

Tvang innen psykisk helsevern og ettersamtaler

Hvordan oppleves utskrivningssamtalen etter innleggelse på tvungen
psykisk helsevern?

Linn-Kristin Johansen
Merete Liene

Veileder
Tonje Lossius Husum

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved
Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen.
Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de
metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

FORORD

Vi vil gjerne få takke de som har vært våre intervjupersoner, som har gjort denne studien mulig. Vi ønsker å takke for tilliten de har vist oss ved å dele sine erfaringer med oss. Vi er dere evig takknemlig. Ved deres hjelp har vi fått økt innsikt i hvordan møtet med psykisk helsetjeneste kan oppleves.

Vi vil også rette en stor takk til veilederen vår Post Doc Tonje Lossius Husum. Du har oppmuntret oss og kommet med gode innspill og konstruktive tilbakemeldinger hele prosessen. Ikke minst har du hatt troen på oss og prosjektet vårt, det har vært verdifullt.

Sist vil vi takke våre samboere for deres tålmodighet og hjelp underveis. Våre barn har hjulpet oss med å holde fokus og beina trygt plantet på jorden når det har vært som travlest.

En stor takk til dere alle sammen.

Linn-Kristin Johansen
Merete Liene

7.mai 2015
Grimstad

Sammendrag

Bakgrunn: Innenfor feltet psykisk helsevern er det et mål å bruke mindre tvang. Politiske føringer krever mindre tvang og mer brukervedvirkning. Brukervedvirkning er også lovpålagt. Etter at tvang er blitt brukt, kan den psykiske helsetjenesten forsøke å redusere brukerens opplevelse av traume og krenkelse. Implementering av ettersamtale kan være et slikt virkemiddel.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med denne studien er å få en innsikt i hvordan personer som har vært under tvungent psykisk helsevern opplevde utskrivelsessamtalen etter innleggelsen. Vi ønsket å undersøke deres opplevelse av brukervedvirkning under innleggelsen. Problemstillingen: «Hvordan oppleves utskrivingsamtalen etter innleggelse på tvungent psykisk helsevern?».

Metode og utvalg: Det ble valgt et kvalitativt design, med en hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming. En semistrukturert intervjuguide ble benyttet. Våre syv intervju ble gjennomført i perioden november 2014 til januar 2015. Inklusjonskriterium var at intervjupersonen tidligere hadde vært under tvungent psykisk helsevern.

Analysen: I analysen brukte vi Malteruds tekstkondensering i fire trinn. Vi samlet funnene under fire undertema: Utskrivingsamtalen, brukervedvirkning, opplevelsen av tvang og hvorvidt innleggelsen preger livet i etterkant. Vi har drøftet våre funn mot Antonovskys teori om salutogenese og opplevelsen av sammenheng.

Konklusjon: Alle trakk frem gode eller dårlige relasjoner med personalet som avgjørende for opplevelsen av helheten under innleggelsen. Utskrivingsamtalen kunne være nyttig når den var i kontekst preget av brukervedvirkning. Relasjoner til andre var mest betydningsfullt for våre intervjupersoner. Det er behov for mer forskning på feltet, og økt brukervedvirkning med fokus på relasjon og alternativer til tvang må på dagsorden.

Nøkkelord: Utskrivelse, tvang, debriefing, ettersamtale og brukervedvirkning.

Summary

Background: In the field of mental health, it is an important objective to use less coercion. Political guidelines require less coercion and more user involvement. Law require user involvement. After use of coercive interventions, it is also an important goal to reduce the user's experience of trauma and humiliation. Implementation of post-event debriefing after admission may be such an intervention.

Purpose and research question: The purpose of this study is to gain an insight on to how people who experienced coercion in mental health care experienced the discharge conversation. We wanted their unique experience of user involvement during hospitalization. The research question: "How is the discharge conversation perceived after admission to compulsory psychiatric care?"

Method and subjects: It is used a qualitative research design, within a hermeneutical and phenomenological context. A semi-structured interview guide was used. The seven interviews were conducted between November 2014 and January 2015. The inclusion-criteria were that the interviewee had previously been under compulsory mental health care.

Analysis: In the analysis we used Malteruds text condensation in four steps. We have categorized our findings under four subtopics: The discharge conversation, user involvement, and the experience of coercion and whether admission characterizes life afterwards. We then discussed our findings against Antonovskys theory Salutogenesis and experience of coherence.

Conclusion: The value of personal relations stood out in our findings. Everybody pointed at good or bad relations as decisive for how they experienced the admission. The discharge conversation proved useful when user involvement was focused upon thru the admission. Personal interaction with others was found most important. More research on this field is required. User involvement that focuses on personal relations and alternatives to coercion must be put on the agenda.

Keywords: Discharge, coercion, debriefing, post-event debriefing and user involvement.

Innhold

Del 1: Sammenbinding

Del 2: Artikkelen

Vedlegg

Del 1:

Sammenbinding

Linn-Kristin Johansen

Merete Liene

Universitetet i Grimstad

Vår 2015

Antall ord: 7511

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 <i>Vår bakgrunn og årsak til valgt tema</i>	1
1.2 <i>Brukermedvirkning</i>	2
1.3 <i>Problemstilling og forskningsspørsmål</i>	2
1.4 <i>Begrepsavklaring</i>	3
2.0 Tidligere forskning	4
2.1 <i>Internasjonal forskning</i>	4
2.2 <i>Norsk forskning</i>	5
3.0 Teoretisk Forankring	6
3.1 <i>Salutogenese- opplevelsen av sammenheng</i>	7
3.2 <i>Brukermedvirkning</i>	7
4.0 Metode	8
4.1 <i>Rekruttering</i>	8
4.2 <i>Datainnsamling</i>	9
4.3 <i>Gyldighet og validitet</i>	9
4.4 <i>Analyse metode</i>	9
5.0 Ethiske vurderinger	10
5.1 <i>Anonymitet og informert samtykke</i>	10
5.2 <i>Egne roller i studien</i>	11
6.0 Funn	11
6.1 <i>Utvalg</i>	11
6.2 <i>Opplevelsen av utskrivningssamtalen</i>	12
6.3 <i>Opplevelsen av brukermedvirkning</i>	13
6.4 <i>Opplevelsen av tvang</i>	14
6.5 <i>Hvor mye har innleggelsen preget livet til informantene?</i>	15
7.0 Diskusjon	15
7.1 <i>Opplevelsen av utskrivningssamtalen</i>	15
7.2 <i>Opplevelsen av brukermedvirkning</i>	17
7.3 <i>Opplevelsen av tvang</i>	18
7.4 <i>Hvor mye har innleggelsen preget livet til informantene?</i>	19
8.0 Avslutning	20
Referanseliste	21

Del 2 Artikkelen

Vedlegg I	Informasjonsskjema
Vedlegg II	Samtykkeskjema
Vedlegg III	Intervjuguide
Vedlegg IV	Svar fra REK
Vedlegg V	Svar fra NSD
Vedlegg VI	Svar fra FEK

1.0 Innledning

Det er et stadig økende fokus på å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern. Brukermedvirkning er ikke bare ønskelig fra politisk hold, men også lovpålagt (Pasientrettighetsloven, 2011). Det er utfordrende og motsetningsfylt å balansere tvungent psykisk helsevern og samtidig ønske brukermedvirkning. For at den enkelte skal kunne leve et selvstendig liv må psykisk helsearbeid bestå av konkrete tiltak som legger til rette for det (Bøe og Thomassen, 2007). Utskrivningsprosessen bør sikre at brukerne får mulighet til å drøfte sin behandling om de ønsker det, og ha en ettersamtale som kan fungere som en debriefing ved systematisk bruk av ettersamtale etter bruk av tvang (Husum og Norvoll, 2014). Lov om ettersamtale er lovpålagt i Danmark, men ikke i Norge (Smith, 2006). Pasientens opplevelser bør være i fokus, i tråd med demokratiske og likeverdige prosesser innen helsetjenesten.

Som en del av master i psykisk helsearbeid skriver vi masteroppgaven sammen. Vi ønsket å fordype oss innenfor teamet bruk av tvang og brukermedvirkning innen psykisk helsevern. For å undersøke bruken av utskrivelsessamtaler og brukermedvirkning i forbindelse med bruk av tvang innen psykisk helsevern, har vi intervjuet mennesker som har erfart å være tvangsinnlagt. Vi vil forsøke å belyse deres opplevelse av utskrivningssamtalen, og opplevelse av denne. Vi tenker at en ettersamtale vil være en naturlig del av en innleggelse i tvungent psykisk helsevern.

1.1 Vår bakgrunn og årsak til valgt tema

Som sykepleiere over flere år i akuttpost, har vi erfaring med at negative opplevelser hos brukeren ikke alltid får den plassen det trenger. Dette er det mange årsaker til. Mens noen pasienter ikke ønsker å forlate avdelingen og har tid til mange gode samtaler, har andre pasienter ønske om å forlate avdelingen fortrest mulig. Det kan tenkes at de som vil raskest ut er de som har mest behov for samtale.

I Helsetilsynets (2014) rapport pekes det på at brukermedvirkning er et sentralt tema i opptrappingsplanen for psykisk helse, men evaluering viser at man ikke er i mål. For å nå målene man setter innenfor psykisk helsevern, må man ha brukermedvirkning.

Brukermedvirkning har en egenverdi, men er også hjemlet i pasientrettighetsloven, alle brukere har retten til å medvirke. Brukermedvirkningen er viktig for å kvalitetssikre tjenestene, og har samtidig en terapeutisk verdi på individnivå. På individnivå vil individuell

plan være et verktøy for å oppnå dette (Lidal & Krøhne, 2006). Opptrappingsplanen ønsker å sikre god brukermedvirkning på alle nivå (Prop. nr. 63 (1999-2008), 2009). Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en strategi for kvalitetsforbedring av sosial og helsetjenesten og her inngår brukermedvirkning som en viktig del, hvor det å involvere brukerne i prosessen vil være avgjørende (Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006).

1.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som ikke kan velges bort av tjenesteapparatet, og gir brukeren rett til å være med på å utforme tilbudet sitt. Brukere skal kunne være med å utforme tjenestene de berøres av, slik at man ikke blir en passiv mottaker av hjelp men en aktør som er aktiv i eget liv (Myhra, 2012).

Husum & Norvoll (2014) peker på at brukere kan ha større behov for ettersamtaler etter bruk av tvang enn det som gjennomføres. Sett ut fra et traumeperspektiv er tanken bak kriseterapi, at dette skal ha en forebyggende effekt mot fremtidige kriser som følge av eventuelle krenkelser som tvangsbruken kan ha gitt (Cullberg & Hambro, 1981). En annen tanke er at man gjennom å få informasjon om hvorfor tvang ble brukt, kan føre til at man kan fremme læring i organisasjonen og forebygge nye episoder med bruk av tvang. Man søker å debrife med pasienten og kunne hente kunnskap ut av situasjonen. Noen brukere ønsker at ettersamtalen handler om hele innleggelsessituasjonen, slik at man kan få oversikt over det som har skjedd (Husum & Norvoll, 2014).

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

I samråd med veileder kom vi frem til følgende problemstilling som vi ønsker å finne svar på:

Hvordan oppleves utskrivningssamtalen etter innleggelse på tvungent psykisk helsevern?

Delproblemstilling

- Ble brukers behov møtt i utskrivningssamtalen?
- Var det rom for å ta opp ting som følte vanskelig?
- Ble bruken av tvang problematisert i utskrivningssamtalen?
- Opplevde de samtalen som meningsfull?

Vårt utgangspunkt er en grunnleggende tanke om at de fleste som er innlagt på tvungent psykisk helsevern vil ha behov for en ettersamtale.

1.4 Begrepsavklaring

Ettersamtale

Målet vårt da vi startet på masteroppgaven var at utskrivningssamtaler skulle gjøres på en god måte for brukeren. Det skulle være mulighet for at pasienten skal få tid og rom til å ta opp det han ønsker. Vi har vært en del av et team som har jobbet med å utarbeide et ettersamtaleskjema ved psykiatrisk avdeling Sørlandet sykehus Arendal. I tråd med den danske praksisen ønsket vi at skjema for ettersamtale ble tatt i bruk ved Sørlandet sykehus. I 2012 tok seksjonsoverlegen initiativ til utarbeidelse og bruk av ettersamtalskjemaet, og mai 2014 kom det inn i prosedyresjekklisten i klinikk for psykisk helse. Det har så langt vært uklart hvem som skal gjennomføre samtalene. I Danmarks sin rettsinformasjon står det dette: *”En eftersamtale skal gjennomføres af en kvalificeret sundhedsperson på den afdeling, hvor tvangsforanstaltningen har fundet sted” (Smith, 2006).*

Utskrivningssamtale kan beskrives slik:

En samtale brukere har sammen med behandler før utskrivelse eller overføring til annen post.

Debrifing defineres som:

Debrifing, begrep i krise- og katastrofepsykiatri for samtale om et hendelsesforløp. Den finner sted inntil to dager etter at en dramatisk hendelse eller redningsinnsats er over. Debrifing har til hensikt å skape et følelsesmessig klima som tillater at hendelsen eller innsatsen bearbeides fornuftsmessig og følelsesmessig (Malt, 2014).

Bruker

Bruker defineres av helsedirektoratet som en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. Brukeren er en person som nyttiggjør seg tjenester eller har behov innen psykisk helsefeltet. Brukermedvirkning skal omfatte både brukere og pårørende (Myhra, 2012).

