta opp hvor krenkende tvang kan være, men tvang kan også gi trygghet og beskyttelse for noen pasienter, avhengig av den mentale og sosiale krisen de er i.

Seksjonen etablerte primærkontakter

Seksjonen har hatt et prosjekt med å etablere og utvikle en primærkontaktfunksjon der hver pasient får en spesifikk person fra personalgruppen som sin primærkontakt. Ledermøtet har blitt en mulighet for å sjekke om den enkelte vet hvem som er sin primærkontakt.

Dette har vært viktig fordi det er hurtige omskiftninger av pasientgruppen med mange korte innleggelser. I en slik situasjon er det lett å miste oversikten for alle, både pasienter, personalet og lederen. I ledermøtet kan lederen kan få oversikt over mangler og bringe det videre til personalet.

Et annet område hvor dette også gjelder, er arbeidet med den overordnede behandlingsplanen for hver pasient. Hvis den enkelte ikke kjenner til en slik plan, må seksjonslederen overbringe dette til personalgruppen slik at behandlingsplanen kan etableres. Igjen blir ledermøtet en kommunikasjons- og tilbakemeldingsarena.

Samtidig er situasjonen i en akuttseksjon slik at det er pasienter som har mange innleggelser, og disse og lederen kjenner hverandre gjennom en lang felles historie. Disse pasientene gir verdifull tilbakemelding til lederen ved å påpeke og vise endringer i seksjonen over tid, både gode og dårlige.

«I ledermøtet kan lederen kan få oversikt over mangler og bringe det videre til personalet.»

En viktig del av ethvert seksjonsmiljø er at personalgruppen får mulighet til å utvikle sine ferdigheter og kunnskaper. Seksjonen arrangerer fagdager, der forskjellige temaer drøftes. Seksjonslederen bruker ledermøtet til å informere om fagdagene.

Et eksempel er en fagdag om personlighetsforstyrrelser. Denne dagen førte til at pasientgruppen fikk informasjon om personlighetsforstyrrelser og mulighet til å diskutere hva det er. Pasienter som har fått en slik diagnose, fortalte om hvordan det oppleves, og hva det innebærer.

Pasientgruppen ser betydningen av at personalet får kontinuerlig faglig påfyll. Det gir sikkerhet for pasientene, men innebærer også at personalgruppen blir tatt vare på, noe pasientene understreker at er nødvendig for en god og trygg akuttseksjon.

Avslutning

Erfaringene er at ledermøtet er medvirkende i seksjonens utvikling og for å ivareta pasientenes rettigheter og muligheter i en akuttsituasjon. Det er også et sentralt hjelpemiddel for lederen og personalgruppen til å få tilbakemelding om hvordan stemningen og funksjonen i seksjonen er på ethvert tidspunkt, samt å kunne gi informasjon til pasienter om hva som skjer, og hvorfor.

Samtidig er det et viktig spørsmål hvordan man kan unngå at ledermøtet bare blir et alibi for brukermedvirkning i navnet, men ikke i gagnet. Vi finner ikke noe standardsvar på dette, men det er avgjørende at seksjonslederen og personalgruppen aldri tenker at alt er vel i seksjonen.

Det å ikke få tilbakemelding er det største problemet. Det er avgjørende å utvikle en seksjonskultur som tåler vanskelige tilbakemeldinger. Det må oppleves som læringsmuligheter og ikke negativ og destruktiv kritikk, selv om tonefall og valgte uttrykk ikke nødvendigvis er av det gode og positive slaget.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Førstelinjeledere i norske sykehus – en kunnskapsoppsummering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019.
2. Mintzberg H. Patterns in strategy formation. *International Studies of Management & Organization*. 1979;9(3):67–86. DOI: [10.1287/mnsc.24.9.934](https://doi.org/10.1287/mnsc.24.9.934)
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Lederansvar i sykehus. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
4. Helse-Norge. Hva er pakkeforløp for psykisk helse og rus? 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/> (nedlastet 23.08.2021).
5. Ulvestad AK, Henriksen AK, Tuseth A-G, Fjeldstad T. Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
6. Bøe TD, Thomassen A. Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
7. Norcross J, Wampold BE. A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *J Clin Psych*. 2018;74:1889–1906. DOI: [10.1002/jclp.22678](https://doi.org/10.1002/jclp.22678)

DEBATT

– Trusler og vold i akutt-psykiatrien kan forebygges

Å forebygge de fleste hendelsene med vold og trusler og samtidig ha lite bruk av tvangsmidler er mulig, skriver fire ansatte på en lukket akuttpost ved Blakstad sykehus.

Turid Nordvik

Seksjonsleder

Akuttseksjon A, Avdeling Blakstad, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF

Bengt Pedersen

Klinisk sosionom og MAP-instruktør

Akuttseksjon A, Avdeling Blakstad, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF

Frode Tharaldsen

Spesialsykepleier og fagutvikler

Akuttseksjon A, Avdeling Blakstad, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF

Jan Hammer

Spesialrådgiver i fagutvikling

Klinikk for psykisk helse og rus, avdeling Blakstad sykehus, Vestre Viken

Reduksjon av tvang

tvang i psykiatrien

Akuttpsykiatri

Flere norske sykehus innen psykisk helsevern har de siste årene fortalt om en krevende hverdag der helsepersonell i økende grad blir utsatt for vold og trusler. Seksjonen vi representerer, hadde den samme opplevelsen. Et viktig grep for å snu denne trenden var å lytte til pasientenes innspill og endre måten vi samhandlet med dem på.

Vi som skriver dette innlegget, jobber ved Akuttseksjon A, en lukket akuttpost ved Blakstad sykehus i Vestre Viken HF. Seksjonen har 13 sengeplasser og tar i all hovedsak imot pasienter med psykoselidelser og pasienter med forhøyet voldsrisiko.

Som mange andre sykehus innen psykisk helsevern har også vi erfart perioder med overbelegg og stort press de siste årene. Da kan det bli trangt i seksjonen, og konflikter kan fort eskalere.

I 2019 ble det registrert over 200 hendelser med vold og trusler i seksjonen. Dette utgjorde en fjerdedel av alle hendelser på sykehuset, som har 13 døgnseksjoner. Samtidig vet man at ikke alle hendelser blir registrert, og at det ofte er mørketall.

Snu en negativ utvikling

Erfaringen var at vi ofte var «bakpå» i situasjoner som oppsto. Vi hadde nettopp gjennomgått en stor sammenslåingsprosess, og personalet var ikke kjent med eller trygge på hverandre. Strukturen i seksjonen var ikke på plass, og det var ikke planlagt for undervisning i turnus.

Personalet var heller ikke erfarne nok til å lese og forutse potensielt eskalerende situasjoner, og de var usikre på dialogen med pasientene. Utformingen av seksjonen bidro ikke til et aggresjonsforebyggende miljø.

«Erfaringen var at vi ofte var ‘bakpå’ i situasjoner som oppsto.»

Å ta noen grep på områder vi så utfordrende, var nødvendig for å bedre situasjonen.

Til tross for disse uheldige utgangspunktene har seksjonen kommet godt i gang med å snu den negative utviklingen. Vi har jobbet systematisk med forebygging av vold og trusler over tid på mange områder, fra utforming av seksjonen til samhandling og kompetanseheving. Målet var å være i forkant og kunne forebygge voldsepisoder.

Lyttet til pasienters innspill

Vi startet systematisk med å ta opp temaet vold sammen med pasienter som hadde en kjent voldsrisiko tidlig under oppholdet. Tilbakemeldingene om hva som utløser og forebygger vold, er tatt inn som en del av behandlingen og måten pasientene blir møtt på.

Personalet gjennomfører ettersamtaler med pasienter systematisk og har erfart at det er en god del situasjoner som kan forebygges ved nettopp å ta hensyn til innspillene som kommer.

Forslagene pasientene gir, er ofte enkle og gode, de forteller om triggere og om hva som kan være til hjelp – eksempelvis «Jeg tåler mer når kvinner møter meg, enn menn», «Jeg tåler dårlig støy og at andre folk går for nær meg» eller «Ta meg med ut, jeg får klaus av å være innestengt».

Å få være med på hvordan og når ting skal gjøres, er helt avgjørende for samspillet. Enighet er ikke alltid oppnåelig med ulike perspektiver, men dialogen og innsikten er nyttig for begge parter.

Stort sett god stemning

I forbindelse med en pågående implementering av MAP (Møte med aggresjonsproblematikk; se beskrivelse under) (1) i seksjonen ble pasientene bedt om å svare anonymt på et validert skjema som måler deres opplevelse av tvang, fra 0 = ingen opplevd tvang til 4 = særskilt høy opplevd tvang (2). Graden av opplevd tvang påvirkes i stor grad av hvordan den enkelte pasienten vurderer helsepersonellens regulerende tiltak (3).

Mens det er vanlig at pasienter ved lukkede akuttseksjoner opplever en høy grad av tvang og frihetsinnskrenkning, viser foreløpige svar fra pasienter innlagt ved vår akuttseksjon en snittskår på under 2, noe som indikerer at mange i mindre grad opplever å bli innskrenket i sin frihet.

I samtalene med seksjonsleder forteller pasientene at de er fornøyde med hvordan de blir møtt av personalet, og at vi har tid til dem, samt at det stort sett er god stemning.

Meningsfulle aktiviteter

Å snakke med den enkelte er en ting, informasjon og dialog med pasientgruppen er en annen innfallsvinkel. Å ta pasienters konstruktive innspill på alvor er viktig for at forslagene de kommer med, ikke bare skal bli prat.

I en periode med mye uro og vold satte seksjonslederen seg ned med pasientene og tok opp problemet med mye aggresjon og dårlig stemning. Personalet var ganske fortvilte over situasjonen, det samme var pasientene.

Det kom frem at det var for lite som skjedde, det var for lite areal og mye irritasjon. Pasientene ønsket seg blant annet et rom hvor de kunne ha aktiviteter. Dette ble det tatt tak i, og vi fikk gehør for endringer.

«Det var for lite som skjedde, det var for lite areal og mye irritasjon.»

Et av rommene i seksjonen der flere medarbeidere hadde kontorplasser, ble omgjort til en stue til fellesaktiviteter. Bordtennisbord ble anskaffet, og gjennom prosjektmidler fikk seksjonen på plass tv-spill med fysiske aktiviteter samt langbord hvor gruppeaktiviteter var mulig.

Skjermet enhet fikk kontrastvegger og et nytt malingsstrøk. Støydempende plater ble montert i taket inne på rommene og i korridorer. Bilder ble laminert, slik at pasientene kunne velge hva de ønsket på veggene. En ukeplan med fellesaktiviteter ble laget, slik at de som ønsket det, kunne være med.

Nå har seksjonen tilbud om gågruppe og kunstterapigruppe. Hver dag er det morgenmøte med pasientene, hvor vi har et fast program. Og seksjonsleder gjennomfører lederråd med pasientene hver 14. dag, der de kan komme med innspill til drift og ledelse.

MAP-prosjektet

Første kontakt med MAP var i mars 2019, da dette nasjonale opplæringsprogrammet ble pilotert og presentert for utvalgte personer. Budskapet om økt fokus på primærforebygging smittet over på oss allerede da.

I september ble MAP lansert, og i oktober hadde Akuttseksjon A fått utdannet en av landets første MAP-instruktører. I februar fikk seksjonen utdannet en MAP-instruktør til.

Kronikken fortsetter under faktaboksen.

Fakta om MAP

Møte med aggresjonsproblematikk (MAP) er et nytt og helhetlig opplæringsprogram i forståelse, forebygging, håndtering og oppfølging av aggresjons- og voldsproblematikk.

Formålet med MAP er å forebygge hendelser med vold og trusler på den ene siden og bruken av makt og tvang på den andre. MAP skal bidra til økt sikkerhet og trygghet for både pasienter og personale, samtidig som det skal føre til en mer likeverdig samhandling mellom pasienter og helsepersonell.

Programmet har vært støttet av Helsedirektoratet og er et resultat av et nasjonalt samarbeid mellom alle fire helseregionene. Flere brukere har bidratt i utformingen av programmet.

MAP-manualen består av ti kapitler som er delt inn i tre nivåer: primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging. Kapitlene er skrevet av de fremste forskerne på feltet og gjenspeiler beste praksis per i dag.

MAP har en sterk verdi- og fagetisk forankring, der et aggresjonsforebyggende miljø, relasjonsarbeid og god kommunikasjon inngår som viktige ingredienser.

For mer informasjon, se <https://sifer.no/map/>

Vi satte i gang et pilotprosjekt der spesialrådgiver samler inn evalueringsdata før, under og etter prosjektet, og regelmessig legger frem resultater for personalgruppen. Det er lagt opp til at personalet har ukentlig vedlikeholdsopplæring og trening i voldsforebygging, de-eskalering og fysisk håndtering av aggresjon og vold.

MAP-instruktørene og utdannede fasilitatorer i medisinsk simulering (se www.simoslo.no) samarbeider videre om ukentlig simulering av kliniske situasjoner. Dette for å forbedre både den enkelte medarbeiderens individuelle ferdigheter og teamets samhandlingskvalitet i akutte og komplekse situasjoner (4).

I seksjonen er det en kultur for at personalet engasjerer seg i og forplikter seg til å delta i daglig refleksjon. I de tilfellene tvang har vært nødvendig, vurderes det om personalet har handlet i tråd med en trinnvis tilnærming til bruk av tvangsmidler (1, 5).

Konklusjon

Å forebygge de fleste hendelsene med vold og trusler og samtidig ha lite bruk av tvangsmidler er mulig. I første tertial av 2020 har det blitt registrert til sammen sju hendelser, og vi mener at dette skyldes verken endring i pasientpopulasjonen eller dårligere registreringskultur. Det gjenspeiler hverdagen i dag.

Seksjonen er på god vei til å nå målet om å halvere antallet hendelser med vold og trusler. I tillegg har bruken av mekaniske tvangsmidler blitt halvert i tidsrommet april 2019 til april 2020 sammenliknet med året før.

«Seksjonen er på god vei til å nå målet om å halvere antallet hendelser med vold og trusler.»

Å jobbe med struktur, innhold, samarbeid, opplæring, teamarbeid og interiør er en del av forbedringsområdene vi har tatt tak i. MAP-prosjektet har gitt seksjonen et ekstra løft, og vi har blitt en sammensveiset gjeng.

Teoretisk opplæring, fysisk trening og daglige runder med refleksjon har styrket tryggheten i møte med pasientene og økt forståelsen for den emosjonelle smerten mange pasienter kan oppleve.

Alt dette har ført til store endringer i måten personalet møter og samhandler med pasientene på. Forbedringsarbeidet er på langt nær ferdig, det er en kontinuerlig prosess, men seksjonen er på god vei.

Referanser

1. Nag T, Kristiansen GMB, Viste L, Fotland TS, Kjærvik K, Holtskog TE, et al. MAP – Møte med aggresjonsproblematikk. Opplæringsmanual versjon 1.0. Oslo: SIFER; 2019.
2. Nytingnes O, Rugkåsa J, Holmén A, Ruud T. The development, validation, and feasibility of the Experienced Coercion Scale. Psychological Assessment. 2016;29(10):1210–20. DOI: [10.1037/pas0000404](https://doi.org/10.1037/pas0000404)
3. Mantila H, Johnson T, Nytingnes O, Hammer J. Utforsket pasienters opplevelse av tvang. Sykepleien. 2019. 107(78900)(e-78900). Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/10/utforsket-pasienters-opplevelse-av-tvang> (nedlastet 15.05.2020). DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.78900](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78900)
4. Moldal E. Simulering demper uro og gir mindre tvangsbruk. Sykepleien. 2015. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/12/simulering-i-psykisk-helsevern> (nedlastet 03.06.2020). DOI: [10.4220/Sykepleiens.2016.56183](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56183)
5. Veland M, Seim S, Stensrud B, Hammer J, Kolseth A, Undrum J, et al. Rapport: Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst. Oslo: Helse Sør-Øst; 2019. Tilgjengelig fra: https://www.tvangsforskning.no/wp-content/uploads/2019/09/RAPPORT_Redusert-bruk-av-tvangsmidler-i-HS%C3%98_endelig-og-godkjent.pdf (nedlastet 16.05.2020).

NYHETER

– De mest voldelige pasientene har hatt det svært vondt

FAGUTVIKLING

Psykatri: Brukerstyrte innleggelses gir pasientene økt trygghet

Pasienter med emosjonelt ustabile trekk føler seg tryggere når de har muligheten til å få et par dagers frivillig opphold på et psykiatrisk akuttmottak.

Brakerstyrte innleggelseser

Akuttpsykiatri

Miljøterapi

Reduksjon av tvang

Emosjonell ustabilitet

På akuttpsykiatrisk mottakspost på Lovisenberg Diakonale Sykehus så vi over lengre tid et behov for å gi pasienter med emosjonelt ustabile trekk et nytt og bedre tilbud. Anbefalinger i de nasjonale retningslinjene er å unngå å legge denne pasientgruppen inn akutt. Det er enighet i fagmiljøet om at akutt innleggelse er lite hensiktsmessig, og at vi skal prioritere den langsiktige behandlingen (1). Imidlertid er realiteten at også disse pasientene får akutte kriser og behøver korte stabiliseringsopphold.

Vi ønsket å tilby disse pasientene avtaler om brukerstyrt seng (2). Tilbudet blir også kalt brukerstyrt innleggelse. Ordningen som vi startet i 2013, har i dag cirka 45 brukere. Vårt akuttmottak er så vidt oss bekjent, en av få akuttavdelinger som tilbyr brukerstyrte innleggelseser.

Akuttmottakets oppgaver

Psykiatrisk akuttmottak ved Klinikk for psykisk helsevern ved Lovisenberg Diakonale Sykehus er en lukket psykiatrisk sengepost med seks sengeplasser. Avdelingen tar imot pasienter fra bydelene Grünerløkka, St. Hanshaugen og Gamle Oslo.

Avdelingen har mottaksfunksjon for alle pasientene som kommer til klinikken, og legger vekt på individuell tilnærming, utredning og diagnostikk. Behandlingen inneholder samtaler med lege, miljøterapeutiske tiltak, gruppebehandling og medisinerings.

Pasienter med kjent historikk ble prioritert

Pasientene fikk tidligere tilbud ut ifra symptombildet og ikke diagnosen. De med kjent historikk i forhold til intoksikasjoner, alvorlig selvskading, kronisk suicidalitet og/eller utageringsproblematikk ble prioritert. Erfaringen vår var at pasientene ofte uttrykte at de måtte ty til atferd med destruktivt innhold for at hjelpeapparatet skulle ta dem på alvor.

«De måtte ty til atferd med destruktivt innhold for at hjelpeapparatet skulle ta dem på alvor.»

Pasientens endrede atferd viste seg tydelig i forkant og i forbindelse med ankomst til avdelingen. I flere tilfeller utagerte pasientene både før og etter at de ankom avdelingen, og noen ganger var utageringen så alvorlig at det måtte brukes tvang for å roe ned situasjonen.

Vi hadde også et ønske om å endre praksisen for hvordan personer med emosjonelt ustabile trekk håndteres, og da særlig de pasientene som potensielt kan utgjøre en alvorlig fare for seg selv og andre. Overordnede føringer fra klinikkledelsen, om reduksjon av tvang, var også en pådriver for å endre praksis (3).

Slik fungerer brukerstyrt seng

Brugerstyrt seng er et tilbud pasientene gis etter en samlet vurdering. Pasienter med høyt symptomtrykk, i form av emosjonell ustabil karakter, med gjentatte reinnleggelser, kan være aktuelle for en avtale om brukerstyrt seng. Ved inngått avtale om brukerstyrt seng, tilbys pasienten to dagers innleggelse, med en karantenetid på fire uker. Ved behov, kan pasienten benytte seg av øyeblikkelig-hjelp-innleggelse i karantenetiden.

Pasientene melder selv ifra når de føler behov for en brukerstyrt innleggelse, og de regulerer innholdet i behandlingen selv. Pasientene er frivillig innlagt og kan komme og dra fra avdelingen når de måtte ønske det.

Tilbudet skal hindre destruktiv atferd

Hensikten med å gi tilbudet om brukerstyrt seng, er å hindre eskalering av selvdestruktiv atferd i ustabile perioder. Vi tenker at det skal være et tilbud for å kunne forebygge og stabilisere akutte kriser. Det kan gjøres ved å gi korte innleggelser på akuttavdelingen, for så å fortsette den langsiktige behandlingen av pasientene utenfor sykehuset.

De fleste pasientene har oppfølging fra poliklinikk, på distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Vi oppfordrer pasientene til å følge opp avtaler de har med DPS under en akuttinnleggelse.

Pasientene tar selv kontakt med avdelingen

Rammene for innleggelsen er at pasienten selv tar kontakt, og at de kommer til avdelingen på egen hånd. Det er på forhånd definert hvor lenge innleggelsen skal vare, ofte i to døgn. Under innleggelsen tar pasienten i stor grad regi selv.

Det er en lege som tar imot pasienten, men utover det er det sykepleietjenesten som tar ansvar for mye av behandlingen i samarbeid med pasienten. Innholdet i behandlingen har en miljøterapeutisk struktur, med vekt på kognitive atferdsteknikker.

«Både pasienten og avdelingen kan si opp avtalen om brukerstyrt innleggelse med umiddelbar virkning.»

Pasienten tar ansvar for å informere både privat og profesjonelt nettverk om innleggelsen. Det gjøres ingen større endringer i det eksisterende behandlingsopplegget, som for eksempel medisinerer.

Pasienten er frivillig innlagt, og regulerer selv utgang og aktiviteter utenfor sykehuset. Eksempler på aktiviteter er samtaler, at pasienten lager dagsplaner og at posten er en «trygg havn» i noen dager mens pasienten går på skole eller jobb. Både pasienten og avdelingen kan si opp avtalen om brukerstyrt innleggelse med umiddelbar virkning.

Hva er miljøterapi?

Miljøterapi kan defineres som en realitets- og aktivitetsbetont behandling som tar utgangspunkt i pasientens ressurser og ståsted, og samspillet mellom vedkommende og omgivelsene rundt i sin utøvede praksis (4).

Kilde: Napa.no Kognitiv miljøterapi. NAPHA – nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

Personalet gjør pasientene trygge

Erfaringene baserer vi på informasjon fra personalet som har vært med fra starten av tilbudet om brukerstyrt seng, og tilbakemeldingene fra pasientene. Så langt er erfaringene ikke samlet på en systematisk måte.

PAM er en liten avdeling med seks plasser. Det er et oversiktlig miljø. Det er høy faglighet blant de ansatte, med få utskiftninger. Dette tilrettelegger for at det skapes gode og trygge relasjoner mellom pasienter og ansatte, til tross for korte innleggelse.