Brukermedvirkning

Med brukermedvirkning menes at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får rett til å medvirke på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker (Pasientrettighetsloven, 2011).

2.0 Tidligere forskning

Vi har foretatt søk i relevante databaser som SveMed, PubMed, EbscoHost & Oria og søkeordene som ble brukt var blant annet: Ettersamtale, utskrivningssamtale, debriefing, psychiatric + debriefing, coercion, samtaler etter bruk av tvang, traumatic OR harmful experience + psychiatric. Vi vil her presentere det vi har funnet som hadde relevans for vår oppgave.

2.1 Internasjonal forskning

Vi har funnet lite forskning, og lite kvalitativ forskning på dette temaet. Dette understreker hvor viktig det er med mer forskning på dette området.

Huckshorn, (2004) og (2006) skriver om debriefing som et ledd i tertiærforebygging.

Huckshorn som har forsket på ulike typer forebygging innen psykisk helsetjeneste har kommet med en inndeling hvor hun deler forebygging inn i tre dimensjoner.

- Primærforebygging: Utvikle et behandlingsmiljø som er konfliktforebyggende. Tidlig risikovurdering.
- Sekundærforebygging: Tidlig intervensjon for å forebygge og håndtere aggresjon; TMA (terapeutisk mestring av aggresjon).
- Tertiærforebygging: Lindre skade etter hendelser. Umiddelbar samling for å lindre skade og gjenopprette miljøet før hendelsen. Debriefing der bruker skal være med (Huckshorn, 2004, 2006).

Det er også gjennomført en dansk-norsk kvantitativ studie som beskriver hvordan systematisk gjennomgang av tvangshendelser i personalgruppen bidrar forebyggende til reduksjon av tvangsmiddelbruk. De mente også at dette må forskes mer på (Bak, Zoffmann, Sestoft, Almvik, & Brandt-Christensen, 2014).

En annen dansk kvantitativ studie har undersøkt traumatiske opplevelser hos pasienter inneliggende på en psykiatrisk sykehusavdeling. Deres funn er at de traumatiske opplevelsene opplevd innenfor psykisk helsevern må få økt oppmerksomhet fra offentlig sektor. At de må være ekstra følsomme for spørsmål knyttet til traumer i det psykiske behandlingsapparatet og at det sikres omsorg som er trygg, verdig og human. De skriver også om behovet for debrifing etter traumatiske opplevelser (Frueh et al., 2005).

Videre har Sutton (2014) fra New Zealandsk skrevet en artikkel om debrifing etter skjerming/isolasjon og tvang. Den konkluderer med at det å gi debrifing spiller en viktig rolle i å gi psykologisk hjelp til de som trenger det, brukere, personal og hele organisasjoner. De mener at funksjonene til debrifing er å redusere krisen og at brukeren kan få tilbake håpet, tilliten og tanken om et felles ansvar fordelt mellom behandlere og brukere.

2.2 Norsk forskning

I Norge har det vært forsket lite på bruk av tvang. Internasjonal forskning på tvang kan være vanskelig å sammenligne direkte med norske forhold, grunnet at de psykiske helsetjenestene i ulike land er så forskjellig organisert og dimensjonert. I tillegg har man ulike lovverk når det gjelder bruk av tvang i de forskjellige land. Det er også ulik praksis og holdninger til bruk av tvang, måter å skjerme brukerne på og hvordan man håndterer uro og agitasjon. Alt dette er med på å komplisere sammenligning av studier på tvers av landegrenser (Tvangsforsk, 2014). I tillegg til de nevnte databasene, hvor vi i hovedsak fant utenlandsk litteratur, har vi søkt i følgende databaser for å bedre fange opp norske studier. Vi har brukt søkebasen Oria, som er en fellesbase som søker i alle baser som Universitetet i Agder har tilgang til. Ved søk i databaser i Norge har vi valgt å holde oss til nyere forskning om temaet, fra 2000 og frem til i dag. Både for å begrense oss for å få oversikt, og for å ta hensyn til at psykisk helsevern er et felt i stadig endring. Vi tenker at psykisk helsevern for tyve år siden ikke lenger er representativt for tjenestene i dag. Opplevelsene til informantene våre er fra år 2000 og frem.

Forskningen vi har funnet som ligner mest på vår studie i Norge gjøres av Unn Elisabeth Hammervold (2014). Hun skriver en phd på ”samtaler etter bruk av mekaniske tvangsmidler og holding”. Hennes pågående forskning fokuserer på betydningen av systematiske ettersamtaler mellom bruker og personal etter anvendelse av mekaniske tvangsmidler og holding. Dette er et pågående phd arbeid, og det er ikke publisert noen resultater fra denne

studien enda. At det er et pågående phd arbeid på problemstillingen, understreker temaets aktualitet. Videre forskes det om brukernes og personalets erfaringer bidrar til kunnskap som igjen bidrar til endring i praksis (Hammervold, 2014).

Husum & Norvoll (2014) har skrevet et hefte med gjennomgang av litteratur som viser til alternativer til tvang. Dette heftet tar opp behovet for ettersamtale som en metode for å tilstrebe å minske pasienters opplevelse av krenkelse. Intensjonen med ettersamtalene er å finne ut av hva som skjedde, samt forebygge nye episoder. Dette kan føre til at sykehuset endrer nåværende retningslinjer og praksisordninger. Debrifing etter tvangshendelser bør inkludere organisatoriske forhold og bidra til endringer i institusjonen for kvalitetssikring. Vi foreslår også som Husum og Norvoll (2014), at ettersamtalen ikke bare omhandler tvang, men også evaluerer innleggelsen i et forsøk på å få oversikt og informasjon om innleggelsen.

Det er også forsket på tidlig-intervensjon ved alvorlige psykiatriske lidelser. Funnene i denne undersøkelsen tyder på at ved å identifisere forvarslar på vold og utagering, kan man forebygge bruk av tvang (Eidhammer, 2013).

Vider er det gjennomført en kvantitativ studie om skjerming og bruk av tvang, ved en psykiatrisk sykehusavdeling ved Universitetssykehuset i Tromsø. Funnene i denne studien er at for at personalet skal føle seg trygge, må de ha kunnskap om alternativer til tvang. Studien peker også på viktigheten av å undervise personalet i hvilke konsekvenser av skjerming og tvang fører til for dem som opplever det (Wynn, 2004).

3.0 Teoretisk Forankring

Vi har valgt salutogenese og brukervedvirkning som teoretisk rammeverk fordi vi tenker at teoriene utfyller hverandre og er svært aktuelle innenfor psykisk helsevernfeltet. Teori menes å bidra til å gi en dypere forståelse for eventuelle funn i oppgaven. Antonovskys teori om salutogenese løfter frem mestring og helse i det enkelte menneskes liv (Antonovsky, 2012). Vi har tilstrebet å ivareta brukervedvirkning mens vi forsker, og øke fokuset til ansatte, på brukervedvirkning, innenfor det psykiske helsevern. Vi forsøker også å belyse empowerment/bemyndigelse for å vise at det er nyttig med innflytelse.

3.1 Salutogenese- opplevelsen av sammenheng

Som teoretisk overordnet innfallsvinkel ønsker vi å bruke Antonoskys teori om salutogenese. Antonovsky presenterer et syn på helse som han mener er komplementært til det tradisjonelle, patogeniske synet på helse. Den salutogene modellen står for en helhetlig tankegang i forhold til helse (Antonovsky, 2012, s.27).

Antonovsky har som utgangspunkt at helse forstås ut fra et kontinuum og ikke en dikotomi (syk/frisk tenking). Alle mennesker vil hele livet befinne seg et eller annet sted på dette kontinuumet som enkelt sagt spenner fra meget god helse til veldig dårlig helse. Salutogenese handler om å finne ut hvor på kontinuumet hver enkelt person befinner seg og rette oppmerksomheten mot faktorer som ser ut å fremme bevegelse i retning av god helse. Salutogenese søker å vektlegge mestringsressurser. Det blir da viktig å møte mennesker fra et livsperspektiv fremfor å fokusere på diagnose.

Et salutogent perspektiv utfordrer oss til å jobbe for mestring. På bakgrunn av dette har han utviklet begrepet ”opplevelse av sammenheng”, som kjernen i svaret på det salutogene spørsmålet (Antonovsky, 2012, s. 36).

OAS – Opplevelsen Av Sammenheng kan defineres slik:

”Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i” (Antonovsky, s 41, 2012).

3.2 Brukermedvirkning

Noen av begrunnelsene for bruk av ettersamtaler er å forebygge at det brukes tvang igjen ved en senere anledning, samt å forebygge traumatisering. Studier gjort i ettertid av tvangsbruk tyder på at man kan forebygge videre tvang gjennom å analysere episoder som har hendt (Husum & Norvoll, 2014). Helsepersonell skal ivareta brukeren på en verdig og respektfull måte. Man skal sikre brukeren brukermedvirkning, gjennom en stemme i beslutningsprosesser og informere om rettigheter og behandlingsmuligheter (Storm, Rennesund, Jensen, & Mikkelsen, 2009). Myhra (2012) peker på at samhandlingsreformen krever omstilling fra helse Norge. Reformen skal gi helsetjenesten en ny retning, med vekt på forebygging. Innsatsen skal settes inn tidlig. Helsetjenestens ulike ledd skal jobbe sammen, og man ønsker

tjenestene nærmere der folk bor. Ved å samle spesialiserte fagmiljøer ønsker man en sterkere brukermedvirkning til pasientenes beste (St. Meld. nr. 47, 2008-2009).

Velferdsstaten og rettsstaten er tuftet på verdier som autonomi, deltakelse og medbestemmelsesrett. Ved å gi brukerne deltakelsesrett i beslutningsprosesser, utforming og gjennomføring; forsøker man å sikre brukermedvirkning. På individnivå har den enkelte fått muligheten til å foreta valg som angår egen helsehjelp og situasjon, og på systemnivå har man rett til å utøve innflytelse på utformingen av helsetjenester som en helhet. Empowerment betraktes som en grunnleggende verdi når målet er å fremme helse. Brukermedvirkning er et viktig og absolutt nødvendig skritt for å bli ”empowered”. Når brukeres egenkunnskap og erfaringer verdsettes, kan man gjøre brukeren mer aktiv i egen behandling. Sett fra et rettferdighetsprinsipp har brukere som er innlagt i institusjoner innen psykisk helse fått lovfestet rett til å delta i utforming av egen behandling (Storm, et al., 2009).

Huckshorn (2006) mener at å ha en debrifing vil være et trinnvis verktøy til å analysere en kritisk hendelse, undersøke hva som har skjedd, og legge til rette for forbedre utfallet om det gjentar seg. Det foreligger endel forskning på debrifing etter traumatiske hendelser, men mennesker med psykiske lidelser ekskluderes ofte fra kliniske studier av traumerelaterte tiltak, for å begrense virkningen av konfunderende faktorer på utfallet (Sutton, Webster, & Wilson, 2014).

4.0 Metode

Intervjuerne har arbeidet ved en psykiatrisk akuttpost på sykehus, og har på den måten tilegnet seg mye kunnskap om tema og feltet. Det er en fordel at intervjuere har gode kunnskaper om emnet, da man selv fungerer som forskningsinstrument (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009).

4.1 Rekruttering

Rekrutteringen av informanter ble forsøkt ved annonsering på ulike brukerfora, som «Mental helse» i flere byer og på nett. Plakater ble hengt opp på både Campus Grimstad og Kristiansand ved Universitetet i Agder. Vi benyttet oss også av nøkkelpersoner som jobber ved Sørlandets sykehus og forskjellige brukerstyrte foreninger. Når man benytter seg av andre ressurspersoner, slik som bekjentskap, interesseorgan og pasientforeninger, må disse være godt informert om prosjektet og kunne informere om hva det vil si å stille opp som

intervjuperson (Dalland, 2012). Det var et bevisst valg å ikke rekruttere gjennom eget arbeidssted eller brukere vi kjente til fra arbeidssituasjon, for å unngå etiske utfordringer i forhold til dette. Informantene ble rekruttert etter sykehusinnleggelse og hadde ikke brukerstatus. Dette har gjort det lettere å få etisk godkjenning til prosjektet. For å sikre oss at ingen skulle føle seg presset til å delta i studien ønsket vi intervjupersoner som kontaktet oss for intervju.

4.2 Datainnsamling

I denne studien benyttet vi kvalitativ metode. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide, med ferdig oppsatte spørsmål i forhold til tema vi ønsket utdypende informasjon om. Underveis i prosessen ble noen av spørsmålene endret litt, da vi så behov for mer åpne spørsmål. Lokasjon for intervjuene ble valgt ut ifra bostedet til informantene. I flertallet ble det benyttet rom hvor kun informanten og intervjuerne var tilstede. Vi ønsket nøytrale møteplasser som innbød til samtale. Ved et tilfelle var det ikke mulig, og vi møttes på cafe. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker. På den måten kan man lettere konsentrere seg om dynamikken i intervjuet, ha hendene frie og kunne ha øyekontakt med intervjupersonen (Kvale, 2009). Vi gjorde intervjuene sammen. Transkribering gjorde vi hver for oss, halvparten hver. I etterkant ble alle transkriberte intervjuer gjennomgått sammen for en helhetlig forståelse.

4.3 Gyldighet og validitet

Malterud (2013) henviser til at å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet – hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser. Valideringen skal klargjøre mulighetene og begrensningene ved den spesifikke versjonen vi har samlet oss om. Metoden vi har brukt skal gi oss troverdig kunnskap, det betyr at det kravene til *validitet* og reliabilitet må være oppfylt. Validitet står for relevans og gyldighet. Det som undersøkes må ha relevans og gyldighet for problemet (Dalland, 2012).

4.4 Analyse metode

Malterud (2011) skriver at analysen er broen mellom data og resultater. Analysemetoden som ble brukt var systematisk tekstkondensering i fire trinn. Fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi (1985) og modifisert av Malterud (2003). I følge Giorgi er målet med fenomenologisk analyse å få innsikt i informantens livsverden og erfaringene innenfor et bestemt felt, psykisk helsearbeid i vårt tilfelle.

Det ble gjennomført syv intervjuer og disse dannet datagrunnlaget for analysen. De ble så analysert i fire trinn. Malterud beskriver disse ulike stegene slik:

1. Første trinn er å danne seg et helhetsinntrykk
2. Deretter identifiseres meningsbærende enheter i teksten
3. Tredje fase innebærer å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enheter
4. Tilslutt å sammenfatte betydningen av dette.

(Malterud, 2011).

Denne analysemetoden vil kunne utvikle nye beskrivelser og begreper. Kvale (2009) tar til orde for at vi søker å forstå verden ut ifra informantenes sted.

5.0 Etiske vurderinger

Gjennom hele prosessen har fokuset vært på etiske overveielser, som konfidensialitet, personvern og likeverd. Studien ble sendt til Regionale Etiske Komité, REK. Studien var et kvalitetsforbedrings prosjekt det ikke trengtes å søke for. Fakultetets Etiske Komité, FEK godkjente på bakgrunn av svar fra REK. Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD) (Prosjektnummer 39033).

5.1 Anonymitet og informert samtykke

Intervjupersonene ble i forkant av intervjuene informert muntlig og skriftlig og informert samtykke ble innhentet. Informantene ble informert om prosjektets formål og om hovedtrekkene i metoden (se vedlegg I og II). De fikk informasjon om anonymitet. For å verne om informantenes anonymitet har man under transkriberingen fjernet dialekter, sted og stedsnavn som kan føre til avsløring av informantens identitet, dette ble gjort for ytterligere sikre informantene deres anonymitet. Alle blir referert til som *han*. Informert samtykke innebærer at deltakelsen er frivillig, samt at informanten har rett til å trekke seg fra undersøkelsen når som helst, uten videre forklaring (Kvale, 2009). Informasjonen er konfidensiell og etter transkriberingen er lydfiler og navn slettet.

5.2 Egne roller i studien

Vi har vært bevisst at en kvalitativ undersøkelse byr på utfordringer i forhold til fortolkning av informasjonen vi får. Egne fordommer, erfaringer og referanserammer kan påvirke hvordan vi fremskaffer og tolker informasjonen. Intervjupersonene vil også være fortolkende i forhold til informasjon han gir (Etikk Komiteene, 2010). Bevissthet rundt disse utfordringene har forhåpentligvis ført til minimale fortolkninger, og at mest mulig av det opprinnelige budskapet er bevart. Vi ønsket å opptre respektfullt overfor intervjupersonene. Undrende, nysgjerrig væremåte, ydmyk og ikke-vitende holdning var stikkord vi ønsket å ta med oss ut i forskningsfeltet. Slik ønsket vi å oppnå en god allianse med informantene, for å få oppriktige tilbakemeldinger til å belyse vår problemstilling. Vi tenker at det er en kvalitetssikring av analysene at det er to som har gjennomført dem og drøftet resultatene sammen.

Malterud (2003) peker på viktigheten av å være bevisst hvordan forskeren påvirker prosjektet. Ved å identifisere sin rolle som forsker, og være bevisst hvilke forforståelse og fordommer man har med seg er det lettere å være bevisst på hvordan man påvirker studien.

Det at vi er sykepleiere og har fordypet oss i psykisk helsearbeid er med på å forme oss som forskere. Vi har vært bevisst på hvilke meninger og fordommer vi har med oss inn i studien, og har reflektert underveis om hvordan dette påvirker helheten. Studien vår har lært oss viktigheten av et helhetlig menneskesyn. Videre har vi vært bevisst på at vår kjennskap til feltet og tidligere arbeidserfaring kunne føre til at vi kjente til intervjupersoner fra før. Derfor ønsket vi intervjupersonene i fra flere fylker. Vi ønsket møter med blanke ark, hvor vi kunne ha rollene som elever og forskere, uten at intervjupersonen hadde noe forhold til oss i andre roller, som sykepleiere. Dette for å sikre at eventuelle funn ikke ville bli farget av en lojalitet til oss, for å sikre at vi ikke satte intervjupersonene i en vanskelig situasjon.

6.0 Funn

Innenfor hovedtemaene var funnene våre preget av betydningen av relasjoner under innleggelsene. Alle trakk frem gode eller dårlige relasjoner som betydningsfulle for opplevelsen av helheten under innleggelsen. Utskrivingsamtalen kunne være nyttig når den var i kontekst preget av brukermedvirkning. Vi presenterer utvalget før funnene.

6.1 Utvalg

Utvalget av intervjupersoner bestod av syv informanter, hvorav fire av dem var kvinner og tre menn. Inklusjonskriteriene var personer over 18 som hadde vært innlagt på tvungent psykisk

helsevern. Intervjupersonene skulle ikke ha pasientstatus på intervjutidspunktet. Det var et ønske med så tilfeldig utvalg som mulig, og diagnose var ikke relevant for problemstillingen. Intervjupersonene var i alderen 20 til 70 år, var geografisk fordelt på tre fylker og hadde sine siste innleggelser fra to måneder siden til 15 år tilbake. Rekrutteringen av intervjupersoner var vanskeligere enn forventet, og vi har gjort oss tanker om dette kan skyldes tabu rundt psykiske lidelser. Dette kan henge sammen med at det er forbundet med skam og tabubelagt å snakke om at man har vært tvangsinnlagt. Vi tenker at det er et funn at ikke flere ønsket å snakke med oss om dette. Noen vil kanskje også så fort som mulig legge erfaringen bak seg.

I dette kapitlet vil funnene bli beskrevet. Ut i fra analysen fant vi fire hovedtemaer.

- Opplevelsen av utskrivningssamtalen
- Opplevelsen av brukermedvirkning
- Opplevelsen av tvang
- Hvor mye har innleggelsen preget livet til informantene

6.2 Opplevelsen av utskrivningssamtalen

Seks av intervjupersonene hadde i løpet av innleggelsen opplevd å ha en utskrivningssamtale før utskrivelse fra avdeling. Én informant hadde ikke hatt utskrivningssamtale fra akuttavdeling, men hadde følt seg ivaretatt når han kom på avdeling. Flere av intervjupersonene forteller at de hadde stort behov for å prate om sine opplevelser i utskrivningsprosessen. Det varierte om de følte at det var tid og rom for å ta opp det de selv måtte ønske. En forteller at det ikke var så mye å ta opp i selve utskrivningssamtalen, fordi han hadde opplevd gjennom hele innleggelsen å få muligheten til å fortløpende ta opp det som opptok ham. *”De spurte veldig ofte gjennom hele innleggelsen egentlig, hvordan jeg opplevde det”*.

En annen forteller at han gikk i surr i hvilke leger som har gjort utskrivningssamtalene. Samtidig forteller han at opplevelsen av samtalene varierer, etter hvilken lege og avdeling han er innlagt på. *”Jeg bryr meg ikke så mye om legene, jeg er mer opptatt av pleierne, de er sammen med meg mye mer”*. Enkelte forteller om vonde opplevelser i forbindelse med utskrivningssamtalen, hvor de føler seg i mindretall fordi enheten møter mannsterke opp, og pasienten blir sittende alene. Han beskriver hvordan dette er med på å gjøre at en føler seg sårbar og liten, og man føler at det ikke er noen vits. *”Det var så mange fagfolk som satt i det rommet med meg alene liksom. Det var et sterilt rom, med seks - syv fagfolk”*.

Flere peker på at det hadde vært en fordel om man hadde hatt færre personer å forholde seg til, at man ikke måtte dele historien sin med så mange nye hele tiden. Andre forteller at når man har vært innlagt på tvang så ønsker man å være samarbeidsvillig og svare det legene ønsker, fordi man er redd for å ikke komme ut. En forteller at han forsøker å snakke minst mulig fordi han bare ønsker å komme ut. Han ønsker ikke å ta opp problemstillinger eller vanskelige ting, fordi han da frykter å bli oppfattet som vanskelig og ikke frisk nok. «*Man vil bare ut av den døra*». Halvparten av intervjupersonene føler seg sett, forstått og lyttet til i forbindelse med utskrivningssamtalene. De opplever at samtalene er preget av god tid, og samtalene hadde som regel varighet på rundt en time.

6.3 Opplevelsen av brukermedvirkning

En av intervjupersonene forteller om et svært godt samarbeid med kommunen, hvor han har individuell plan for hvordan han ønsker at ting skal skje dersom han oppleves så dårlig at innleggelse blir aktuelt. Dette mener han fungerer svært godt, og det kan avlaste familien i en sårbar situasjon. Etter mange innleggelser er han godt kjent i avdelingen og opplever at personalet kjenner ham, og det medvirker til at han blir roligere og tryggere. Han forteller om en gjensidig tillit i møte med hjelpeapparatet og opplever å ha god medvirkning i sin behandling. *”De kjenner meg, og jeg blir rolig, og da blir de også roligere”*. En opplever å ha fått mer brukermedvirkning i takt med hans økende kunnskap om rettigheter. Han sier at det er lettere å kommunisere med legene nå. *”Kunnskap har mye å si. Det at jeg har kunnskap om sykdommen min i tillegg til at jeg kan fagspråket påvirker brukermedvirkningen min mye, for de er jo usikre på hva jeg vet av rettigheter”*. Flere opplever frustrasjon over stor turnover og rulling i systemet, og at dette er med på å gjøre innleggelsen ustabil. Endel gir opp å forsøke å kommunisere. *”Skal jeg legge ut hele historien for hele verden liksom?”* Enkelte peker på behov for bedre ettervern. Man opplever å bli fort skrevet ut igjen etter akuttinnleggelse, og brukerne opplever å ikke stå bedre rustet etter utskrivelsen. *”Å bygge selvtillit, det er jo det som trengs, det som virker på lang sikt det fant jeg ikke i statsapparatet”*. Flere problematiserer at det ved innleggelsen deres ble benyttet uniformert politi, og at dette kan oppleves både skremmende og krenkende.

Tilgjengelig personal er viktig for flere av intervjupersonene. Det oppleves vanskelig når man ikke opplever seg sett. *”Det er hele tiden jeg som må kontakte de, og det er ikke så lett synes jeg, når de sitter og ser på tv ute i stua”*. Opplevelsen av å bli møtt med respekt og forståelse var viktig for intervjupersonene. Personalet kunne bli opplevd som den faktoren som holdt en oppe. Å bli møtt på en ydmyk måte innbød til tillit. *”Det var noen personal jeg hadde god*

kjemi med, som betydde enormt mye for meg”, og ”noen mistet jeg all tillitt til. Jeg fikk bare piggene ut og sa at jeg ikke var interessert i å høre”. Det å få en diagnose i psykisk helsevern kan medføre at man blir sett annerledes på av andre, og at man blir objektivert.

Tvangsmedisinering kompliserer forholdet mellom bruker, personal og behandler. Brukerne opplever at plager med bivirkninger ikke ble hørt, og førte til en fastlåst situasjon hvor han følte at han kjempet for sitt liv. Først når han fikk bytte medisin følte han trygghet nok til å søke hjelp når han behøvde det. Han forteller at denne kampen som følte håpløs førte til en opplevelse av maktesløshet og desperasjon som igjen gjorde at han ønsket å ta sitt eget liv. Han fikk også et dårlig forhold til familien sin, som han følte støttet legenes syn og ikke hans. *”For meg så har det vært tortur, som de bare fortsatte med. De hørte aldri!”*

6.4 Opplevelsen av tvang

Intervjupersonene har delte opplevelser etter å ha vært innlagt på tvang. En trekker spesielt frem at trygge omgivelser i avdelingene er viktig for ham. Dersom man dekket bordet med duk og servise, og man kunne spise sammen med personalet, var det med på å dempe angst og paranoiaen hans. De små detaljene betød veldig mye for ham. Det at personalet tok seg bry med å gjøre litt ekstra ut av måltidene, gav ham en følelse av egenverd. *” Hvis du tar deg tid til å lage et ordentlig smørbrød, betyr det at du er en sann person som bryr deg”*. En forteller at det å være innlagt på tvang opplevdes som å være i et fengsel, hvor all frihet var tatt fra ham. Det blir opplevd som en krig, hvor han kjempet mot overmakten. Når samarbeidet blir for dårlig blir det brukt politi. Bruken av tvangsmedisinering øker den dårlige opplevelsen. *”Du vet kommer den sprøyta etter deg som en er livredd for, så blir det jo atomkrig i hodet”*. Flere trekker frem møtet med personal som avgjørende for hvordan oppholdet blir opplevd. Enkelt personer som evner å skape gode møter, hvor man opplever å føle seg møtt, oppleves som trygt. Initiativ til aktiviteter som kan avlede trekkes frem som positivt.