Pasientgruppen har ofte utfordringer og problemer med å skape tillit til andre. Dette har vi jobbet aktivt med over tid. Personalet er tydelig til stede for å skape trygghet, men gjør samtidig pasientene kontinuerlig ansvarlige i deres handlinger.

De får hjelp før symptomene blir for sterke

Pasientene har en «åpen dør» når det blir vanskelig. Personalet motiverer pasienten til å benytte seg av brukerstyrt seng før symptomene blir for sterke. Det har vist seg å være forebyggende mot selvskading og annen destruktiv atferd. Selvskadingen blant pasientene er betraktelig redusert.

«Selvskadingen blant pasientene er betraktelig redusert.»

De voldsomme innleggelsene som ofte startet med en utagering ved ankomst, og som kunne gjøre det nødvendig å bruke tvang, er nå ikke eksisterende.

Noen få pasienter trenger strammere rammer

PAM legger vekt på fleksibilitet, aksept og at det alltid er plass. Pasienter har kommet både ruset og med en selvdestruktiv atferd, og ikke evnet å holde seg innenfor rammene som en brukerstyrt avtale forutsetter. Det at vi da er en akuttpsykiatrisk avdeling gjør at symptomene likevel vanligvis kan håndteres av personalet.

Kun unntaksvis har symptom bildet eller den selvskadende atferden vært av en så alvorlig karakter, at innleggelsen er blitt gjort om til en ordinær innleggelse for å kunne legge til rette for strammere rammer rundt pasienten.

Pasientene blir tatt på alvor

Personalet på PAM er opptatt av pasientenes ressurser, istedenfor deres problemer. Vi opplever at pasientene i større grad oppsøker hjelp og benytter seg av tilbudet på en konstruktiv måte.

«Det gir en trygghet å vite at en kan oppsøke hjelp når en trenger det.»

Det er cirka 45 pasienter som har avtale om brukerstyrt seng. Vi har snakket med rundt 25 pasienter om deres erfaringer.

Pasientene sier at de opplever en større grad av kontroll og egen innflytelse i behandlingen. Flere pasienter forteller at de blir tatt mer på alvor nå enn før ordningen ble innført. Noen sier de slipper å rettferdiggjøre behovet for innleggelse ved for eksempel å ty til selvskading eller utagering. Det gir en trygghet å vite at en kan oppsøke hjelp når en trenger det.

Erfaringer fra andre sykehus

Flere andre institusjoner har også erfaringer med brukerstyrte senger. I NAPHA-rapporten fra 2014 (5) hevdes det at når brukerne selv styrer en eventuell innleggelse blir det lettere for dem å håndtere problemer i hverdagen. Det bedrer pasientenes tillit til hjelpeapparatet.

Brukerstyrte innleggelse tilbys ved mange av landets poliklinikker, som et ledd i å utvikle et hjelpetilbud som er mer tilpasset brukerens behov (5).

«Noen trengte å snakke med de ansatte, andre hadde behov for å hvile.»

Rapportene beskriver at en lav terskel for innleggelse oppleves som en sikkerhetsventil i vanskelige perioder i livet. Pasienter opplevde også at selve tilbudet under innleggelsen var annerledes ved brukerstyrte innleggelse (5). Hjelpen var mer fleksibel og tilpasset deres behov. Noen trengte å snakke med de ansatte, andre hadde behov for å hvile.

De satte pris på å bli vist tillit

Rapporten viser at når hjelpen var tilpasset deltakerens egen vurdering av situasjonen, opplevde de det som positivt (5). Å bli vist denne tilliten ble opplevd av pasientene som en anerkjennelse fra hjelpeapparatet, og det var en ny opplevelse og erfaring for dem. Flere av brukerne sier at de anstrengte seg for å leve opp til denne tilliten.

Det å skrive en kontrakt ved innleggelsene og å ta beslutninger på egne vegne var nye erfaringer for pasientene.

Brukermedvirkning er bra for helsen

I et pilotprosjekt om brukerstyrte innleggelse ved Akershus universitetssykehus fant Støvind og medarbeidere at tiltaket ga færre oppholdsdøgn og mer tilfredse pasienter i spesialisthelsetjenesten (6).

«Brukerstyrte innleggelse kan forebygge forverring av pasientens helse.»

Studien viste også at brukerstyrte innleggelse kan forebygge forverring av pasientens helse, fordi pasienten blir innlagt på et tidligere tidspunkt. Flere av pasientene uttrykte at et mer tilgjengelig tilbud var med på å trygge hverdagen og redusere symptomer. Ifølge Støvind og medarbeidere gir økt brukermedvirkning en positiv effekt på psykisk helse (6).

Færre pasienter opplever tvang ved Jæren DPS

Ved Jæren DPS har en også startet opp med brukerstyrte innleggelser (7). Der er to av de i alt elleve sengeplassene ved en rehabiliteringspost for pasienter med schizofreni gjort om til brukerstyrte innleggelser. Pasienten kan legge seg inn i opptil fem dager av gangen, med en karantenetid på fjorten dager.

I en undersøkelse ved Jæren DPS fant forskerne ut at det ble mindre tvangsbruk, pasientene opplevde større valgfrihet og de fikk en økt følelse av trygghet etter oppstarten av brukerstyrte innleggelser (7).

Pasientene kan bli nedprioritert

Vår erfaring er at både pasienter og personale er positive til ordningen, men det finnes også utfordringer. Avdelingens akutte mottaksfunksjon gjør hverdagen lite forutsigbar. Pasienter som er innlagt på brukerstyrte plasser, kan kanskje få en opplevelse av å bli nedprioritert når avdelingen er full eller når det er innlagt mange pasienter med høyt symptomtrykk.

Vi ser at det er behov for å individualisere det enkelte forløpet, både i forhold til behandlingsplan, innholdet i behandlingen og utnyttelse av tiden som er innvilget.

De fleste pasientene gir gode tilbakemeldinger

Vår erfaring er at pasientene stort sett gir gode tilbakemeldinger på ordningen med brukerstyrte innleggelser. Personalet fremhever at samhandlingen mellom pasienten og personalet har blitt bedre. I tillegg har brukerstyrte innleggelser en positiv effekt på det totale antallet liggedøgn.

«Ordningen reduserer bruken av tvang.»

Ordningen reduserer også bruken av tvang (3, 7). Følgelig blir det viktig å forsvare bruken av brukerstyrte innleggelser fremover.

Oppsummering og videre anbefalinger

Erfaringen med brukerstyrte innleggelser er udelt positive. Personalet ved PAM ønsker å utvide tilbudet, slik at flere pasienter kan benytte seg av brukerstyrt innleggelse. De siste årene har antall innleggelser i vår avdeling økt betraktelig. Det har skapt problemer med kapasiteten og som følge av det er liggetiden innskrenket fra fire døgn til to døgn.

Flere pasienter har gitt uttrykk for at muligheten til å legge seg inn, gir dem trygghet.

Pasienter som ikke har benyttet seg av tilbudet på lang tid, har på forespørsel ikke ønsket å avslutte avtalen, da denne gir dem økt trygghet. Pasientene forteller i hovedsak at innleggelsen blir benyttet til søvn, hvile og samtaler.

Det er viktig at nyansatte leger og sykepleiere får opplæring i hva brukerstyrt innleggelse er samt at miljøterapeutisk struktur og innhold får mer plass i behandlingen.

Referanser

1. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykiske helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. IS-1511.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokumenthso.pdf> (nedlastet 25.03.2020).
3. Jacob A, Veland M. Jobber for mindre tvang. Sykepleien. 2014;102(9):50–1.
4. Solbjør M, Kleiven HH. Kognitiv miljøterapi – forskningsbasert kunnskapssammenstilling. Trondheim: NAPHA; 2013. s. 5.
5. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Brukerstyrte innleggelser – et positivt og annerledes tilbud. Oslo: NAPHA; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.napha.no/brukerstyrte_innleggelser/ (nedlastet 25.03.2020).
6. Støvind H, Hanneborg EM, Ruud T. Bedre tid med brukerstyrte innleggelser. Sykepleien. 2012;100(14):62–4.
7. Psyknytt. Brukerstyrte plasser kan gi kortere liggetid og mindre tvang. Oslo: Psyknytt; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/brukerstyrte-plasser-kan-gi-kortere-liggetid-og-mindre-tvang> (nedlastet 25.03.2020).

DEBATT

– Noen hadde ansvaret
for å fotfølge meg døgnet
rundt mot min vilje

De låste meg inne og holdt meg fast med blikket. De gjorde jobben sin, og de mente godt, skriver Marit Daaland Lesjø.

Marit Daaland Lesjø

Pasienten kan ikke komme på noe som har gledet henne gjennom helgen, med unntak av at stolen hvor personalet observerer henne fra, er flyttet litt vekk fra døren.

Denne setningen fant jeg i journalen min. Den er fra da jeg var tvangsinnlagt med en alvorlig depressiv episode for seks år siden. Jeg synes den er fascinerende meningsmettet.

Det å være under kontinuerlige overvåkning (K.O. som det heter i journalnotatene) er en bisarr opplevelse. Noen hadde ansvaret for å fotfølge meg døgnet rundt mot min vilje. Jeg lå stort sett bare i sengen, så de sto neppe i fare for å bli andpustne. Men jeg ser for meg at det kan være utmattende på andre måter, for den emosjonelle kondisjonen, å sitte der i time etter time og se på en person som har gått i oppløsning.

For det er sånn depresjon er. Kropp og sjel mister kontakten med hverandre. Det som er deg, rives i biter, og du blir sittende alene i tomrommet mellom de ulike delene. En uendelig eksistensiell ensomhet. Følelsene dine, det som skal være kompasset i livet, er sporløst forsvunnet. Du tror du har mistet evnen til å få kontakt med andre mennesker, til å bli glad i noen, og dermed kan ingen være glad i deg heller.

Kroppen er bare et skall som burde få slippe å eksistere i denne uutholdelige limbotilværelsen. La meg få slippe, sa jeg. Nei, sa de. Og så låste de meg inne og holdt meg fast med blikket. De gjorde jobben sin, og de mente godt.

Stolen er flyttet litt vekk fra døren. En liten, hensynsfull bevegelse.

En grunnleggende konflikt i relasjoner mellom mennesker er balansegangen mellom nærhet og avstand. Vi trenger å knytte oss til hverandre, samtidig som at vi også må beskytte våre egne grenser. En trygg relasjon er i balanse, og hvis den bikker for mye den ene eller den andre veien, blir vi gjerne utrygge.

Personalet i stolen passet på meg, men balansen i relasjonen var rimelig skakk. Jeg var hjelpeløs, og det følte både trygt og truende på samme tid. De tok over ansvaret for livet mitt i en periode, og jeg slapp å bestemme selv om jeg skulle leve eller dø. På en måte var det en lettelse, på en annen var det uhyggelig klaustrofobisk. Det er vanskelig å få tillit til noen som tar fra deg makten med tvang.

Alle har sin egen intimsfære som ingen andre har adgang til uten å være spesielt invitert. Jeg hadde absolutt ikke invitert noen. Når man er på sitt jævligste og mest sårbare, er det mer naturlig å ville gå i skjul og gjemme seg, iallfall for meg. Som en dødssyk katt som legger seg under vedskjulet for å få dø i fred.