”Jeg hadde ikke sovet på lenge, da var det ei som satt ved senga mi og strøk meg over håret til jeg sovnet, hun satt der hele natta. Det husker jeg veldig godt”.

Andre trekker frem at det oppleves som tryggere å være innlagt på tvang, da de opplevde at personalet sjekket oftere til dem og var mer tilgjengelige. Flere trekker frem at det hadde vært lettere å be om hjelp tidligere dersom det hadde vært elektiv innleggelse. At man hadde mer brukervedvirkning og kunne ta kontakt om man begynte å føle seg dårligere, uten å måtte være redd for å bli lagt inn på tvangsparagraf. Flere forteller at de opplever det som

problemfylt og vondt å bli innlagt på tvang. En forteller at det oppleves vanskelig å ikke vite hvor lenge man kan forvente å være innlagt.

6.5 Hvor mye har innleggelsen preget livet til informantene?

Mange av intervjupersonene har maktet å snu sine opplevelser til noe positivt, og anvender dem både i arbeidssammenheng men også i møte med andre. Halvparten har aktivt benyttet seg av kommunale tilbud og steder hvor tidligere brukere møtes og oppleve samhold. Men flere trekker også frem vanskelige opplevelser på grunn av innleggelsen. De opplever å bli møtt med skepsis fra nye mennesker i bekjentskapskretsen. Det er et tema for flere at de opplever ambivalens i forhold til å fortelle om sin bakgrunn, eller om det er bedre å ikke fortelle. Flere av intervjupersonene forteller at innleggelsene har preget livet deres, også positivt. Erfaringene har vært med å forme den de har blitt. En forteller at han har hatt en veldig forståelsesfull arbeidsgiver som har tilrettelagt, slik at han har kunnet jobbe utenom innleggelsene.

Det å møte nye mennesker trekker en frem som problematisk. Han er redd for å fortelle om sine opplevelser fordi han har erfart at folk reagerer negativt når han forteller om at han går på medisiner og har vært tvangsinnlagt. Innleggelsen blir av en av intervjupersonene trukket frem som grunnen til at han fortsatt lever. En opplever at innleggelsen har ført til frykt for å bli innlagt flere ganger, og opplever at politi fremkaller angst i ettertid. En annen forteller om mye skam i ettertid, fordi han opplever å ha gjort mye under innleggelsen som han skammer seg over. *”Jeg angrer på mye og får dårlig samvittighet. Ellers er jeg veldig snill”*.

En etterlyser bedre ettervern. Han opplever at man ikke blir veiledet men blir *”svingdørspasient”* fordi man ikke har noe når man kommer ut. Han trekker frem frivillige organisasjoner som svært viktige for ham. Der har han lært å sove nok, viktigheten av mosjon og å spise riktig.

7.0 Diskusjon

Her vil vi diskutere resultatene, se dem i forhold til tidligere forskning, samt drøfte dem i lys av teoriene vi har valgt ut.

7.1 Opplevelsen av utskrivningssamtalen

Kunnskap om hvordan tvang oppleves, kan være avgjørende for å bistå mennesker i vanskelige situasjoner som kan oppstå i en psykiatrisk avdeling. Det vi har sett som gjennomgående, er at flere ikke opplever utskrivningssamtalen som viktig, dersom ikke bruken

av tvang er blitt tatt opp under innleggelsen. Relasjonen til personalet oppleves avgjørende. At noen forstår, bryr seg og gjør det lille ekstra. Relasjonen til medmenneskene fremheves som viktigst. Det er her de ansatte bør anstrenge seg og forsøke å skape gode relasjoner til de innlagte. Dette kan være utfordrende fordi avvisende og aggressiv oppførsel kan trigge avvisning også fra personalet. Forskning viser at det er i situasjoner hvor brukerne opplever å ha en god relasjon med personalet, preget av likeverd og mulighet for innflytelse, at også behandlingen synes å ha best effekt. Kanskje langt utover den kjemiske virkningen av medisinen (Bøe & Thomassen, 2007b). En informant forteller at det ikke var mye å ta opp i selve utskrivningssamtalen, da det under hele innleggelsen hadde blitt tatt opp tema som har med bruk av tvang å gjøre. Her er et eksempel på at gode relasjoner er blitt virksomme. Som Bøe og Thomassen (2007) skriver, er det viktig at man som psykisk helsearbeider trer ut av sin rolle og gir noen noe ekstra, det seg være å lage et smørbrød ekstra fint, ha duk på bordet på lørdagskvelden eller sitte inne hos brukeren over en lengre periode og bare være tilstede. For noen er dette nok. Andre har behov for å snakke om det som er skjedd og dele reaksjoner og følelser. Derfor er det viktig å både lytte og spørre direkte hva som skjedde og hvordan vedkommende opplevde det. Dette kan bidra til å løse misforståelser, og hjelpe brukeren over i reaksjons- og bearbeidingsfasen (Eide & Eide, 2000).

Når man er en profesjonell i rollen som omsorgsperson, kan dette føre til et asymmetrisk maktforhold mellom bruker og hjelper (Bøe og Thomassen, 2007). Dette beskriver en informant slik: ” *En vil ikke fortelle noe som kan føre til at de oppfatter en som syk, så en sier minst mulig, slik at en kommer seg ut den døra.* ”

Eide (2000) utdyper at mellom selvoppofrelse og underkastelse, sitter vi også med makt og faglig autoritet på den andre siden. Det går et hårfint skille mellom å ta ansvar *for* vedkommende og ta ansvar *fra* vedkommende. Her er det viktig å tenke salutogenetisk, hvor vi har fokus på det friske og det som fremmer mestring og velvære (Lønne, 2009).

Helsepersonells holdninger til psykisk uhelse er avgjørende for at det blir lagt vekt på ressursene den enkelte bruker har (Årseth, 2012).

For brukere som skrives ut etter døgntilrettelagt behandling, blir utskrivelsen sjelden en enkel prosess (Topor & Grøtan, 2006). Av de syv informantene vi intervjuet, var det seks som hadde utskrivningssamtale. En opplevde ikke å få tilbud om samtale før han kom til åpen post. Det kan være flere årsaker til dette. Han opplevde et behov for det, og forskning viser at det å få

bearbeidet opplevelsene sammen med personalet, kan ha en helende effekt (Husum & Norvoll, 2014).

7.2 Opplevelsen av brukermedvirkning

Våre intervjupersoner har svært delte opplevelser forbundet med graden av brukermedvirkning under sine innleggelses. Fellesnevner for dem som har gode opplevelser er at innleggelsen gjennomføres av løpende samarbeid mellom bruker, miljøpersonalet og behandlere. De forteller om kjent personal de har tillit til, hvor de føler seg sett og hørt. Flere har vært med på å utarbeide en plan for hvordan innleggelse skal foregå, og hvordan oppholdet skal forløpe. Dette ser vi kan forebygge konflikter og lindre skade i ettertid. Behandlingsmiljøet kan være med på å forebygge konflikter. Flere drar frem viktigheten av å bli møtt med respekt og forståelse under innleggelsen (Huckshorn, 2004). Holdninger innad i personalgruppen ser ut til å påvirke samarbeidet med brukerne. Systematisk gjennomgang innad i personalgruppen etter tvangshendelser førte til en reduksjon i bruken av tvangsmidler (Bak, Zoffmann, Sestoft, Almvik, & Brandt-Christensen, 2014).

På den annen side har andre en opplevelse av manglende brukermedvirkning. Noen har vonde opplevelser i møte med personalet i avdeling. De forteller at de ikke har blitt sett, og det har vært vanskelig å komme i kontakt med personalet. Eksempler på hvordan personalet har gjort seg delvis utilgjengelig ved å sitte mye på vaktrommet dras frem. Personal som sitter mye foran tv, leser bøker eller strikker, oppleves vanskelig å få kontakt med. Husum og Norvoll (2014) beskriver viktigheten av at personalet er tilstede i miljøet. Det kan skape trygghet og fange opp tidlig om brukere får det vanskelig. En studie fra 2014 viser at dersom personalet opptrer rigid, kan veiledning oppleves provoserende og medvirke til at bruker føler seg mindreverdige i forhold til personalet (Larsen & Terkelsen, 2014).

Flere har beskrevet god brukermedvirkning helt fra starten, hvor innleggelsen skjedde frivillig. Men flere intervjupersoner trekker frem bruk av politi som problematisk. Endel har opplevd å bli hentet av uniformert politi under innleggelse og anbringelse til sykehuset. Det å bli påført håndjern føltes ekstra krenkende. Flere etterspør bedre samarbeid rundt selve innleggelsesprosessen. Enkelte har opplevd redsel for politi i etterkant. Husum & Norvoll (2014) fraråder bruk av politi ved innleggelse, og at bruk av helsepersonell er å foretrekke. Mangel på brukermedvirkning kan føre til at bruker resignerer og føler seg maktesløs. Flere har beskrevet at de under innleggelsen forsøker å si det de tror behandlerapparatet vil høre, slik at de kan komme seg over på frivillig paragraf og dermed skrives ut. De ønsker ikke

konflikt med personalet og unngår av den grunn vanskelige tema. Opplevelser må fremstå forutsigbare, forståelige og verdt å engasjere seg i (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Dersom brukeren nektes reell brukermedvirkning fratras de muligheten til å engasjere seg i egen bedring. Mange av intervjupersonene har opplevd at det ikke nytter å engasjere seg.

7.3 Opplevelsen av tvang

Hvordan man opplever å være under tvungent psykisk helsevern har vært veldig delt blant våre intervjupersoner. Noen har opplevd det svært negativt og krenkende, mens andre har ganske positive opplevelser. Flere trekker imidlertid frem viktigheten av omgivelsenes utforming. En slik faktor som ble nevnt var å spise sammen med personalet ved bordet med duk på, og at personalet la vekt på slike små detaljer. Flere intervjupersoner sa at de hadde opplevd at innbydende omgivelser hadde virket dempende på angst og paranoia. Andre studier viser også til viktigheten av å skape gode rom å være i. Gode arkitektoniske løsninger, kan føre til mindre bruk av tvang (Karlin & Zeiss, 2006) (Van Der Schaaf et al., 2013). Som kontrast til de tradisjonelle nakne avdelingene, kan man søke å skape rolige områder i avdelingen som preges av en mer hjemlig og varmere atmosfære, som legger til rette for naturlig sosial kontakt (Husum & Norvoll, 2014). Utformingen av avdelinger i psykisk helsevern vil ofte være begrunnet med sikkerhetstiltak for å forebygge farlige situasjoner. Samtidig peker Bøe og Thomassen (2007) på viktigheten av å unngå situasjoner hvor sikkerhetstiltakene fører til et klima hvor det oftere oppstår konflikter. Man må unngå at tiltakene kommer i veien for de mellommenneskelige møtene. Dette kan føre til maktkamp hvor brukeren føler mindreverd som kan lede til en opplevelse av avmakt. Opplevelse av avmakt kan igjen føre til mer aggresjon (Bøe & Thomassen, 2007a). Ender brukerne opp med en opplevelse av avmakt på grunn av utformingen av avdelingene, vil det være med på å vanskeliggjøre OAS (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Samtlige av deltakerne i vår studie trekker frem møtene med personalet som avgjørende for hvordan oppholdet oppleves. Gode opplevelser knyttes til gode møter med personalet og medpasienter. Personalet har tar seg tid og gjør seg tilgjengelige for bruker. Husum og Norvoll (2014) peker på viktigheten av å ha et omsorgsfullt og ivaretagende tilbud. God kommunikasjon er med på å redusere angst og uro og kan virke dempende på konflikter. Bøe og Thomassen (2007) vektlegger likeverd mellom bruker og personal som beskyttelse, i motsetning til umyndiggjøring og avmaktsposisjoner. Dialog kan være med på å forebygge at bruker kommer i en avmaktsposisjon. Ettersamtaler er viktige som holdningsskapende for

personalet. En studie av Asp og medarbeidere viser også at bruk av ettersamtale økte brukertilfredsheten. I en avdelingen så de nedgang i bruken av mekaniske tvangsmidler og akuttmedisinering, etter studien. De antyder at studien førte til økt bevissthet hos personale (Asp, Wium-Andersen, Wang, & Aggernæs, 2013).

7.4 Hvor mye har innleggelsen preget livet til informantene?

Det er delte erfaringer blant informantene om hvordan livet etter innleggelsen har vært. Noen har brukt erfaringen som en positiv erfaring. En av intervjupersonene beskriver et ønske om familie, men opplever at omgivelsene reagerer negativt på hans psykiske vansker. Ved utskrivelse kommer brukerne tilbake til livet sitt slik det er var før innleggelsen, men nå med stemplet om at man er psykisk syk. Hvis man ikke takler hverdagen ute, kan veien inn igjen være kort (Topor, 2006).

Funnene viser at endel opplever det vanskelig i ettertid, og kjenner seg ferdig med å snakke om innleggelsen. Antonovsky mener at alle har behov for mening og sammenheng i livet. Du kan se på livet du lever, enten med det øyet som sier hva du ikke får til, eller med blikket rettet mot det du mestrer og kan. Forutsetningen for å mestre livet, vil avhenge av om den ”lidende” eller den friske delen i oss får ”bestemme” (Berg, Eikeseth, Johnsen, & Restan, 2007). Slik som en informant sa det: *”Jeg har jo blitt sykepleier av en grunn, og det har formet den jeg har blitt i dag”*.

Topor (2006) understreker at brukerne i dagens samfunn har flere alternativer enn bare den tradisjonelle psykisk helsetjenesten og at dette medvirker til bedring. Han nevner brukerorganisasjoner og støttetjenester. Dette bekreftet våre informanter, som sa at hadde det ikke vært for ROM, Mental Helse, Lavterskeltilbudene og Landsforeningen for pårørende, så hadde det de ikke kommet seg så raskt. Særlig felleskapet med andre som hadde lignende opplevelser ble trukket frem som viktig.

Utvikling av retningslinjer og prosedyrer som støtter og prioriterer debrifing praksis er viktig, men det er også viktig med nok fleksibilitet for en individuell tilnærming basert på tjenestebrukers behov og preferanser. Det trengs flere alternativ for fysisk, følelsesmessig og sosial støtte, for både brukere og ansatte (Sutton et al., 2014).

8.0 Avslutning

Våre intervjupersoner har vektlagt viktigheten av gode relasjoner i møtet med andre mennesker. Relasjonen med personalet ble fremhevet som viktigst for deres opplevelse av bruk av tvang og oppholdet. En preliminær tolkning er at relasjonen kan være viktigere enn mulighet for medvirkning, men dette bør det forskes mer på. Det som er tydelig er at det ikke hjelper på brukerens totale opplevelse av oppholdet dersom det ikke er en atmosfære at brukermedvirkning som gjennomsyrrer hele oppholdet. Dette går som en rød tråd gjennom alle intervjuene vi har gjort. Uavhengig av hvor man møter andre mennesker, bør man møte dem på en god måte. Brukerne bør møtes av personalet med respekt og ydmykhet. Ekstra viktig blir det i et felt som psykisk helsearbeid, hvor den ene parten kan være i en sårbar situasjon. Det er vår jobb som helsearbeidere å hjelpe den andre og mestre sin situasjon og ta kontroll over sitt liv. Vi ser også at mens noen av intervjupersonene opplevde lukket avdeling som et fristed, opplevde andre det som et fengsel hvor det pågikk en krig mellom dem og hjelperne. Dette viser stor variasjon i hvordan brukerne opplever oppholdet. Dette er det viktig å være bevisst, for å kunne møte det enkelte unike mennesket på en best mulig måte.

I starten av studien vår var vi svært optimistiske og spente på hva tidligere brukere ville fortelle oss om sine opplevelser av utskrivningssamtaler, og hvordan behovet for en ettersamtale ville være. Underveis har vi, takket være opplevelsene de har delt med oss, fått verdifull innsikt i deres opplevelser. Det fremstår som lite hensiktsmessig å gjennomføre ettersamtaler dersom de ikke gjøres i en kontekst som består av brukermedvirkning for den enkelte, gjennom hele forløpet.

Samtidig antyder jo noe av studiet at en innføring av ettersamtaler gjør personalet mer bevisst på brukeres rettigheter, og forhåpentligvis mer bevisst egen påvirkningskraft og ansvar. Vi mener det er behov for mer eksplorativ forskning på dette området. Brukernes opplevelser av tvang er lite forsket på, det vil være ønskelig at man i fremtiden forsker mer kvalitativt med brukere som informanter og behov for større kvalitetssikring i alle ledd innad i helseforetakene.

Referanseliste

- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Asp, S., Wium-Andersen, I., Wang, A. G., & Aggernæs, K. H. (2013). Psykiatrilovens krav om samtaler etter tvang etterleves ikke (Vol. 175, pp. 1174-1176).
- Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R., & Brandt-Christensen, M. (2014). Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish–Norwegian Association Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(3), 155-166. doi: 10.1111/ppc.12036
- Berg, J. E., Eikeseth, P. H., Johnsen, E., & Restan, A. (2007). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertervig forl.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007a). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforl.
- Cullberg, J., & Hambro, C. (1981). *Mennesker i krise og utvikling : en psykoanalytisk og sosialpsykiatrisk studie* (2. utg. ed.). Oslo: Aschehoug.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2000). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (6 ed. Vol. Opplag 6). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Eidhammer, G. (2013). Eidhammer Tvangskonferansen på Hamar 2013: Unpublished.
- Etikk Komiteene. (2010). Fortolkning og analyse *De Nasjonale forskningsetiske komiteene*. from <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/8-Fortolkning-og-analyse/>
- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., . . . Hiers, T. G. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 56(9), 1123.
- Hammervold, U. E. (2014). *Samtaler etter bruk av mekaniske tvangsmidler og holdning*. Paper presented at the Forskningskonferansen i Trondheim http://psykiskhelsearbeid.no/foredrag_forskningskonferansen14/
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22.
- Huckshorn, K. A. (2006). Re-Designing State Mental Health Policy to Prevent the Use of Seclusion and Restraint. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(4), 482-491. doi: 10.1007/s10488-005-0011-5
- Husum, T. L., & Norvoll, R. (2014). *Alternativer til tvang II: sett fra et fag- og forskningsperspektiv* Erfaringskompetanse.no (online), R. Norvoll (Ed.)
- Karlin, B. E., & Zeiss, R. A. (2006). Environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: Toward best practices. *Psychiatric Services*, 57(10), 1376-1378. doi: 10.1176/appi.ps.57.10.1376
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, E., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse* Vol. 15-1315. *Brukermedvirkning - Psykisk helsefeltet* Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk-helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf>

- Larsen, I. B., & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. doi: 10.1177/0969733013503601
- Lidal, E., & Krøhne, K. (2006). Individuell plan. In A. Almvik, L. Borge, & R. A. Berntsen (Eds.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (pp. 169-179). Bergen: Fagbokforl.
- Lønne, A. (2009). Salutogenese. *Store Norske Leksikon*. Retrieved 15.04.15, from: <https://sml.snl.no/salutogenese>
- Malt, U. (2014). Debriefing. *Store Norske Leksikon*. Retrieved 20.02.15, from <https://sml.snl.no/debriefing>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Myhra, A.-B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner : realisering av brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforl.
- Pasientrettighetsloven. (2011). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
- Prop. nr. 63 (1999-2008). (2009). *Opptappingsplanen for psykisk helse*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/opptappingsplanen-for-psykisk-helse-199/id274864/>.
- Smith, E. (2006). Retsinformation. *Bekendtgørelse om samtaler efter ophør af en tvangsforanstaltning på psykiatriske afdelinger*. from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11028>
- St. Meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?docId=STM200820090047000DDDEPIS&q&navchap=1&ch=2>.
- Storm, M., Rennesund, Å. B., Jensen, M. F., & Mikkelsen, A. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sutton, D., Webster, S., & Wilson, M. (2014). Debriefing following seclusion and restraint- A summary of relevant literature. *Te Pou oTe Whakaaroo Nui*.
- Topor, A., & Grøtan, A. (2006). *Hva hjelper?: veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforl.
- Tvangsforsk. (2014). *Strategi for nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsefeltet* Retrieved from http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Strategi_2014_1.pdf
- Van Der Schaaf, P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A., Noorthoorn, E. O., & Van Der Schaaf, E. O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *British Journal of Psychiatry*, 202(2), 142-149. doi: 10.1192/bjp.bp.112.118422
- Wynn, R. (2004). Restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *International Journal of Circumpolar Health*, 63(4). doi: 10.3402/ijch.v63i4.17763
- Årseth, A. L., & Universitetet i, A. (2012). *"Jeg er et menneske, ikke en diagnose!" : en kvalitativ studie av menneskers opplevelser med å få og leve med en psykisk diagnose*. Grimstad: A.L. Årseth.

DEL 2:

ARTIKKEL

Tvang innen psykisk helsevern og ettersamtaler

*Hvordan opplever mennesker utskrivningssamtalen etter
innleggelse på tvungent psykisk helsevern?*

TIDSSKRIFT: *Tidsskriftet for psykisk helsearbeid*

FORFATTERE: *Linn-Kristin Johansen, sykepleier og Merete Liene, sykepleier*

FØDSELSÅR: *1983 og 1980*

UTDANNING: *Psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder*

ARBEIDSSTED: *Sørlandet Sykehus Arendal*

ANTALL TEGN: 29369

E-POST: linnxtin@gmail.com og ml@ugland.net

Sammendrag

Tvang innen psykisk helsevern og ettersamtaler

Det er et økende fokus på å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern. Denne studien ønsker å få tak i brukernes erfaring med utskrivningssamtalen etter en innleggelse i psykisk helsevern. Forskningsspørsmålet var som følger: *Hvordan oppleves utskrivningssamtalen etter innleggelse på tvungen psykisk helsevern?* Det er benyttet en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming, som bygger på en salutogenetisk forståelse. Det er benyttet individuelle intervjuer og semistrukturert intervjuguide. Resultatene viser at utskrivningssamtalen ikke er avgjørende betydning, forutsatt at tvangen blir problematisert gjennom hele innleggelsen. Brukermedvirkning og flere alternativer til tvang bør enda sterkere på dagsorden.

Nøkkelord: Utskrivelse, tvang, debriefing, ettersamtale og brukermedvirkning

Summary

Coercion in mental health care and pre-event debriefing

There is an increased focus on reducing coercion in mental health care.

This study aims to clarify whether discharge conversation brings up the challenging questions. The research question was as follows: *How is the discharge conversation perceived after admission to compulsory psychiatric care?* This is a hermeneutical phenomenological study, which builds on a salutogenic understanding. With individual interviews and case use of semi-structured interview. Results show that the discharge conversation is of no grave importance assuming the coercion is challenged throughout hospitalization. User involvement and more alternatives to coercion must be put on the agenda.

Keywords: Discharge, coercion, debriefing, Pre-event debriefing and user involvement

INNLEDNING

I Sosial- og helsedirektoratets (2006) rapport pekes det på at brukervedvirkning er et sentralt tema i opptrappingsplanen for psykisk helse, men rapporten viser også til at man ikke har oppnådd målsettingen. For å nå målene man setter innenfor psykisk helsearbeid må man ha brukervedvirkning. Brukervedvirkning har egenverdi, men det er også en rett alle brukere har (Pasientrettighetsloven, 2011). Brukervedvirkning er viktig for å kvalitetssikre tjenestene, og for å dekke individuelle behov som er i stadig endring. Opptrappingsplanen ønsker å sikre brukervedvirkning på alle nivå (Prop. nr. 63 (1999-2008), 2009). Sosial- og helsedirektoratet har som en del av sin strategi, utarbeidet en kvalitetsforbedring av sosial og helsetjenesten, og her inngår brukervedvirkning som en viktig del (Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006). Bruk av tvang kan oppleves som traumatisk og krenkende (NOU 2011:9, 2011). Studier og helsepolitiske debatter viser også til at brukerne kan oppleve tvangssituasjonene som krenkende og en utløsende faktor for misnøye og sinne (Norvoll, Hem, & Hatling, 2008). Det er ønskelig at all behandling i størst mulig grad skal være frivillig (Helsedirektoratet, 2014).

Vår studie søker å få tak i brukernes egne unike opplevelser av utskrivningssamtalen etter innleggelse. Vi har valgt fokus på brukervedvirkning og et salutogenetisk perspektiv. Vi bruker Antonovskys modell om opplevelse av sammenheng (OAS). Det benyttes kvalitativ metode i studien fordi det er intervjupersonenes unike subjektive opplevelse vi søker å få innblikk i. Studiens hensikt var å få kunnskap om informantens unike erfaringer med sine opplevelser av tvang innen psykisk helsevern, i lojalitet med informantens egen versjon av sine unike historier (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Dette fordi vi ønsker at brukere som er inneliggende bør få tilbud om en ettersamtale etter bruk av tvang. Både i internasjonale og nasjonale studier påpekes det at det kan være en tendens til at personalet ikke tar opp tvangen, eller kun snakker om hendelsen på egne premisser. Flere brukere oppgir imidlertid at de hadde ønsket en mer åpen samtale om hendelsen med personalet i ettertid for å bearbeide det som skjedde (Norvoll, 2011). Som et ledd i å forebygge traumer og gi rom for samarbeid ønsker helsedirektoratet å jobbe for å få innført krav om ettersamtale etter bruk av tvungent psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2014).

Vi har erfaring innen psykisk helsearbeid ved akuttpsykiatrisk sykehusavdeling i Arendal. Bakgrunnen for emnevalg ligger i vårt ønske om å fordype oss innenfor tvang og brukervedvirkning.

Litteratursøkene viser at det finnes en omfattende forskningsbasert kunnskap om tvang. Forskningen har vært økende internasjonalt og nasjonalt de senere årene. I Norge er forskningen fortsatt noe begrenset (NOU 2011:9, 2011). I Danmark er det lovpålagt å gjennomføre ettersamtaler med pasienter etter tvangsbruk (Smith, 2006). Det mangler imidlertid kunnskap om effekten av samtalene, hvordan de gjennomføres og hvordan de bør foregå (Husum & Norvoll, 2014). Vi har funnet lite forskning om ettersamtaler, den forskningen som ligner mest på vår i Norge er Unn Elisabeth Hammervold (2014) sin. Hun skriver en phd på ”samtaler etter bruk av mekaniske tvangsmidler og holding”. Dette er et pågående phd arbeid og det er ikke publisert noen resultater. Dette understreker aktualiteten i vårt tema. Vi har henvist mye til Husum og Norvoll sitt hefte om ”Alternativer til tvang II”. Dette heftet tar for seg behovet av ettersamtaler. Internasjonalt er det funnet at tertiærforebygging; altså i denne sammenheng debriefing og/eller ettersamtaler med brukere og ansatte er viktig, for å redusere traumer og krenkelsener etter bruk av tvang (Huckshorn, 2004). Videre har Frueh med medarbeidere funnet at de traumatiske opplevelsene opplevd innenfor psykisk helsevern må få økt oppmerksomhet fra offentlig sektor. Helsetjenesten må være ekstra følsomme for spørsmål knyttet til traumer i det psykiske behandlingsapparatet og at det sikres omsorg som er trygg, verdig og human. De skriver også om behovet for debriefing etter traumatiske opplevelser (Frueh et al., 2005).