Det var ydmykende å bli sett på konstant, å ikke få dusje alene, å være tvunget til å vise all min kroppslige og sjelelige nakenhet i det avslørende og grelle institusjonslyset. De som observerte meg, var ikke engang folk jeg kjente personlig. Jeg skammet meg over alt de kunne se, men også over at dette ikke var et ansvar de hadde bedt om. Omsorgen jeg fikk, var en del av en arbeidsinstruks, og det følte kjølig, klinisk og formelt.

Tvangsomsorg bryter med de uskrevne reglene for nærhet og avstand som vi vanligvis forholder oss til. Dette krever mye av den som har makten. Det at stolen ble flyttet, var et lite tegn på respekt for min autonomi, noe jeg satte pris på. Men jeg husker skikkelsen i stolen som ansiktsløs og autoritær, skummel, selv om jeg i ettertid skjønner at det var en person med sitt eget puslespill av holdninger, motiver, personlighetstrekk og erfaringer. Den gangen følte det som om de visste alt om meg og jeg ingenting om dem.

I starten av oppholdet brydde jeg meg ikke; jeg tror knapt jeg la merke til dem. Det at jeg begynte å kjenne på ubehaget i å bli observert hele tiden, var sånn sett et godt tegn. Fra å være et tomt skall som, ifølge journalen, «viser svært dårlig emosjonell kontakt og ofte stirrer rett ut i luften», begynte jeg å observere verden rundt meg igjen. Sengen med en sørgelig flat pute, små hull i strien på veggen, hvor noen kanskje hadde pirket og gravd med frustrerte og skamfulle fingre. Det halvmørke rommet, hvor den eneste kilden til lys var det som slapp inn gjennom døråpningen. Og der: en ukjent person.

Jeg var redd og trist, men det å se meg rundt og bli mistenksom overfor andres hensikter, viste i det minste en antydning til liv og egen vilje. Paradokset er at når man er frisk nok til å få tilbake retten til å trekke seg mer unna fysisk, øker behovet for emosjonell kontakt, og man er ekstremt var for avvisning.

Jeg gråter aldri når jeg er på mitt verste, men når jeg begynner å våkne, kommer tårene. Etter å ha mistet seg selv på den måten sitter man igjen med en enorm sorg og skam. Jeg lå i sengen og gråt, mens personen i stolen fortsatte å observere på avstand, men sa ingenting og kom ikke bort til meg. Jeg synes fremdeles det er snodig. Kanskje var det for å vise respekt for grensene mine, som det med å flytte stolen, men det føltes ikke som omsorg. Jeg ble ikke møtt, men følte meg stirret på.

Å bli sett på uten å bli snakket til, i time etter time, kan føles som å være med i et surrealistisk teaterstykke. Uvirkelig og kunstig. Det føltes ubehagelig nært samtidig som avstanden mellom oss ble tydeligere. Vi var ikke likemenn. Jeg var syk, hun var frisk. Det var som om tårene mine ikke var en rimelig reaksjon på omstendighetene, men bare et symptom på depresjonen. En feil.

Hvis mangelen på følelser i den dype depresjonen tolkes som avkopling fra verden, kan synlige uttrykk for sorg og frykt bunne i et ønske om å kople seg på igjen, men man er fremdeles usikker på om man er verdig til å bli medlem i det menneskelige fellesskapet. Terskelen for å kjenne på sviende avvisning er lav når man er så hudløs.

Jeg har et tosifret antall innleggelsler bak meg, noen på akutten og noen på DPS døgn. Mitt inntrykk er at akuttpsykiatrien preges av tanken om at man ikke skal «belønne» sterke følelsesutbrudd med oppmerksomhet, for da blir det bare verre. Jeg husker få tilfeller hvor personalet uoppfordret oppsøkte meg bare for å ta en prat. Kanskje handler dette om ressurser, men jeg tror også holdninger spiller en rolle. En frykt for å slukes av det skadeskutte beistet. Til dels kan jeg forstå det. Kaster man seg inn i en annens følelseskarusell, er det lett å bli fartsblind, og da kan man ikke hjelpe.

Jobben er å stå støtt når pasienten ikke kan, men det bør også være rom for bevegelse. Selv om relasjonen er kortvarig, kan det være et enormt viktig møte for en pasient som er helt på bunnen. Ja, man risikerer at det kan bli slitsomt og ubehagelig – men det er vanskelig å rense sår og plastre sammen hvis man ikke tåler å se blod.

Nær, men ikke for nær er et krevende dilemma for helsepersonell, kanskje spesielt i psykiatrien. Empati, som folk i helsevesenet ofte har en del av, er en styrke når man skal jobbe med mennesker, men også en svakhet. Å være medfølende samtidig som man har et klart skille mellom seg selv og pasienten, tærer sikkert på kreftene – men jeg tror det er essensielt for å gi god hjelp.

Jeg sier ikke at det er lett, men kanskje det blir enklere å være modig i vanskelige møter hvis man husker at det viktigste for pasienten er å bli tålt. Å vise at man tåler dem på sitt verste, er noe av det mest omsorgsfulle man kan gjøre. Det kan formidle håp om at det finnes en fremtid der ute i verden, i stedet for avvisning forkledd som hensynsfullhet.

Stolen ble flyttet litt vekk fra døren, og en dag var den tom. Til syvende og sist var de standhaftige blickene som fulgte meg gjennom disse ukene, en bekreftelse på at jeg var verdt å redde. De passet på at kroppen var trygg frem til resten av meg kom tilbake.

Denne tomme stolen i døråpningen betydde at jeg var klar for å få tilbake friheten og ansvaret. Jeg pustet ut og strittet imot. Jeg er takknemlig for at de orket å se på meg. Uten dem kunne jeg selv ha blitt den tomme stolen rundt middagsbordet.

FAGUTVIKLING

Bruker spør bruker om opplevelser med tvangsvedtak i psykisk helsevern

Forskningen på tvang i psykisk helsevern kan styrkes når de som intervjuer brukerne, selv har erfaring med psykisk lidelse og bruk av tvang.

Brukererfaring

Tvungent psykisk helsevern

Respekt

I profesjonenes etiske retningslinjer, for eksempel for sykepleiere, fremheves det at helsepersonell skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet. Det inkluderer retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (1).

Respekt er særlig viktig i samtaler der bruk av tvungent psykisk helsevern vurderes, med det brudd i prinsippet om frivillighet i undersøkelse og behandling som en slik beslutning innebærer.

Man må forsøke å påføre pasienten minst mulig tap av verdighet

Tvungent psykisk helsevern er bare aktuelt ved alvorlig sinnslidelse og en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (2). Frivillige tiltak skal være forsøkt eller være vurdert som ikke mulige å gjennomføre.

Pasienten skal gis anledning til å uttale seg. Personens samtykkekompetanse skal vurderes, herunder evnen til å forstå informasjonen om helsetilstand og helsehjelp som tilbys, og evnen til å foreta et valg som ikke i for stor grad er påvirket av sykdommen (3). Når tvang ikke kan unngås, må man forsøke å påføre pasienten minst mulig belastning og tap av verdighet.

Vi vil i denne artikkelen formidle inntrykk fra og erfaringer med forskningsmetoden «bruker spør bruker», som ble brukt i en studie rettet mot personer vurdert for tvangstiltak i psykisk helsevern. De fleste av deltakerne i studien var tvangsinnlagt på lukket akuttpost, og noen befant seg på skjermet avsnitt. En representant fra Mental Helse og en erfaringskonsulent foretok intervjuene som forskere med brukererfaring.

«Bruker spør bruker» er en kvalitativ tilnærming

Brukere blir i stadig større grad involvert i forskning. I vår studie var personer med egne erfaringer med både behandling og tvangsinnleggelse, eller med annen bruk av tvang i psykisk helsevern, sentrale i utformingen av hele forskningsprosjektet. Det gjaldt alt fra utarbeiding av forskningsdesign og problemstillinger til analyse av data og publisering.

Forskningsmetoden «bruker spør bruker» er en kvalitativ tilnærming der personer med egenerfaring spør andre brukere om erfaringer med og oppfatninger om helsetjenester (4). Metoden ble utviklet som en del av prosjektet Kvalitetsforbedring gjennom brukererfaring, og en omfattende ressursbase er tilgjengelig på nettstedet brukererfaring.no.

Personer som har brukererfaringer, for eksempel med psykisk lidelse og behandling i psykisk helsevern, kan tenkes lettere å etablere en trygg intervjuelasjon og sette seg inn i deltakerens opplevelse. Dette vil også i større grad kunne åpne opp for kritiske tilbakemeldinger enn der tradisjonelle forskere foretar intervjuene (5).

Metoden er dessuten egnet for å nå målgrupper som vanligvis ikke kan delta i brukerundersøkelser, og kan dermed gi mer valide funn enn når fagpersoner intervjuer brukere. Det kan komme frem flere kritiske kommentarer og mer misnøye fra informantene (6, 7). Informantene kan dessuten legge større vekt på enkelte faktorer, som for eksempel betydningen av å bli behandlet med respekt (8).

Studie av vurdering av tvang i psykisk helsevern

Denne fagartikkelen er en del av en studie som belyser både behandleres og pasienters erfaringer med beslutningsprosesser i øyeblikkelig hjelp-samtaler ved tre poliklinikker der bruk av tvang vurderes.

Etter øyeblikkelig hjelp-samtaler på tre poliklinikker i psykisk helsevern hvor bruk av tvungent psykisk helsevern ble vurdert, ble det foretatt intervjuer av de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige. Dessuten ble det foretatt bruker-spør-bruker-intervjuer av pasienter som var involvert i de samme samtalene. Resultatene fra intervjuene med de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige er publisert (9).

I intervjuene med pasientene ble det benyttet et strukturert spørreskjema med 16 spørsmål med graderte svaralternativer supplert med åpne spørsmål. Pasientene ble blant annet spurt om i hvilken grad de opplevde å bli møtt med respekt i øyeblikkelig hjelp-samtalen, om de selv vurderte at de hadde sykdomsinnsikt og forståelse for beslutningene som ble tatt, og om de opplevde å ha innvirkning på disse beslutningene.

Til sammen ble 22 deltakere intervjuet. Av disse ble 9 innlagt på tvang og 1 på observasjon, 11 ble innlagt frivillig og 1 ble ikke lagt inn. De fleste pasientene var innlagt på en lukket akuttpost, og noen av dem befant seg på skjermet avsnitt.

Er en tvangsinnlagt bruker samtykkekompetent til forskningsdeltakelse?

Studien er godkjent av Regional etisk komité. En etisk problemstilling vi la frem for komiteen, var at deltakelse i forskning skal bygge på et fritt og informert samtykke. Mange av deltakerne i denne studien var psykotiske i perioden da studien ble gjennomført. Kunne de likevel forstå hva studien gikk ut på, og sin rolle som deltaker i forskning?

Vi fikk støtte fra professor Georg Høyér, leder av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet, i at personer med psykose likevel kan være samtykkekompetente her. Før vi tok kontakt med posten der pasientene befant seg, vurderte deres behandlere om de var i stand til å gi et fritt og informert samtykke.

Innledningsvis i samtalene med deltakerne prøvde vi å forsikre oss om at de forsto hensikten med intervjuene, sine rettigheter og at de var sikret anonymitet. Under intervjuene vurderte vi fortløpende om det var forsvarlig å gjennomføre dem. Etter intervjuene ble deltakerne fulgt opp av en av sine kontakter i pleiepersonalet. Vi kontaktet dem etter noen dager for å få bekreftet deres samtykke til deltakelse i studien.