METODE

Vi har undersøkt brukeres erfaringer med utskrivningssamtale, og vi har brukt en hermeneutisk tilnærming for å få den subjektive opplevelsen. Vi benytter en semistrukturert intervjuguide. Ut i fra vår problemstilling stilte vi spørsmålene: På hvilken måte var brukermedvirkning en del av din innleggelse? Hvordan opplevde du utskrivningssamtalen i forbindelse med utskrivelse? Kan du si noe om opplevelsen du hadde av å være innlagt på tvunget psykisk helsevern? og på hvilken måte føler du at innleggelsen preger livet ditt?

Det er blitt utført litteratursøk i databasene Oria, EbscoHost, pubMed.

Søkeord: Ettersamtale, utskrivningssamtale, debriefing, psychiatric+debriefing, coercion, samtaler etter bruk av tvang, traumaticORharmful experience+psychiatric.

DESIGN OG UTVALG

Studien tar utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv. Vi gjennomførte kvalitative intervjuer. Studien ble gjennomført som masterprosjekt ved Universitetet i Agder. Det var ønskelig med et så tilfeldig utvalg som mulig, og diagnose var ikke relevant for problemstillingen.

REKRUTTERING AV INFORMANTER

Vi opplevde at det var utfordrende å rekruttere informanter, og vi benyttet oss derfor også av nøkkelpersoner til å finne informanter. To av informantene tok kontakt etter å ha sett oppslag om studien. Intervjuene hadde en varighet på 20 til 90 minutter. De ble gjennomført i perioden mellom november 2014 til januar 2015. Intervjuene ble transkribert fortløpende.

ANALYSE

Intervjuene ble analysert i fire trinn. I første trinn dannet vi oss et helhetsinntrykk. Begge forfattere leste gjennom de transkriberte intervjuene og sammen identifiserte vi de meningsbærende enhetene i teksten. Funnene ble samlet i 4 hovedtemaer, a) Utskrivningssamtalen, b) Opplevelsen av brukermedvirkning, c) Opplevelsen av tvang og d) Hvordan innleggelsen preger livet etter på. Vi abstraherte innholdet i intervjuene til de enkelte temaene. Der vi skilte det vi mente var vesentlig, fra det vi mente ikke var relevant (Malterud, 2011).

FORSKNINGSETIKK

Studien ble meldt til Regional etisk komité (REK), Fakultetets Etske Komité (FEK) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD). Godkjenning fra REK behøves ikke, da de vurderte dette som et kvalitetsforbedrings prosjekt (Se vedlegg IV) og FEK godkjente på bakgrunn av svar fra REK (Se vedlegg VI). Studien ble også meldt til NSD (Prosjektnummer 39033) og godkjent (Se vedlegg V). Alle informantene blir i oppgaven beskrevet som *han* av anonymitetshensyn.

RESULTATER

Det ble gjennomført til sammen syv intervjuer og disse dannet datagrunnlaget for analysen. Utvalget besto av syv informanter, hvorav fire kvinner og tre menn. Inklusjonskriteriene var at personene var over 18 år og hadde vært innlagt på tvungent psykisk helsevern. Informantene skulle ikke lenger ha pasientstatus. Intervjupersonene var i alderen 20 til 70 år,

og var geografisk fordelt på tre fylker. Siste innleggelse varierte fra to måneder siden til femten år tilbake.

Utskrivningssamtalen

Før utskrivelse fra akuttpost bør alle brukere ha en utskrivningssamtale. Alle intervjupersonene med unntak av én, fortalte at de hadde hatt en slik samtale før de dro fra avdelingen. Halvparten av intervjupersonene føler seg sett, forstått og lyttet til i forbindelse med utskrivningssamtalene. De opplevde at samtalene var preget av god tid.

Flere forteller om behov for å snakke om sine opplevelser. Det varierte om de følte at det var tid og rom for å ta opp det de måtte ønske. En forteller at det ikke var mye å ta opp i utskrivningssamtalen, fordi han hadde opplevd å ha denne muligheten gjennom hele innleggelsen: *"De spurte veldig ofte gjennom hele innleggelsen egentlig, hvordan jeg opplevde det"*.

Samtidig forteller han at opplevelsen av samtalene varierer etter hvilken lege han hadde og hvilken avdeling han var innlagt på. *"Jeg bryr meg ikke så mye om legene, jeg er mer opptatt av pleierne, de er mye mer sammen med meg"*.

En forteller om vonde opplevelser i forbindelse med utskrivningssamtalen, hvor han føler seg i mindretall og underlegen. Han beskriver hvordan dette er med på å gjøre at en føler seg sårbar og liten, og gjør at man føler at det ikke er noen vits. *"Det var så mange fagfolk som satt i det rommet med meg alene. Det var et sterilt rom, med 6-7 fagfolk"*.

Flere etterlyser kontinuitet i personalgruppen slik at man ikke må dele historien sin med så mange nye. Stor turnover og rullering i systemet, er med på å gjøre innleggelsen ustabil. Endel gir opp å forsøke og kommunisere: *"Skal jeg legge ut hele historien for hele verden liksom?"*

Noen føler seg tvunget til å samarbeide, fordi man frykter å ikke bli utskrevet. En forteller at han forsøker å si minst mulig. Han ønsker ikke å ta opp problemstillinger eller vanskelige ting, fordi han da frykter å bli oppfattet som vanskelig og ikke frisk nok: *"Man vil bare ut av den døra"*.

Opplevelsen av brukermedvirkning

Flere av intervjupersonene opplever at de har hatt god brukermedvirkning under sine innleggelser. De har hatt tilbud om samtaler når de ønsket det og har opplevd å få være med å medvirke på viktige avgjørelser som angår dem. En av intervjupersonene opplever et godt samarbeid med kommunen, hvor han har individuell plan for innleggelse. Dette avlaster familien i en sårbar situasjon. Han er kjent i avdelingen og dette gir ham trygghet. Han

opplever gjensidig tillit i møte med hjelpeapparatet og opplever å ha god medvirkning. ”De kjenner meg, og jeg blir rolig da, og da blir de også roligere”.

En opplever å ha fått mer brukermedvirkning i takt med økende kunnskap om rettigheter. ”Det har mye å si. Det at jeg har kunnskap om sykdommen min i tillegg til at jeg kan fagspråket deres påvirker brukermedvirkningen min mye”.

Enkelte peker på behov av bedre ettervern. De opplever seg fort skrevet ut igjen og stående på samme sted som før innleggelsen. ”Å bygge selvtillit, det er jo det som trengs, det som virker på lang sikt, det fant jeg ikke i statsapparatet”.

Flere problematiserer at det blir benyttet uniformert politi, det oppleves både skremmende og krenkende.

Opplevelsen av å bli møtt med respekt og forståelse var viktig når man var i en vanskelig og forvirrende tilstand. Personalet kunne være det som holdt en oppe. Å bli møtt på en ydmyk måte, innbød til tillit. ”Det var noen personal jeg hadde god kjemi med, som betydde enormt mye for meg”.

Bruk av tvangsmedisinering trekkes frem som problematisk. Plager med bivirkninger ble ikke hørt, og førte til en fastlåst situasjon hvor han følte at han kjempet for sitt liv. Han følte maktesløshet og desperasjon. ”For meg så har det vært tortur, som de bare fortsatte med. De hørte aldri”.

Opplevelsen av tvang

Informantene har delte opplevelser. Det varierer fra å kjenne på trygghet av å være innlagt på tvang, til utrygghet med uvissheten om hvor lenge en skal være innlagt. En vektlegger trygge omgivelser i avdelingene som viktig for ham. Han opplevde at å spise sammen rundt et pent dekket bord dempet angst. De små detaljene betød mye, fordi det gav ham en følelse av egenverd. ”Hvis du tar deg tid til å lage et ordentlig smørbrød, det betyr at du er en person som bryr deg”.

En forteller at det å være innlagt på tvang opplevdes som en krig, hvor man kjemper mot en overmakt: ”...greit nok at det gav kjevelås og jeg har hatt mange, mange kjevelåser. De ga meg mange av de sprøytene. Og kjevelås er en ting, men det er bare forsmaken på helvete. Når du får den medisinen, så spennes jo kroppen. Den brukes mot Parkinson, du kan tenke deg en kropp som går i alle vinkler, det kjennes som du får på deg en tvangstrøye bare på

innsiden. Den låser kroppen, du blir helt stiv i kroppen. Når de kommer med sprøyten etter deg som jeg er så livredd for, så blir det jo atomkrig i hodet”.

Flere trekker frem møtet med personal som avgjørende for hvordan oppholdet blir opplevd. Det at de var tilgjengelige for samtaler og samvær med brukerne, og ikke andre personale. Dette var noe alle syv informantene ønsket av personalet. En sier han trengte nærhet og at noen satt sammen med han. En annen trengte ikke nødvendigvis å prate, men ønsket muligheten. Det er også svært viktig at man opplever at personalet tar seg tid og er tilgjengelige. Initiativ til aktiviteter som kan avlede trekkes frem som positivt. Det å kunne gå en tur utenfor avdelingen, istedenfor å se på tv eller strikke. En forteller om personal som gjør unntak og lot ham få være med og lage mat, dette gjorde det lettere å føle seg nyttig selv om man var innlagt. *”Jeg hadde ikke sovet på lenge, da var det ei som satt ved senga mi og strøk meg over håret til jeg sovnet, hun satt der hele natta. Det husker jeg veldig godt”.*

Hvordan preger innleggelsen livet etter utskrivelse?

Flere av intervjupersonene forteller at innleggelsene har preget livet positivt. Det har vært med å forme den de har blitt. De kan bruke sine erfaringer i sin jobbhverdag. En forteller at han opplever det som stigmatiserende å ha vært innlagt, mens andre opplever å skamme seg i ettertid over handlinger de har gjort før og under innleggelsen.

”Før preget det livet mitt, for da hadde jeg ikke den selvtilliten og da aksepterte jeg ikke meg selv og hvordan jeg er. Det var en tung bær å bære. Nå er det nøytralt. Det som har skjedd har skjedd”.

En trakk frem frivillige organisasjoner som svært viktige for ham. Der lærte han å sove nok og spise riktig. Endel opplevde at når de kom ut så kunne hverdagen bli vanskelig. Det var lett å gli tilbake i gamle vaner med rus, isolasjon og destruktiv atferd. Noen opplevde erfaringen som et vendepunkt og en ble sykepleier nettopp på grunn av opplevelsene sine, mens en annen går på vernepleierstudie. En mente at han ikke hadde overlevd hvis ikke det hadde vært for innleggelsen. Alle vi har intervjuet har klart å snu uhelse til mestring. De har tatt kontroll over livet sitt og mestrer hverdagen på en bedre og mer meningsfull måte i følge dem selv. Noen har lært seg å leve med at helsen svinger. En forteller at han opplever jevnlige svingninger. Arbeidsgiveren hans er klar over utfordringene hans og tilrettelegger for ham. Informanten er så glad for jobben og den friheten de kan gi ham der; det være seg tid til å få det bedre. Han forteller at det er en motivasjon å vite at han har en jobb å gå til etter dårlige

perioder. Han opplever at lidelsen hans har vært en byrde. Psykiatrisk sykepleier avlaster familien hans, og sammen har de utarbeidet en plan for tiltak om han skulle bli dårlig. Han sier han er blitt veldig glad i menneskene rundt seg. De som aldri går lei, og som står og venter når utskrivelsen er nær. Han beskriver hvordan han i etterkant av innleggelse tar kontakt med hjelperne sine for å skvære opp.

En forteller at når han ser en politibil, frykter han at det er politiet som kommer for å hente ham. Dette er blitt vanskelig for spesielt to av våre informanter. De er nå blitt skeptiske til politi og opplever ubehag når de ser uniformert politi i omgivelsene.

DISKUSJON

Kunnskap om hvordan tvang oppleves er avgjørende for å vite hvordan man kan hjelpe og bistå i vanskelige situasjoner. En observasjon gjort i løpet av studien er det brede spekteret av følelser som gjenspeiler seg i svarene vi fikk. Noen opplevelser og følelser som blir nevnt er skam, skyld, krenkelser, frykt, sinne, avmakt og håpløshet. Men også nærhet, tillit, kjærlighet, respekt, anerkjennelse og glede. Vi ble overrasket over hvor vanskelig det var å rekruttere intervjupersoner. Vi tenker at det kan skyldes at det fremdeles kan oppleves stigmatiserende å være i kontakt med psykisk helsevern. En av intervju personene fortalte at han opplevde at vonde opplevelser kom til overflaten før intervjuet. Han valgte likevel å stille, og fortalte underveis at det også gjorde godt å kunne fortelle om opplevelsene sine til noen som kjente godt til feltet.