Brukerrepresentantenes erfaringer og inntrykk fra intervjuene

Vi som foretok intervjuene, kontaktet sengeposten og avtalte når vi skulle komme, vanligvis tre til sju dager etter innleggelsen. Hvis pasienten ville snakke med oss, informerte vi om formålet med studien, vår rolle under intervjuet og at vi selv hadde erfaring med psykisk lidelse og behandling i psykisk helsevern.

Vi hadde med oss et informasjonsskriv om studien og en samtykkeerklæring. Et intervju kunne ta alt fra 20 minutter til over en time.

Vi var spent foran de første intervjuene. Vi var redde for å trenge oss på og for å påføre pasientene unødige belastninger. Vi var usikre på om de i det hele tatt var villige til å snakke med oss.

«Måten vi ble presentert på, hadde stor innvirkning på om pasientene ville delta.»

Atmosfæren ved døgnpostene kunne skifte fra gang til gang, og også variere fra post til post. Vi kunne merke forskjell på en «god» stemning og en «vond» stemning med det samme vi kom til posten.

Måten vi ble presentert på, hadde stor innvirkning på om pasientene ville delta. Dersom personalet buste inn til pasienten og forkynte at «Det er en som vil snakke med deg!», opplevde vi ofte at pasienten sa nei.

Men pasientene sa som regel ja når personalet banket forsiktig på og sa: «Hei, det står en hyggelig dame ute på gangen som har lyst til å stille deg noen spørsmål. Hvis du vil, kan dere gå inn i besøksrommet, og så kan jeg komme med kaffe til dere.»

Vi jobbet sammen for at samtalen skulle bli så konstruktiv som mulig

Når vi intervjuet pasientene, erfarte vi ofte at barrierene mellom oss ble mindre. Det at vi hadde felles erfaringer med en kritisk vanskelig situasjon, bidro ofte til et gjensidig tillitsforhold og til en god relasjon mellom oss.

I det videre følger noen vignetter fra samtalen, der «jeg» er en av de to intervjuerne, med egenerfaring som bruker.

Jeg intervjuet en kvinne. Hun var så bekymret for barna sine nå som hun var borte fra hjemmet. Jeg sa at jeg forsto henne, for jeg hadde vært i liknende situasjoner. Kvinnen sa at dette ga henne trøst.

Noen samtaler var det vanskelig å få noe ut av. Men pasientene satt der likevel sammen med oss, og vi jobbet sammen for at samtalen skulle bli så konstruktiv og god som mulig for dem.

En ung kvinne som jeg traff på en kafé, var så urolig at hun ikke kunne sitte stille på stolen. Hun måtte stadig reise seg og så sette seg igjen. Men hun hadde dratt til sentrum for å treffe meg. Da hun skulle gå, sto hun med ryggen til meg og sa at det var fint at hun fikk lov til å bidra.

Noen deltakere ville fatte seg i korthet, nesten i stillhet. Andre ville snakke hele tiden og noen ganger mest om temaer som ikke hadde med studien å gjøre. Ved to anledninger måtte vi avbryte intervjuene og fortsette inn i en vanlig samtale. Årsaken var at vi skjønnte at disse deltakerne ikke forsto hensikten med studien.

Det lengste intervjuet jeg foretok, varte i over to timer, da vedkommende stadig ville ut og røyke og snakke med folk. Han var på frivillig paragraf og hevdet at han derfor kunne gjøre som han ville. Han ville lese dikt for meg, som han selv hadde skrevet, og jeg lyttet samtidig som jeg prøvde å lose oss inn i intervjuguiden igjen.

Da han ville spille stein, saks, papir med meg, og vi satt der og lo, skjønnte jeg at her måtte noe gjøres. Jeg snakket med ham om at det var viktig at vi fikk konsentrert oss om intervjuet, og formidlet at hans opplysninger var viktige. Jeg er glad for at vi klarte å gjennomføre intervjuet, og denne personen takket meg etter noen dager for at han hadde fått bli med og bidra med viktig informasjon.

Personalet var ikke til stede under intervjuene, bortsett fra i ett tilfelle der pasienten ønsket det selv. Vi erfarte at det i mange av intervjuene var som om en barriere forsvant når vi ble på tomannshånd, og det oppsto et tillitsforhold mellom «oss brukere».

Mange var rasende på behandlingsapparatet. De følte seg lurte, sviktet og misforstått.

En deltaker uttalte: «Jeg snakker med deg bare fordi du ikke er lege!» En annen deltaker sa: «Det er oss mot røkla!» «Ja, det er det», svarte jeg, og vi fikk oss begge en god latter.

Noen trakk seg fra intervjuet

Ved to anledninger hadde personalet ved en av akuttpostene fått beskjed fra sin leder om at vi ikke fikk være alene med pasienten. De trakk umiddelbart sitt samtykke til intervju.

Ved en anledning kom en sykepleier og en student inn i rommet da intervjuet skulle starte. Pasienten befant seg på en lukket avdeling for eldre pasienter. Han reiste seg og forlot rommet uten et ord.

Ofte var vi i tvil om det var mulig å gjennomføre et intervju:

Ved en anledning befant pasienten seg på skjermet avsnitt. Han var på rommet sitt, og en person fra pleiepersonalet satt vakt utenfor.

Jeg fikk assosiasjoner til et fengsel, hvor pasienten var en innsatt og sykepleieren en fangevokter. Det var en nitrisk post uten farger og varme.

Idet han kom ut av rommet sitt, laget han noen merkelige lyder. Da vi var kommet inn på besøksrommet, sa han: «Jeg må være på rommet fordi jeg lager lyder hele tiden. Men jeg er jo normal, jeg, ikke sant?»

Jeg ble overrasket over at han forandret væremåte på noen få sekunder. Jeg opplevde at han slappet av sammen med meg.

Ved en annen anledning ble jeg vist inn på rommet til en mannlig pasient. Også han befant seg på skjermet avsnitt. Jeg satt på en stol ved sengen og med alarm på lommen, mens en sykepleier satt utenfor med døren på klem.

Det var i begynnelsen av intervjuprosessen, og dette var en helt ny erfaring for meg. Jeg tenkte at han ikke ville komme til å samarbeide i en slik situasjon. Men for ham virket det som alt var helt normalt. Han var vant til å være på skjermet og at personalet gikk med alarm.

Men samtidig skjønte han ikke hvorfor han befant seg i en slik situasjon. Han viste tydelig at han satte pris på mitt besøk. «Det er så flott å få besøk av en hyggelig dame», sa han strålende, og fortsatte med å si: «Alle er gale her.» Det virket som om han opplevde at jeg var normal som ham, men ikke de ansatte ved enheten.

Jeg besøkte en ung mann på skjermet avsnitt på en akuttpost. Han var manisk, urolig og sint. Personalet satt vakt utenfor døren, og pasienten ville at den skulle være lukket. Han hadde blitt hentet hjemme etter at kjæresten hadde ringt politiet.

«Jeg ville gjerne innlegges fire dager før tvangsinnleggelsen», sa han. «Søndag kom politiet og ambulanseteam og slo inn døra. Jeg skjønner ikke hvorfor de tok meg. Jeg har ikke gjort noe galt.»

Han snakket uten stans, og jeg konsentrerte meg om å holde oss til spørsmålene i intervjuguiden uten at han skulle bli sint, for jeg merket at han ble irritert når jeg prøvde å avbryte ham.

Det skal være en god relasjon, men ikke for nært eller privat

Det var en krevende balansegang mellom å ha en nærhet og samtidig en distanse til personene vi intervjuet. Det skal være en god relasjon under intervjuet, men uten at situasjonen blir for personlig eller privat – for deltakernes skyld, men også for oss intervjueres skyld.

Enkelte ganger var det vanskelig ikke å la deltakernes ofte ekstremt vanskelige livssituasjon gå inn på oss.

Spesielt husker jeg en mann som var på skjermet avsnitt. Jeg opplevde det som ubegripelig trist å sitte og snakke med ham. Han så totalt utkjørt ut. Det var oppunder jul.

«Jeg har ingen, jeg», sa han. «Jeg gleder meg til romjula, for da skal jeg få flytte til et annet sykehus og komme meg ut av skjermet.» Dette var det han gledet seg til før jul.

Han tok meg i hånden og takket for at han fikk snakke med meg. Så gikk jeg ut av sykehuset og ut i byen, hvor gatene var pyntet med lys og folk stresset med å få tid til alt og å komme i mål.

Jeg ble sterkt berørt av denne personen og hans situasjon. Da jeg traff ham, så han svært ynkelig ut og som om han hadde mistet sin verdighet. Jeg hadde lyst til å kjøpe ham en blomst, men det var naturlig nok ikke mulig ut fra forskningsetiske hensyn.

Jeg gråt på veien ut av sykehusområdet. Jeg fikk snakket med min kollega og med prosjektlederen om dette. Min opplevelse gikk imidlertid ikke ut over andre enn meg selv. Deltakeren ble godt ivaretatt under og etter intervjuet.

De fleste opplevde å bli møtt med respekt

Flertallet av pasientene vi intervjuet, opplevde at de ble møtt med respekt og fikk komme til med sine synspunkter under øyeblikkelig hjelp-samtalene. I de to tilfellene der pasientene opplevde å bli møtt med lite eller ingen respekt, oppga de øyeblikkelig hjelp-ansvarlige at det var knapphet på tid i samtalen. Det var situasjoner med press om innleggelse fra pårørende eller fast behandler, slik at vurderingen i liten grad tok hensyn til pasientens egen beskrivelse av situasjonen.

«Pasienters opplevelse av å ha blitt møtt med respekt er generelt forbundet med mindre grad av opplevd tvang.»

Samtalene der pasientene opplevde å bli møtt med mye respekt, ble derimot beskrevet som samtaler hvor pasienten fikk god tid til å forklare seg og styrte mye av samtalen, og hvor det ble forklart bakgrunnen for beslutningen på en tydelig måte.

Pasienters opplevelse av å ha blitt møtt med respekt og av å få komme til med sine synspunkter er generelt forbundet med mindre grad av opplevd tvang (10). I et psykisk helsevern preget av et stadig økende arbeids- og tidspress, er det ekstra viktig at man sikrer god tid, åpen kommunikasjon og en tydelig respektfull holdning i samtaler der bruk av tvang vurderes.

Muligheter og begrensninger

En feilkilde som må unngås ved kvalitative intervjuer generelt, er at intervjueren generaliserer ut fra egne erfaringer (11). Dessuten må de intervjuede, som i denne studien var svært sårbare mennesker i en kritisk livssituasjon, bli sikret at deltakelsen er basert på et fritt og informert samtykke, og at samtalen ikke blir en tilleggsbelastning.

Vi har positive erfaringer med bruker-spør-bruker-metoden, også for deltakere som er psykotiske og under tvungent psykisk helsevern. Det at de som foretok intervjuene, selv har erfaring med psykisk lidelse og bruk av tvang, synes å kunne bidra til en økt grad av gjensidig trygghet i intervjusituasjonen, noe som kan styrke forskningen og gi kunnskap på dette viktige området.

Deltakerne i vår studie ga som regel uttrykk for at de satte pris på samtalen. Ved å anvende bruker-spør-bruker-metoden tror vi at deltakerne opplevde en anerkjennelse av deres erfaringer som etterspurte og viktige.