Relasjoner som en viktig del av bedringsprosessen

Forutsetningen for at opplevelsen av utskrivningssamtalen, brukervedvirkningen, tvangen og livet etter utskrivelse skulle være god, var at hjelpeapparatet og bruker hadde en god relasjon. Gode og virksomme relasjoner trekkes frem som svært viktig for bedring (Sundet, 2007), (Borg & Topor, 2003) og (Bøe & Thomassen, 2007b). Gjennom å gi innflytelse og respekt anerkjennes brukeren som en person som tildeles verdi, og dette gir bedring. En dårlig relasjon og opplevelse av å bli behandlet med for lite respekt, ser ut til å forsterke tvangsopplevelsen (Norvoll, 2011).

Vi har valgt å diskutere våre funn i lys av Antonovskys (2012) teori. Opplevelsen av sammenheng i tilværelsen er avgjørende for hvordan vi klarer oss. For å oppnå OAS må vi kunne forstå situasjoner, ha tro på oss selv og at vi kan finne løsninger. Eller finne en mening

i forsøket på det (Henriksen, 2007). Utskrivelsen kan oppleves utfordrende (Topor & Grøtan, 2006). Tiltak som kan være virksomme for brukerne bør etterstrebes. Det bør utarbeides tiltak som brukerne ønsker, og det er essensielt at brukerne er fullverdig delaktige i utarbeidelsen (Bøe & Thomassen, 2007a). Man kan tilrettelegge for kontakt med brukerorganisasjoner, psykiatrisk sykepleier, foreninger, kommunale team og lavterskeltilbud.

En beskriver at han fikk tatt opp det som var vanskelig med personalet underveis. Da opplevdes ikke utskrivningssamtalen som så viktig for ham. Husum og Norvoll (2014) belyser dette, for å få til en god kommunikasjon må man ikke ta utgangspunkt i at man selv vet best. Om dem man møter skjønner hvor skoen trykker, kan det løse mye. I en utskrivningssamtale bør det være nok tid til å ta opp vanskelige ting. Dette er noe brukerne opplevde forskjellig. Noen opplevde å ha god tid, andre ønsket en kort samtale. Det er viktig at dette gjøres utifra individuelle behov. En forteller at han ikke fikk noe oppfølging i forbindelse med tvangsinnleggelse, beltelegging eller tvangsmedisinering. I fravær av profesjonelle som tok initiativ til samtale, ble det naturlig å snakke med medbrukere. Medbrukere kan erstatte manglende dialog med personalet (Norvoll, 2011).

Mange opplever at brukermedvirkningen er blitt bedre etter hver innleggelse. Dette kan være fordi de lærer seg selv å kjenne, og blir mer kjent med fagterminologien og sine rettighetene. Brukerne kan oppleve det samme tiltaket helt ulikt, enten positivt eller negativt. Det være seg tilhørighet til organisasjoner, en nabo som bryr seg litt ekstra, eller tilknytning til et dyr. Tre av informantene beskriver at tilhørighet til en organisasjon og lavterskeltilbud har gjort enorm forskjell. En mener at en bedring i hans behandling må sees i sammenheng med hans tilhørighet i en organisasjon. Han beskriver seg som en ressurssterk person når han har det bra. Han har sammen med sin psykiatriske sykepleier også stått på kravet om å få en god individuell plan ute i kommunen. Det kan være vanskelig å få satt i gang individuell plan selv om dette er noe kommunene bruker mye ressurser og tid på (Lidal & Krøhme, 2006). Husum og Norvoll (2014) referer til, at implementering og bruk av planen er en stor utfordring. Mange kunne synes det enklere å takke nei, da de er lei av planer og mål. Det er ikke alltid det man spør om som er viktig, men måten man legger det frem på (Jensen, 2007). For at en individuell plan skal ha en hensikt, må alle tjenestenivå forplikte seg til å bruke den, og den må være resultatet av et samarbeid hvor bruker har regien (Husum & Norvoll, 2014). Det er overraskende at det kun er én av intervjupersonene våre som har hatt individuell plan.

Når en snakker om politi og tvang, så er det mange som har opplevd at uniformert politi kommer og henter dem med makt. Det å bli hentet av politi kan for mange oppleves som traumatisk, både for brukeren og familien (Jensen, 2007). Slik som noen av informantene sier så har nettopp frykten for politi tatt overhånd i hverdagen, hvor han gjemmer seg når politibilen kommer forbi. Jensen (2007) etterlyser at helsepersonell, terapeuter og politi i større grad tenker; *hva om dette var min mor eller min bror? Ville jeg behandlet dem annerledes?* Det er mulig å bruke tvang og makt skånsomt og fornuftig!

Kan bruk av ettersamtaler forebygge tvang?

Forskning viser at brukere har ulike opplevelser av tvang, noen opplever det som hjelp, mens andre som et traume. Omfanget av traumer etter bruk av tvang er ukjent (Husum & Norvoll, 2014). Slik som en av informantene beskrev sine opplevelser med bivirkninger, bekrefter Husum & Norvoll (2014) at bivirkningenes bidrag til å forsterke problemene og det å bli påtvunget medisiner var det som ble rapportert som mest traumatisk. Brukere opplevde å ikke bli tatt på alvor når de ga uttrykk for at andre tiltak enn medisiner kunne være like effektive. Vår informant bekrefter at *”det var ingen vits i å si i fra for de hørte ikke på han uansett.”* Han sier at når de byttet overlege, ble han hørt og fikk prøve andre medikamenter enn dem han erfarte gav kraftige bivirkninger. Først da var han i posisjon til samarbeid, og sier selv at han i dag samarbeider godt med sin psykiatriske sykepleier. Han har et håp om å bli medisinfri. For å forebygge bruk av tvang må helsetjenesten anerkjenne traumer etter tvang og tilby debrifing eller ettersamtaler for å bearbeide situasjoner hvor tvang er blitt brukt (Husum & Norvoll, 2014). Huckshorn (2004) er også enig i at ettersamtaler eller debrifing med pasienten og eventuelt familie kan unngå at tvangen skjer igjen, og redusere traumer og krenkelser.

Flere trakk frem arbeid som viktig for en meningsfull hverdag. Tilrettelegging på jobb opplevdes positivt; *”Jeg er så takknemlig for å ha en slik sjef jeg kan prate så åpenlyst om sykdommen min som det jeg kan med han”*. Hvis du kan stole på lederen din og blir møtt med hjelp og ikke fordømmelse, er det sannsynlig at problemene som oppstår kan håndteres mens de fortsatt er små og håndterbare (Lauveng, 2008). Å meste arbeidet sitt fører til at man føler at man har ressurser nok (Antonovsky, 2012). En krise i livet kan føre til positive utfall, slik som to av informantene sier, de ønsket å bli helsepersonell for å kunne hjelpe andre. En krise kan føre til en positiv utvikling i livet ved å gi økt kunnskap og innsikt i livets forutsetninger, og hvilke ressurser en sitter på (Cullberg & Hambro, 1981).

KONKLUSJON

Utgangspunktet for god behandling forutsetter kunnskap og erfaring. Det innebærer innlevelse, forståelse og troverdighet i møte med pasientene. Brukerne har viktig kunnskap om hva som kan redusere bruken av tvang, og de har også viktige forslag til hvordan tvangen kan utføres på en minst mulig krenkende måte (Husum & Norvoll, 2014). Erfaringsbasert kunnskap og forskning sammen med brukerne bør vektlegges. Det er ikke alltid fagfolk vet best (Nyttingnes, 2007). Når den profesjonelle ikke trenger å være en ekspert som skal finne løsninger og bidra til å vite bedre enn klienten hva problemet består i, kan han på en friere måte bidra med sin fagkunnskap (Seikkula & Stenersen, 2012).

Det er de gode relasjonene alle intervjupersoner har trukket frem som avgjørende for deres bedringsprosess. De forteller at det ikke oppleves så viktig med en utskrivningssamtale som det vi antok på forhånd. Utskrivningssamtalen ofte ble opplevd som en formalitet. Det følte viktigere at det var rom for samtale under innleggelsen. Vi ser at å implementere skjemaet ”Ettersamtale – etter bruk av formell tvang” på alle sykehusavdelinger kan være et steg i riktig retning. Man bør behandle alle tvangsinnleggelses som et mulig traume, og tilby samtaler som et tiltak for å bearbeide vanskelige hendelser. Ettersamtalene bør evaluere hele innleggelsen under ett, ikke bare omhandle tvang (Husum og norvoll, 2014). Et godt supplement til ettersamtale, kan være at alle som blir utskrevet fra tvang, tilbys en samtale med en psykisk helsearbeider i kommunen (Husum & Norvoll, 2014). Dette for å tilstrebe å sikre at brukerne får en samtale dersom de ønsker det.

Våre intervjupersoner har vektlagt viktigheten av gode relasjoner i møtet med andre mennesker. Det kan synes som at det for brukerne er viktigere å oppleve gode relasjoner under innleggelsen, enn å være med på ta beslutninger. Det går som en rød tråd gjennom alle intervjuene vi har gjort. Ekstra viktig blir det i et felt som psykisk helsearbeid, hvor den ene parten kan være i en sårbar situasjon. I starten av studien vår, var vi svært optimistiske og spente på hva tidligere brukere ville fortelle oss om sine opplevelser av utskrivningssamtaler, og hvordan behovet for en ettersamtale ville være. Underveis har vi takket være opplevelsene de har delt med oss, fått verdifull innsikt i deres opplevelser. Det fremstår som lite hensiktsmessig å gjennomføre ettersamtaler dersom de ikke gjøres i en kontekst som består av brukermedvirkning for den enkelte, gjennom hele forløpet. Vi mener det er behov for mer forskning på dette området.

REFERANSER

- Borg, M., & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner : om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforl.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007a). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforl.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007b). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforl.
- Cullberg, J., & Hambro, C. (1981). *Mennesker i krise og utvikling : en psykoanalytisk og sosialpsykiatrisk studie* (2. utg. ed.). Oslo: Aschehoug.
- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., . . . Hiers, T. G. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 56(9), 1123.
- Helsedirektoratet. (2014). *Forskning om bruk av tvang i psykisk helsevern, Forskningsplan for perioden 2014-2019 Tvangsforsk* (pp. 32). Retrieved from http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Forskningsplan_2014-2019.pdf
- Henriksen, A. K. (2007). Klientens bidrag i kunnskapsbygging. In A. K. Ulvestad (Ed.), *Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykiske helsearbeid* (pp. 267-291). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22.
- Husum, T. L., & Norvoll, R. (2014). *Alternativer til tvang II: sett fra et fag- og forskningsperspektiv* Erfaringskompetanse.no (online), R. Norvoll (Ed.)
- Jensen, M. F. (2007). Hører du hva jeg sier. In A. K. Ulvestad (Ed.), *Klienten - den glemte terapeut : brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, E., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). *Plan for brukervedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse* Vol. 15-1315. *Brukermedvirkning - Psykisk helsefeltet* Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk-helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf>
- Lauveng, A. (2008). *Arbeidsmaur med gipset hjerte*. Oslo: Universitetsforl.
- Lidal, E., & Krøhne, K. (2006). Individuell plan. In A. Almvik, L. Borge, & R. A. Berntsen (Eds.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (pp. 169-179). Bergen: Fagbokforl.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Norvoll, R. (2011). Som natt og dag?: om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang. In T. L. Husum (Ed.), AFI-notat 9/2011. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Norvoll, R., Hem, K.-G., & Hatling, T. (2008). Det er nå det begynner! : hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT) SINTEF rapport (SINTEF : 2006- : online) (Vol. SINTEF A8450). Trondheim: SINTEF Helse.
- NOU 2011:9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet — Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern* Retrieved from <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2011-9/id647625/?docId=NOU201120110009000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=2>

- Nyttingnes, O. (2007). Vet fagfolk best? In A. K. Ulvestad (Ed.), *Klienten - den glemte terapeut : brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasientrettighetsloven. (2011). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
- Prop. nr. 63 (1999-2008). (2009). *Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199/id274864/>.
- Seikkula, J., & Stenersen, E. H. (2012). *Åpne samtaler* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Smith, E. (2006). Retsinformation. *Bekendtgørelse om samtaler efter ophør af en tvangsforanstaltning på psykiatriske afdelinger*. from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11028>
- Sundet, R. (2007). Brukerperspektivet og den terapeutiske relasjon. In A. K. Ulvestad (Ed.), *Klienten - den glemte terapeut : brukerstyring i psykisk helsearbeid* (pp. 312-327). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Topor, A., & Grøtan, A. (2006). *Hva hjelper?: veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforl.

Vedlegg I

Informasjonsskriv med utkast til frivillighet, samtykkeerklæring:

Skjema fra REK evt forenklet skjema: «Forespørsel om deltagelse i undersøkelse» (Fronter).

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”Bruk av utskrivningssamtale etter psykisk helsevern”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å få informasjon om hvordan du har opplevd utskrivningssamtalen etter å ha vært i behandling i tvungent psykisk helsevern. Vi ønsker økt kunnskap, og forståelse for brukerperspektivet innen psykisk helsevern. Du blir forespurt om å være med på studien fordi vi håper at du med dine erfaringer kan bidra med informasjon om dette. Vi er tilknyttet Universitetet i Agder sin videreutdanning innen psykisk helsearbeid, og studien er en del av vår masteroppgave.

Hva innebærer studien?

Vi ønsker å gjøre et intervju med deg hvor vi samtaler om dine erfaringer, vi ønsker å bruke båndopptager av praktiske årsaker. Både for å huske informasjonen i etterkant og å ha det mest «virkelighetsnært». Intervjuene vil kunne bli en del av vår masteroppgave som vi har tenkt skal skrives som en artikkel. Se vedlegg A for detaljer.

Mulige fordeler og ulemper

Vi håper at intervjusituasjonen kan gi rom til å dele erfaringer og få en god samtale. Og at det kan være et bidrag til å utvikle psykisk helsearbeid i en positiv retning. Spørsmål som stilles kan imidlertid frembringe vonde minner, men informanten kan når som helst si ifra dersom noe oppleves ubehagelig og eventuelt ønsker å avslutte.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen om deg vil bli holdes skjult for utedkommende. I oppgaven vil informasjonen bli fremstilt anonymt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt

samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:
Merete Liene 411 26 427 eller Linn-Kristin Johansen 905 70 065.

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

- Informanten må være underlagt tvungent psykisk helsevern innenfor de siste 5 årene
- Dersom man velger å ikke delta, vil dataene vi har om deg bli slettet umiddelbart.
- Vi ser for oss at intervjuene tar 1-3 timer. Vi ønsker å gjennomføre intervjuene i perioden september – desember 2014.
- Vi ser for oss at noen brukere kan ha utbytte av å få muligheten til å dele tanker rundt sine opplevelser.
- En ulempe for bruker kan være at samtalen kan bringe opp sensitive temaer, eller at ting kan bli vanskelig i etterkant. Vi er tilgjengelige for kontakt, dersom informant har spørsmål som kommer opp i etterkant av intervjuet.
- Informanten må selv ta ansvar for å følge sine begrensninger og avslutte eller trekke seg når han føler for det.
- Informanten vil bli orientert så raskt som mulig dersom ny informasjon blir tilgjengelig og som kan påvirke informantens villighet til å delta i studien.
- Informanten skal opplyses om mulige beslutninger som gjør at deltakelse i studiet kan bli avsluttet tidligere enn planlagt.
- Eventuell kompensasjon og dekning av utgifter for deltakere; vi vil etterstrebe å gjøre intervjuene i informantens nærmiljø, slik at reisekostnader ikke tilkommer.

Det er ikke vårt ønske å bedømme eller vurdere den enkelte bruker, men heller å forstå. Det finnes ingen riktige eller gale svar på våre spørsmål. Det er informanten selv som er eksperten.

Vedlegg II

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Kartlegging av sensitive opplysninger/ spørreskjema/ intervjuguide (limes inn her)

Vedlegg III

INTERVJU GUIDE

*Først en presentasjon av Merete og Linn

-Kan du fortelle litt om deg selv?

Når tid var sist du var innlagt på tvang?

På hvilken måte var brukermedvirkning en del av din innleggelse?

-Utskrivelses samtale:

- Husker du at du hadde en type samtale i forkant av utskrivelse fra akuttpost?
- *Hvordan opplevde du utskrivningssamtalen i forbindelse med utskrivelse?*

- Husker du varigheten?
- Husker du legen?
- Fikk du mulighet til å snakke om bruken av tvang?
- Hvilke behov hadde du for å prate om det du opplevde?
- Følte du at det var rom for at du måtte ta opp det du ønsket?
- Var det nok tid?

-Kan du si noe om opplevelsen du hadde av å være innlagt på tvunget psykisk helsevern?

- På hvilken måte føler du at innleggelsen preger livet ditt?

-Kan du si noe om hva du opplevde som positivt i psykisk helse?

- Kan du fortelle noe om hva du tenker kunne vært annerledes?

VEDLEGG IV



Region:

REK sør-øst

Saksbehandler:

Claus H. Thorsen

Telefon:

22845515

Vår dato:

10.09.2014

Deres dato:

Vår referanse:

2014/1209/REK sør-øst C

Deres referanse:

Tonje Lossius Husum Universitetet i Agder

2014/1209 Hvordan oppleves utskrivningssamtalen etter innleggelse på tvungent psykisk helsevern?

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst C) i møtet 19.08.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Forskningsansvarlig: Universitetet i Agder **Prosjektleder:** Tonje Lossius Husum

Prosjektomtale (original):

Prosjektet skal intervjuere personer som har vært innlagt i psykisk helsevern om deres erfaringer med utskrivning-samtalen. Spesielt skal det undersøkes om personene har opplevd å bli spurt om bruk av tvang, og om deres opplevelse av dette. Intervjuere er to mastergrad studenter i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder. De skal rekruttere informanter via brukerforeningen mental helse i Agder.

Vurdering

Etter søknad med prosjektbeskrivelse, legger komiteen til grunn at formålet med prosjektet er kvalitetssikring, og ikke å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom.

Komiteen viser i den sammenheng til hvordan kvalitetssikring forstås i Helse- og omsorgsdepartementets veileder til helseforskningsloven:

”Kvalitetssikring kan defineres som prosjekter, undersøkelser, evalueringer o.l. som har som formål å kontrollere at diagnostikk og behandling faktisk gir de intenderte resultater. Nasjonale tiltak for å sikre og forbedre kvaliteten i tjenestene inkluderer utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer, samordning og styrking av medisinske kvalitetsregistre og å utarbeide gode faglige retningslinjer. Kvalitetsarbeidet må baseres på systematisk dokumentasjon.”

Etter komiteens vurdering faller prosjektet utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2, jf § 4 første ledd bokstav a.

Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor de ordinære ordninger for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Vedtak

Prosjektet er å anse som kvalitetssikring og faller dermed utenfor helseforskningslovens virkeområde jf.

17.06.2014 Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Besøksadresse: Telefon: 22845511 Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo **E-post:** post@helseforskning.etikkom.no

Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

helseforskningsloven § 2, jf § 4 første ledd bokstav a.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn med korrekt skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no

Med vennlig hilsen

Britt Ingjerd Nesheim prof.dr.med leder REK sør-øst C

Kopi til:

tonje.l.husum@gmail.com

Universitetet i Agder ved øverste administrative ledelse: post@uia.no

Claus H. Thorsen

Rådgiver

VEDLEGG V

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjektittel		
Prosjektittel	Hvordan oppleves utskrivning-samtalen etter innleggelse på tvunget psykisk helsevern?	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon Avdeling/Fakultet Institutt	Universitetet i Agder Fakultet for helse- og idrettsvitenskap Institutt for psykososial helse	Velg den institusjon som er ansvarlig for studentprosjektet. Hvis institusjonen ikke er registrert i databasen, velg personvernombud.
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn Etternavn Akademisk grad E-post Arbeidssted Adresse (arb.sted) Telefon/mobil E-post	Tonje Lossius Husum Doktorgrad Timelærer amanuensis UiA Postboks 422 4604 Kristiansand 0047 / 41280305 tonje.l.husum@gmail.com	Før opp navnet på daglig ansvarlig for prosjektet. Veileder og stipendiat: Hvis studenten har et annet studiested, stå for behandlingsansvarlig. NB! Det er viktig å oppgi e-post og telefonnummer. Vennligst gi oss kontaktinformasjon på norsk.
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt Fornavn Etternavn Akademisk grad Privatadresse Telefon/mobil E-post	Ja • Nei ○ Linn-Kristin Johansen Høyere grad Marensvei 2 4823 Nedenes 0047 / 90570065 Linn-Kristin.Johansen@sshf.no	NB! Det er viktig å oppgi e-post og telefonnummer. Vennligst gi oss kontaktinformasjon på norsk.
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Mastergrad oppgave ved studie i psykisk helse ved UiA. Studien er en intervju undersøkelse, en kvalitativ studie, som skal undersøke personer som har vært innlagt i psykisk helsevern sine opplevelser og erfaringer med utskrivning-samtalen ved utskrivning etter oppholdet i avdelingen. Formålet er å forbedre rutinene ved utskrivning og for utskrivning- samtalen ved å samle inn brukeres erfaringer og opplevelser ved denne. Studenten er erfaren psykiatrisk sykepleier, og veileder og prosjektleder for prosjektet er phd og psykologspesialist Tonje Lossius Husum. Informantene til intervju skal rekrutteres etter at	Redegjør kort for formålet med prosjektet og forskningsspørsmål. Maks 750 tegn.

de er skrevet ut via den lokale brukerforeningen Mental Helse. Det skal gjennomføres seks ti ti intervjuer.

Prosjektomfang

Side 1

Velg omfang

● Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt

Oppgi øvrige institusjoner

Oppgi hvordan samarbeidet foregår

7. Utvalgsbeskrivelse

Utvalget

Personer som har vært innlagt i psykisk helsevern.

Rekruttering og trekking

Vi lokal brukerorganisasjon etter at personene er skrevet ut av helsetjenesten.

Førstegangskontakt

Via brukerorganisasjonen Mental Helse Agder

Alder på utvalget

Barn (0-15 år) Ungdom (16-17 år) Voksne (over 18 år)

Antall personer som inngår i utvalget

6-10

Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?

Ja ○ Nei ●

Hvis ja, begrunn

8. Metode for innsamling av personopplysninger

Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes

Spørreskjema Personlig intervju Gruppeintervju Observasjon Psykologiske/pedagogiske tester Medisinske undersøkelser/tester Journaldata Registerdata Annen innsamlingsmetode

Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken

Kommentar

9. Datamaterialets innhold

Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn

Om personenes erfaringer med, tanker om og opplevelser om utskrivning-samtalen de fikk ved sykehuset ved utskrivning etter opphold

Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?

Ja Nei

Hvis ja, hvilke?

11-sifret fødselsnummer Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer

Side 2

Spesifiser hvilke

Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?

Ja Nei

Hvis ja, hvilke?

Lydbånd, stemmen

Samles det inn sensitive personopplysninger?

Ja Nei

Hvis ja, hvilke?

Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling

Helseforhold Seksuelle forhold Medlemskap i fagforeninger

Samles det inn opplysninger om tredjeperson?

Ja Nei

Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?

Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?

Skriftlig Muntlig Informeres ikke

Informeres ikke, begrunn

10. Informasjon og samtykke

Oppgi hvordan utvalget informeres

Skriftlig Muntlig Informeres ikke

Begrunn

Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes

Skriftlig Muntlig Innhentes ikke

Innhentes ikke, begrunn

11. Informasjonssikkerhet

Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en

Ja Nei

atskilt navneliste (koblingsnøkkel)

Hvordan oppbevares navnelisten/
koblingsnøkkelen og hvem har tilgang
til den?

Direkte personidentifiserende
opplysninger oppbevares sammen med
det øvrige materialet **Ja** **Nei**

Side 3

Hvorfor oppbevares direkte
personidentifiserende opplysninger
sammen med det øvrige datamaterialet?

Oppbevares direkte
personidentifiserbare opplysninger på
andre måter? **Ja** **Nei**

Spesifiser

Hvordan registreres og oppbevares
datamaterialet?

Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten Datamaskin i
nettverkssystem tilhørende virksomheten Datamaskin i
nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten

Fysisk isolert privat datamaskin Privat datamaskin tilknyttet
Internett Videoopptak/fotografi Lydopptak Notater/papir
Annen registreringsmetode

Annen registreringsmetode beskriv

Behandles lyd-/videoopptak og/eller
fotografi ved hjelp av datamaskinbasert
utstyr? **Ja** **Nei**

Hvordan er datamaterialet beskyttet
mot at uvedkommende får innsyn? **Det skal ikke lagres identifiserbart materiale**

Dersom det benyttes mobile
lagringsenheter (bærbar datamaskin,
minnepenn, minnekort, cd, ekstern
harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke **Det skal ikke lagres identifiserbare opplysninger**

Vil medarbeidere ha tilgang til
datamaterialet på lik linje med daglig
ansvarlig/student? **Ja** **Nei**

Hvis ja, hvem?

Overføres personopplysninger ved
hjelp av e-post/Internett? **Ja** **Nei**

Hvis ja, hvilke?

Vil personopplysninger bli utlevert til
andre enn prosjektgruppen? **Ja** **Nei**

Hvis ja, til hvem?

Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler? Ja Nei

Hvis ja, hvilken?

12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser

Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data? Ja Nei

Side 4

Kommentar

Søkes det godkjenning fra andre instanser? Ja Nei

Hvis ja, hvilke? REK+UiA

13. Prosjektperiode

Prosjektstart:01.08.2014

Prosjektperiode

Prosjektslutt:30.06.2015

Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt? Datamaterialet anonymiseres Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon

Hvordan skal datamaterialet anonymiseres? Det skal ikke lagres noen person identifiserbare opplysninger

Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?

Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?

14. Finansiering

Hvordan finansieres prosjektet? ikke aktuelt, mastergrad oppgave

15. Tilleggsopplysninger

Tilleggsopplysninger

16. Vedlegg

Antall vedlegg

3

Side 5

VEDLEGG VI

Fek behandlet 17.09.14. din søknad om etisk vurdering av prosjektet "«Bruk av utskrivelsessamtale etter behandling innen psykisk helsevern». Det er et spennende og interessant prosjekt. Dere vil intervju en sårbar gruppe og Fek et i tvil om dette kan godkjennes. Vi anbefaler dere derfor å søke REK om en fremleggsvurdering. Dere finner dette på REK sine sider.

Så er det ønskelig at Fek får tilsendt Rek sin vurdering. Lykke til! På vegne av Fek Anne Skisland