Takk til professor Georg Høyer og Tvangsforsk (Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet) for god støtte, og til alle pasienter og behandlere som har bidratt.

Referanser

1. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (nedlastet 29.10.2020).
2. Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. IS-1/2017. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer> (nedlastet 29.10.2020).

3. Hellevik V, Skui H, Valle AL. Psykotiske pasienter har rett til behandling – frivillig og under tvungent psykisk helsevern. Tidsskr Nor Legeforen. 2019;139(3). DOI: [10.4045/tidsskr.18.0918](https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0918)
4. Westerlund H, Bjørgen, D. Ressurshefte. Samarbeid mellom forsknings- og brukermiljøer. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse; 2011.
5. Berge T, Vedlog A, Ekern P. Bruker spør bruker: brukerperspektivet i psykisk helsevern. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2011;48:659–63.
6. Clark CC, Scott EA, Boydell KM, Goering P. Effects of client interviewers on client-reported satisfaction with mental health services. Psychiatr Serv. 1999;50(7):961–3.
7. Svensson B, Hansson L. Satisfaction with mental health services. A user participation approach. Nord J Psychiatry. 2006;60:365–71.
8. Steinsbekk A, Westerlund H, Bjørgen D, Rise MB. Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2013;50:2–5.
9. Berge T, Bjøntegård KS, Ekern P, Furan M, Landrø NI, Larsen GJS, et al. Bruk av tvang i psykisk helsevern: dilemmaer i beslutningsprosessen. Tidsskr Nor Legeforen. 2018;138:1134–9.
10. NOU 2011: 9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
11. Natland S, Tveiten S, Knutsen IR. Hvorfor skal pasienten medvirke i forskning? Tidsskr Nor Legeforen. 2017;137:210.

FAGUTVIKLING

En miljøterapeut i
psykisk helsevern er
alltid på vakt og i
beredskap

Miljøterapeuter i psykisk helsevern gir sine kollegaer æren for at de klarer å stå i jobben. De føler at kollegaene stiller opp for hverandre, og at de aldri er alene.

Psykisk helse

Rus

Undervisning

Fagutvikling

«Du må på en måte tømme det ett eller annet sted ... få det ut ... Jeg tror nok at det kan være slitsomt over tid ... Det verste som kan skje, er at du får en sånn oppfordring om at ‘dette må du tåle’ ...»

Dette er et sitat fra et intervju med en miljøterapeut som arbeider innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, en refleksjon over en arbeidshverdag hvor vold og trusler oppleves ofte.

Ifølge Sykehuset Østfolds HMS årsrapport 2020 har antallet registrerte voldshendelser mot medarbeidere økt fra 150 i 2015 til 766 i 2020 (1088 i 2019). Antallet trusler mot medarbeidere har økt fra 57 til 742 og situasjoner med utagerende eller truende atferd fra 6 til 254 i samme periode (1).

Bakgrunnen for det økte antallet registrerte hendelser opplyses å være større oppmerksomhet rundt rapportering, bedre meldekultur og en reell økning som følge av mer bruk av rusmidler blant pasientene. Ledere innen psykisk helsevern oppgir at alvorlighetsgraden i hendelsene øker (1).

Miljøterapeuter er særlig utsatt for vold

Vi vil i denne artikkelen reflektere over utviklingen i lys av kravet i arbeidsmiljøloven § 1-1 om at medarbeidere skal ha en arbeidssituasjon med full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. I § 4-3 stilles det krav om at medarbeidere så langt det er mulig skal beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre (2).

Å bli utsatt for vold på arbeidsplassen er en åpenbar risiko for miljøterapeuters helse. Konsekvensene kan være at man føler seg utrygg, og i verste fall kan man bli skadet, slik at man ikke kan fortsette i jobben (3).

«Det er sannsynlig at vold og trusler på arbeidsplassen underrapporteres.»

Norge og de andre nordiske landene skårer svært høyt på statistikker over andelen arbeidstakere som er utsatt for vold, trusler og trakassering i yrkessammenheng. (Dette kan også ha sammenheng med gode rapporteringsrutiner i disse landene.) Miljøterapeuter som jobber i helse- og sosialtjenestene, er særlig utsatte, og det er i all hovedsak brukerne som utfører volden (4).

Det er sannsynlig at vold og trusler på arbeidsplassen underrapporteres fordi ansatte i utsatte bransjer anser vold og trusler for å være en del av jobben. Ansatte som ikke har klart å forhindre en hendelse, kan få skyldfølelse og dermed unnlate å rapportere hendelsen av den grunn (5).

Hensikt og metode

Artikkelen tar utgangspunkt i hovedforfatterens mastergradsarbeid i psykososialt arbeid ved Høgskolen i Østfold (6). Studien utforsker miljøterapeuters erfaringer med vold og trusler i arbeidshverdagen. Hensikten med studien var å synliggjøre hvilke personlige og psykiske omkostninger det har for miljøterapeuter å bli utsatt for vold og trusler.

Åtte miljøterapeuter som arbeider ved ulike psykiatriske avdelinger i spesialisthelsetjenesten, ble intervjuet. Intervjuene var kvalitative og hadde en delvis strukturert tilnærming.

Informantene var av begge kjønn, fire menn og fire kvinner. Seks av informantene var utdannet vernepleiere eller sykepleiere, mens to var utdannet helsefagarbeidere. Informantene hadde ulik fartstid innen psykisk helsevern og god spredning i alder.

HMS-sjef Terje Engvik ved Sykehuset Østfold har bidratt som medforfatter. Sosiolog og medlem av forskergruppen ved Høgskolen i Østfold, Ulf Peter Dahl, har veiledet og fungert som inspirator i skriveprosessen.

Malteruds modell for systematisk tekstkondensering (7) ble brukt i den tematiske analysen. Koding genererte følgende resultat, som her oppsummeres i tabellform (tabell 1).

Kodegruppene og tilhørende subgrupper ble identifisert og justert som en del av kodeprosessen etter intervjuene. Meningsbærende enheter fra intervjuene ble knyttet til de enkelte kodegruppene (6).

Tabell 1. Kodegrupper, tilhørende subgrupper og meningsbærende enheter

	Alltid på vakt og i beredskap		
Kodegrupper:	Tanker	Følelser	Kroppsreaksjoner
Subgrupper, fasetter av innhold i kodegruppene:	Uforutsigbarhet versus faglig trygghet	Ubehag versus trygghet	Et høyt spenningsnivå versus ro
Meningsbærende enheter fra intervjuene:	<ul style="list-style-type: none">• mangler kontroll• alltid på vakt• belastning• klarer å «sile ut»• opplevd liknende situasjoner	<ul style="list-style-type: none">• sliten og lei• redd og anspent• usikker og urolig• trygg og tilfreds• god følelse å mestre	<ul style="list-style-type: none">• høyt spenningsnivå• hjertebank, høy puls• vedvarende kroppslig stress• tappet og psykisk sliten

Artikkelen utforsker informantenes reaksjoner på å jobbe et sted hvor man risikerer å bli utsatt for vold og trusler i arbeidshverdagen. Under analyseprosessen ble det tydelig at hovedkategorien for kodene ville bli «Alltid på vakt og i beredskap».

«Informantene beskriver en spenning i det tidsrommet hvor de føler at en utagering kommer til å skje.»

Det å være på vakt er et fenomen som identifiseres i alle intervjuene. Informantene beskriver en spenning i det tidsrommet hvor de føler at en utagering kommer til å skje – en spenning i lufta, en magefølelse. De vet ikke når eller i hvilken form utageringen vil skje, men de er i beredskap, klare til å handle når det måtte kreves.

For å strukturere analysearbeidet ble funnene kategorisert under kodegruppene tanker, følelser og kroppsreaksjoner. Kodegruppene flyter imidlertid i hverandre, da det hele henger sammen og påvirkes av hverandre. Funnene presenteres derfor sammen.

Resultater

Skrekken er å miste kontroll

Flere av informantene beskriver en frykt for ikke å ha kontroll. En av informantene forteller om sin bekymring slik:

«Jo, jeg er redd hvis jeg opplever at vi ikke klarer å ta kontroll. Da blir jeg redd. Jeg kan bli redd på egne vegne, og jeg kan bli redd for at kollegaer skal bli skadet. Jeg vet ikke helt hva som er verst.

«Det går jo tross alt noen minutter fra du trykker alarm, til det kommer folk.»

Informant

En sånn situasjon kan være hvis det er en psykotisk, ruset, som raserer rommet sitt og slipper ut i miljøet. Får tak i ting. Hvor vi er få på jobb. En av oss har gått ut uten å ha på seg alarm. Det er liksom et sånt skrekkscenario ... Det går jo tross alt noen minutter fra du trykker alarm, til det kommer folk.»

Man må «ha med seg blikket»

Samtidig forklarer enkelte av informantene at man med erfaring klarer å «sile ut» hvilke situasjoner som kan utarte til alvorlig utagering, og hvilke situasjoner som blir mindre alvorlige. Informantene begrunner dette med at man har utviklet intuisjon, en magefølelse.

Ifølge noen av informantene har en uerfaren miljøterapeut som regel ikke denne evnen. Uforutsigbarheten beskrives som «en del av pakka» når man arbeider innen psykisk helsevern, man «må ha med seg blikket».

Det verste er spenningen i rommet

Flere av informantene beskriver det som belastende å være på vakt. En uttrykker det slik:

«Ja ... da sitter man litt sånn på ank. Det er jo det som gjør mest med meg, liksom ...»

Informantene hevder at selve volden og utageringen ikke er det mest skremmende, fordi man da som regel raskt klarer å få kontroll over situasjonen. Det verste er spenningen som ligger i rommet når informantene sanser at det bygger seg opp mot en utagering – når man «vet» at noe kommer til å hende, men ikke hva, ikke når. Når man ikke har kontroll på hva som vil komme.

Flere av informantene beskriver møtet med voldelige og truende pasienter som ubehagelig; flere forteller om en følelse av frykt. Det er slitsomt å være på vakt, og man kan av og til grue seg til å dra på jobb dersom man vet at det er urolig på avdelingen. Dette uttrykker en av informantene tydelig i følgende sitat:

«Da er man mer på vakt hele tiden, og mye mer sliten når man kommer hjem ... Når det er lange perioder med mye truende pasienter, spesielt når de er ruset og du ikke har kontroll, når du nesten vet at det kommer en utagering ... Har jeg lengre sanne perioder, så tenker jeg faktisk på å bytte jobb ... Det er slitsomt å stå i.»

Kollegaene stiller opp for hverandre

Samtidig beskriver noen av informantene en følelse av trygghet – en trygghet på sine kollegaer, og at et godt samarbeid gir trygghetsfølelse. Flere av informantene gir sine kollegaer æren for at de klarer å stå i jobben; de har en følelse av aldri å være alene og at kollegaene stiller opp for hverandre.

«Det å klare å bruke kommunikasjon til å trygge den andre, det er veldig godt.»

Informant

En av informantene forteller også om en følelse av tilfredsstillelse og mestring når en situasjon blir taklet på en god måte:

«Jeg liker veldig godt ... når det blir meldt en pasient ... som er sinna og aggressiv, og så klarer vi ... å få roet ham helt ned og alt går som smurt. Ingen bruk av belter, ingenting. Det å klare å bruke kommunikasjon til å trygge den andre, det er veldig godt. Da føler jeg at jeg har gjort en god jobb.»

Det forventes at menn går inn først

Flere av informantene oppgir at kjønn er viktig for den opplevde trygghetsfølelsen. De forteller at det kan oppleves som vanskelig og utrygt å være eneste mann på jobb. I flere av intervjuene ble det beskrevet en forventning om at menn skal gå først inn i utagerende situasjoner, og at dette forventes både av kvinnelige kollegaer og av mannen selv. En mannlig informant beskriver det slik:

«Det er aldri hyggelig å bli truet med juling. Og jeg tar det alvorlig, stort sett. En må jo ofte stå i det også. Fordi en er mann på jobb. Det har lett for å bli litt sånn.»

En voldshendelse er mer enn en registrering

Viktigheten av åpenhet og refleksjon ble beskrevet av en informant på denne måten:

«Jeg synes det er veldig ålreit [å reflektere med kollegaer om vold og trusler], for jeg er ganske opptatt av det. Jeg tror det er noe av det bedre som skjer. At vi på en måte er det bevisst og snakker om det.

Voldsepisoder bør bli noe annet enn en registrering av uønskede hendelser. Fordi det er så upersonlig, mens voldstruslene er personlig ... Ved å løfte det, og å ha det som samtaleemne, og sette det på dagsorden som en viktig greie. Egne følelser i jobb. Så er det med på å dempe det på en sånn måte at vi slipper å samle opp.»

Informanten påpeker her at det å bli utsatt for vold og trusler er personlig. Det må være noe mer enn en melding om en uønsket hendelse, og egne følelser i jobben må løftes opp som et samtaleemne.

Dersom det er mange voldshendelser i løpet av en uke eller en dag, blir kanskje kun de alvorligste hendelsene registrert og bearbeidet. Volden kan bli regnet som normal på jobb. Volden kan bli regnet som noe uheldig, men samtidig som noe man må finne seg i dersom man vil fortsette i jobben (3).

Volden er gjentakende

En informant tydeliggjorde i dette sitatet hvordan volden er gjentakende på arbeidsplassen:

«Jeg har nok blitt ganske flink til å skjule at jeg blir redd. Men redd blir jeg innimellom når det er høy voldsrisiko. Og da går pulsen litt opp. Og man er på vakt ...

«Jeg har dukka mye, da. Og fått mange slag mot meg.»

Informant

Så frem til nå så har jeg fremdeles ikke fått noen slag. Men jeg har dukka mye, da. Og fått mange slag mot meg. Og flyr de på ... da er jeg ganske kjapp. Jeg har lært meg til å sprette kjapt unna og hive meg bak på ryggen og ta 'grevet'.»

Et viktig funn er at informantene av og til kjente på en frykt for å møte tidligere pasienter utenfor institusjonen i fritiden. Informantene står da alene, kanskje sammen med ektefelle og barn, uten støtte av kollegaer eller overfallsalarm. Det ble beskrevet en frykt for å bli gjenkjent av en pasient som bærer nag etter for eksempel en tvangsbehandling.

Teoretiske perspektiver

Erfaring og kompetanse motvirker stress

Å bli utsatt for vold og trusler skaper stress. Stress og stressmestring er derfor sentrale begreper, som i studien fortolkes ved hjelp av Lazarus og Folkmans stress- og mestringsmodell (8). Modellen bidrar til at det kan tas utgangspunkt i informantenes egne oppfatninger av stress. På den måten identifiseres stressreaksjonene til hver enkelt miljøterapeut, og det blir belyst hvordan den enkelte påvirkes (6).

Kompetanse og kompetanseutvikling er begreper som benyttes for å belyse miljøterapeutenes mestring i arbeidet (6). Dersom man som miljøterapeut skal ha mulighet til å håndtere en presset situasjon på en god måte, avhenger det i stor grad av egne teoretiske kunnskaper, erfaringsbaserte kunnskaper og evnen til etisk vurdering (9).

Dette gjenspeiles i informantenes fortellinger om å roe en situasjon ved hjelp av egen kommunikasjon og mestringsfølelsen dette gir. Her spiller også evnen til kritisk refleksjon en viktig rolle, evnen til kritisk å vurdere hvorfor vi handler som vi gjør (10).

Begrepet intuisjon kan benyttes til å forstå informantenes fortellinger om å «lese» en situasjon og deres evne til å skille en alvorlig trussel fra en mindre alvorlig trussel. Intuisjonen er noe som erfarne informanter benytter i sin beskrivelse av egen håndtering av stress og situasjoner med høy voldsrisiko. På den andre siden kan denne beskrivelsen av intuisjon antyde at mindre erfarne miljøterapeuter er oftere og mer stresset (6).

Åpenhet og refleksjon virker forebyggende

Informantene så ut til å ha nytte av å reflektere over hva erfaringene og opplevelsene med vold og trusler på arbeidsplassen gjør med dem, og å bevisstgjøre seg egne tanker, følelser og kroppslige reaksjoner. Slike refleksjoner og bevisstgjøringer er viktige for å kunne håndtere og mestre stressreaksjoner, forberede kommende situasjoner og bearbeide opplevde situasjoner.

Selvrefleksivitet er evnen til å se seg selv som subjekt i alle situasjoner, altså en innovervendt prosess hvor man oppdager egne tanker, følelser og reaksjoner i situasjonen (9). Refleksjon som en kontinuerlig prosess kan senke det generelle stressnivået hos den enkelte miljøterapeuten og forebygge psykiske belastninger. Det er svært viktig å ha en åpenhet rundt egne reaksjoner på arbeidsplassen, hvor man kan reflektere og snakke sammen.

«For at kollegaforholdene skal ivaretas, er det viktig å beholde en stabil personalgruppe som kjenner hverandre.»

Et gjennomgående funn i studien er at et godt forhold til kollegaer som sammen håndterer voldelige situasjoner og ivaretar hverandre, er av stor betydning for følelsen av trygghet og trivsel. For at kollegaforholdene skal ivaretas, er det viktig å beholde en stabil personalgruppe som kjenner hverandre, er trygge på hverandre og har erfaring og kompetanse (6).

Psykologspesialist Per Isdal etablerte stiftelsen Alternativ til vold (ATV). Han hevder at mennesker i belastende jobber er avhengige av miljøet de jobber i, og trenger støtte og trygghet fra sine kollegaer. Et trygt og godt kollegamiljø kommer ikke av seg selv (11). Gjennom intervjuene fremkom det at åpenhet og refleksjon i fellesskap med kollegaer bidrar til trygghet og et godt kollegamiljø.

Konklusjon

Det forebyggende arbeidet er viktig

Sykehuset Østfold HF har i sin HMS årsrapport for 2020 vektlagt viktigheten av forebyggende arbeid. I rapporten står det at et positivt psykososialt arbeidsmiljø med høy kompetanse og kollegastøtte er av stor betydning, og at det forebyggende arbeidet bør ha en kunnskapsbasert tilnærming (1).

Det forebyggende arbeidet er viktig for å fremme godt kollegasamarbeid, med trivsel, arbeidsglede og et voksende engasjement for yrket. En forutsetning vil være at personalet har tid og rom for treffpunkter som tillater uforstyrrede samtaler. Dette er en utfordring i pressede og travle arbeidshverdager.

I tillegg til medarbeidernes individuelle og personalgruppens kollektive kompetanse har den enkelte arbeidsplassen tilgang til ressurser som kan bistå i det forebyggende HMS-arbeidet med kartlegging og risikovurderinger, og oppfølging av medarbeidere etter alvorlige hendelser.

I den nevnte HMS årsrapporten fra Sykehuset Østfold kommer det frem at sykehusets prestetjeneste og bedriftshelsetjeneste hver for seg og sammen kan bistå med psykososial støtte og helsehjelp (1).

Videre kan det være nyttig for miljøterapeutene å reflektere over hva erfaringene med og opplevelsene av vold og trusler på arbeidsplassen gjør med dem, bevisstgjøre egne tanker, følelser og kroppsreaksjoner. Dette kan være viktig i situasjoner der man må kunne håndtere og mestre stressreaksjoner, for å forberede kommende situasjoner og for å bearbeide opplevde situasjoner. Systematisk refleksjon over situasjoner med vold og trusler kan bidra til å senke det generelle stressnivået hos den enkelte miljøterapeuten (6).

Gode kollegaer gir trygghet

Det er også viktig å være bevisst på at hver enkelt miljøterapeut påvirker sine omgivelser. Vi påvirker menneskene rundt oss, både pasientene og kollegaene våre. Dermed kan vi også påvirke utfallet av en konfliktfylt situasjon, hvor vår kunnskap og kompetanse om konfliktdepende kommunikasjon, holdninger og fordommer spiller inn.

Her kan kritisk refleksjon og selvrefleksivitet benyttes som gode verktøy. Som profesjonelle yrkesutøvere bør miljøterapeuter benytte kritisk refleksjon til å vurdere hvorfor man handler og kommuniserer på en bestemt måte, og vurdere årsaker og konsekvenser av en handling. Refleksjon er på denne måten en viktig del av kompetanse og kompetanseutvikling, hvor man som kollegaer kan veilede hverandre (6).

«Oppsigelser, sykemeldinger, stort vikarbruk og vanskeligheter med rekruttering vil sette de viktige kollegaforholdene i fare.»

Det er viktig å være åpen om ulike måter å håndtere situasjoner på. Der den ene opplever en situasjon som traumatiserende og voldsom og den andre reagerer mindre på den samme situasjonen, kan det oppstå en avstand i kommunikasjonen i etterkant av hendelsen. Det kan føles vanskelig for den miljøterapeuten som opplevde situasjonen som problematisk, å uttrykke dette.

Miljøterapeutene bør ha rom for å snakke om hendelsene åpent og ærlig og bli møtt med anerkjennelse og forståelse. Studier har vist at det er nyttig med regelmessige samtalegrupper hvor kollegaer kan reflektere sammen og dele erfaringer fra hendelser. Faglig veiledning kan i tillegg bidra til økt bevissthet rundt egne reaksjoner (6).

Informantene tydeliggjorde i stor grad hvor betydningsfulle egne kollegaer er for trygghetsfølelsen på jobb (6). Oppsigelser, sykemeldinger, stort vikarbruk og vanskeligheter med rekruttering vil sette de viktige kollegaforholdene i fare. Derfor vil et forebyggende HMS-arbeid rettet mot et stabilt arbeidsmiljø være viktig.

Å skape et stabilt arbeidsmiljø vil kreve kontinuerlig arbeid for et positivt psykososialt miljø. Med dette menes et miljø hvor man trygt kan åpne seg om sine subjektive reaksjoner, og hvor man møter anerkjennelse, forståelse og støtte. Gode muligheter for felles refleksjoner er et viktig verktøy.

Referanser

1. Sykehuset Østfold HF. HMS årsrapport 2020. Sarpsborg: Sykehuset Østfold; 2020. Tilgjengelig fra: <https://sykehuset-ostfold.no/Documents/HMS%20årsrapport%202020%20for%20SØ.pdf> (nedlastet 27.06.2021).
2. Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62> (nedlastet 22.01.2021).
3. Haavik M, Toven S. Ivaretagelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette? 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2020.
4. Fafo. Vold og trusler – et stort arbeidsmiljøproblem i helse- og sosialsektoren. En kunnskapsoppsummering. Oslo: Fafo; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fafo.no/en/publications/other-fafo-publications/item/vold-og-trusler-et-stort-arbeidsmiljoproblem-i-helse-og-sosialsektoren> (nedlastet 25.01.2021).
5. Arbeidstilsynet. Vold og trusler. Tilgjengelig fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/#Hvordanhandtere vold og trusler?> (nedlastet 27.06.2021).

6. Arnesen SM. På vakt og i beredskap. En kvalitativ studie av miljøterapeuters erfaringer med å bli utsatt for vold og trusler i arbeidshverdagen i psykisk helsevern i spesialisthelsetjeneste [masteroppgave]. Fredrikstad: Høgskolen i Østfold, Master i psykososialt arbeid; 2018.
7. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
8. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
9. Lauvås P, Handal G. Veiledning i praktisk yrkesteori. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
10. Askeland GA. Kritisk refleksjon i sosialt arbeid. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
11. Isdal P. Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2017.

FAGUTVIKLING

Masterkompetanse for sykepleiere er viktig og nødvendig i psykisk helsearbeid

Gjennom masterutdanningen lærer sykepleiere å vurdere forskning og ny kunnskap. Det kan omsettes til konkret handling i det kliniske arbeidet sammen med brukerne.

Mastergradsutdanning

Sykepleierutdanning

Den franske filosofen og idehistorikeren Michel Foucault skriver i *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception* (1) at klinisk medisin helt frem til slutten av det 18. århundret relaterte seg mye mer til helse enn til normalitet.

Søkelyset var på hvilke kroppslige funksjoner pasienten mister til sykdom, som det er medisinfagets oppgave å gjenopprette. 1900-tallsmedisin la større vekt på normalitet, og kroppslige avvik ble evaluert opp mot en standard av hva som var normalt (1).

Medisinfaget startet ikke med en analyse av en ordinær funksjon for deretter å utforske hvor avviket lå, slik at kroppen kunne settes tilbake til en normal tilstand. Utøveren av medisin relaterte seg heller til kvaliteter knyttet til allmenn helse, smidighet og bevegelighet (1).

Ulike kunnskapssyn påvirker våre handlinger

Hva er viktigst: å gjenopprette helsen eller å måle pasienten etter en standard for hva samfunnet anser som normalt? Spørsmålet er essensielt fordi det viser et skifte av kunnskapssyn og hvordan samfunnet ser på helse.

Spørsmålet viser til to ulike kunnskapssyn. Helse i nåtid preges av et sunnhetsideal som det er vanskelig å leve opp til. Det skal lite til for å avvike fra en «normal» standard. Ulike kunnskapssyn bestemmer våre handlinger som profesjonelle fagpersoner.

Epistemologi er den innsikten og de teoriene som styrer det kliniske blikket og avgjør hvordan vi tilnærmer oss pasienten, og hvilken behandling som anses som best mulig praksis.

Det er samspill mellom kropp, erfaring og mening

Sykepleiere arbeider ut fra grunnleggende prinsipper som de tilegner seg i utdanningen. Observasjoner av huden, pusten, søvnen, kostholdet og balansen mellom aktivitet og hvile hos pasienten ligger i ryggmargen til sykepleiere.

Viktigheten av frisk luft, dagslys og kartlegging av motiverende faktorer som bidrar i personens egen bedringsprosess, står i fokus.

Som spesialsykepleier innen psykisk helse- og rusarbeid utvikles kompetansen knyttet til et helhetlig menneskesyn ytterligere med en utvidet forståelse for relasjonsarbeid og kommunikasjon mellom mennesker.

Et viktig bidrag fra denne utdanningen som jeg vil trekke frem, er kunnskapen om hvordan krenkelser i tidlig alder manifesterer seg som helseplager senere i livet, både somatiske og psykiske. Samspillet mellom kropp, erfaring og mening i tilværelsen er til sammen grunnleggende for at det enkelte individ oppnår god helse (2).

Kort sagt er det samspillet mellom kropp, erfaring og en opplevelse av mening i tilværelsen og livet som til sammen gir god helse for det enkelte mennesket. Et eksempel på at samfunnet i dag måler mennesker etter en standard av hva som er normalt, er pakkeforløpene i helsevesenet.

Hvert individ er unikt og har ulike behov også tidsmessig for hvor raskt tilheling skal skje. Disse individuelle behovene er sykepleieren i en særposisjon til å kartlegge på en systematisk måte.

Sykepleieren er nærmest brukeren

Sykepleieren er den som er nærmest brukeren mesteparten av tiden. Det gjelder både i somatikken og i psykisk helsevern. Masterkompetanse hos sykepleiere er ikke bare relevant og anvendbart, men en fremtidig nødvendighet for å sikre høy kvalitet i helsetjenestene.

Kunnskap sprer seg og kommer kollegaer til gode. Diskusjoner i hverdagen er gode arenaer for å utveksle faglig kunnskap. Helhetlig sykepleie er, som Lill Sverresdatter Larsen poengterer, å se hele mennesket med både soma og psyke, kropp og sinn (3).

Jeg vil tilføye at sykepleieren også må se individet med både somatisk sykdom og psykiske plager i kombinasjon i et historisk og helhetlig samfunnsperspektiv. Derfor er det avgjørende for helsevesenet, i et helhetlig perspektiv av og med soma og psyke, at sykepleiere fullfører hele masterutdanningen.

«Masterarbeidet gjør sykepleieren i stand til å se sitt eget yrke med et utenfrablikk og bevisstgjøre seg selv.»

Det siste selvstendige forskningsarbeidet i et masterforløp er den viktigste delen som setter en avgjørende brikke på plass. Masterarbeidet gjør sykepleieren i stand til å se sitt eget yrke med et utenforblikk og bevisstgjøre seg selv.

Sykepleieren vil kunne påvirke kollegaer på det aktuelle arbeidsstedet om hvor viktig det er å tenke kritisk om egen praksis. Arbeidsgivere må vise entusiasme over at sykepleiere bidrar til kunnskapsutvikling i sitt spesifikke arbeidsfelt, en kunnskap som selvfølgelig må lønnes deretter.

Brukernes erfaringer er viktig i behandling

Riksrevisjonen (4) kritiserer psykisk helsevern for å øke og ta i bruk ny kunnskap i behandling i for liten grad. Kunnskapsbasert praksis inkluderer forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov.

Riksrevisjonen (4) understreker at brukernes kunnskap er en viktig del av behandlingen hos mennesker med psykiske lidelser. Brukerne og pårørendes erfaringer skal innhentes på flere nivåer, og denne kunnskapen skal komme til nytte.

Brukermedvirkning og pårørendeinvolvering fremheves i Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester i punkt 3.7 (4). Det demonstrerer at erfaringene til brukerne er viktige i behandlingen og må lyttes til i større grad enn hva som er tilfellet i dag.

Masterkompetanse hos sykepleiere kan brukes til ulike formål, og kompetansen er ikke fastlåst til en bestemt stilling høyere i et arbeidshierarki. Et like, om ikke mer, bruksvennlig område for masterkompetanse er der hvor behovet er størst: nærmest brukeren.

Derfor bør ledere imøtekomme og tilrettelegge for at flere sykepleiere kan fullføre en masterutdanning. Det er en utvikling som alle parter og aller mest brukeren vil tjene på i det lange løp. Søkelyset i sykepleie er å gjenopprette helse og gjøre individet i stand til å mestre sin egen hverdag på en subjektiv og tilfredsstillende måte.

Økt standardisering legger et press på den enkelte fagpersonen, og standardiserte verktøy må brukes med klokskap. En fullført masterutdanning setter sykepleieren i stand til å kritisk vurdere forskning og ny kunnskap, og det skjer i praksisnære omgivelser i det kliniske arbeidet sammen med brukeren.

Et masterprosjekt er en lang prosess

Masterutdanningen fullfører videreutdanningen. Vitenskapsteori, etikk og metode er grunnlaget for selve masterprosjektet. Hva er sann kunnskap, og hvordan kan vi finne det?

De vitenskapelige premissene har ulike kunnskapssyn, og kjennskap til ulike syn gir tilgang til et blikk utenfra på ens egen praksis og yrkesrolle. Det er viktig. Selve gjennomføringen av masterprosjektet, et vitenskapelig arbeid, utføres med høy grad av selvstendighet i nært samarbeid med en kvalifisert veileder eller flere.

«Hva er sann kunnskap, og hvordan kan vi finne det?»

Det er en lang prosess å fullføre et masterprosjekt. Det er kompetanse som bygges gradvis, og hele tiden ligger grunnleggende aspekter fra sykepleierutdanningen i grunn. For min del har denne prosessen tilført et utvidet syn på brukerne i daglig praksis.

Mitt prosjekt omhandler erfaringskompetanse i psykisk helsevern. Jeg har lært mye også om meg selv og fått muligheten til å se mitt eget yrke fra uventede vinkler og i lys av teori som var helt ny for meg i starten av prosjektet.

Det har ført til økt nysgjerrighet på mitt eget fagfelt, som er psykisk helsevern, og hvordan politikk, historie og samfunn former ikke bare praksis, men også menneskers holdninger og reaksjonsmønstre.

Masterkompetanse hos sykepleiere må verdsettes

Den økende diagnostiseringen av menneskelig oppførsel tas opp av den danske psykologen Svend Brinkmann og medforfattere i boken *Det diagnostiserte livet: økende sykeliggjøring i samfunnet* (5). Den britiske sosiologen Nikolas Rose stiller spørsmålet om det faktisk er en moderne epidemi av psykiske lidelser i den vestlige verden (6).

Det er viktig med flere og ulike syn på egen praksis og å kunne sette disse synene inn i en overordnet sammenheng. Like viktig er det å møte motstridende syn på en konstruktiv måte.

Evnen til en kritisk vurdering av kunnskap er noe sykepleiere tilegner seg i det selvstendige masterprosjektet. Denne evnen er kjernen til kvalitet i det daglige kliniske arbeidet, både med kropp og sinn. Samfunnets syn på helse i nåtid aktualiserer Foucaults betraktninger.

Er det viktigst å gjenopprette helse eller å måle brukeren etter en standard av hva som er normalt? Spørsmålet illustrerer hvor viktig det er å være seg bevisst hvilket kunnskapssyn en som sykepleier arbeider etter. For det er alltid et kunnskapssyn bak metodene som anvendes i klinisk sykepleie.

Kunnskapssyn endrer seg, og i denne utviklingen er sykepleiere i en unik posisjon til å påvirke sin egen fagutvikling. Masterkompetanse hos sykepleiere må tilrettelegges og verdsettes som den viktige hverdagskompetansen den er i helsevesenet: Det handler om mennesker med både soma og psyke og at ytre samfunnsmessige faktorer er for viktige til å ignoreres i en faglig sammenheng.

Det handler om det kliniske blikket til sykepleieren og å sette helse i sammenheng med konkrete individer og hvordan helse kan gjenopprettes basert på nyutviklet kunnskap. Men mest av alt handler det om det enkelte individet og muligheten til å få være en aktiv borger i samfunnet gjennom å ha god helse.

Referanser

1. Foucault M. The birth of the clinic: an archaeology of medical perception. London: Routledge Classics; 2003.
2. Kirkengen AL, Næss AB. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
3. Larsen LS. Arbeider vi helhetlig for pasienter med psykiske lidelser? Sykepleien; 2021. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/2021/06/arbeider-vi-helhetlig-pasienter-med-psykiske-lidelser> (nedlastet 23.09.2021).
4. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Oslo: Riksrevisjonen; 2021.
5. Brinkmann S, red. Det diagnostiserte livet: økende sykliggjøring i samfunnet. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.
6. Rose N. Our psychiatric future: the politics of mental health. 1. utg. Cambridge: Polity Press; 2019.