

MASTEROPPGAVE

Emnekode: MPH 495

Navn på kandidat: Jon Kenneth Slind

”En kvalitativ studie om miljøterapeuters erfaringer med å ha og ikke ha husordensregler på psykiatrisk akuttavdeling”.

”A qualitative study exploring milieu therapists experiences of both having and not having house rules in acute psychiatric ward”.

Dato: 12.04.2018

Totalt antall sider: 79

”Det skal være ro i avdelingen mellom kl. 23.00 og kl. 07.00. Pasientene skal være på sine respektive rom dersom ikke annet er avtalt. I forbindelse med dette er røykerommet stengt om natten”.

Forord

Først vil jeg rette en stor takk til engasjerte informanter og deres institusjon hvor jeg ble tatt godt imot ved innhøsting av datamaterialet. Uten dere hadde det ikke blitt en masteroppgave.

Å skrive om husordensregler kommer fra en ide som har bygget seg opp gjennom mange års arbeid ved sengeposter i psykiatrien. I tillegg har husordensreglene vært i medias søkelys gjennom fokus på at det brukes for mye og feil bruk av tvang i psykiatrien.

Å få belyst miljøterapeutenes erfaringer med å ha og ikke ha husordensregler på en psykiatrisk akuttavdeling har vært en lærerik prosess som har gitt meg nye perspektiver, både i metode og faglig innhold.

Jeg ønsker å takke;

- Min veileder, førsteamanuensis i helsevitenskap, Siv Grav som har kommet med konkrete og gode råd gjennom prosessen.
- Marius Storvik, ph.d i rettsvitenskap ved UiT, for råd og veiledning om tema og litteratur.
- Tord Fagerheim, jurist ved helsedirektoratet, for veiledning om de ulike instansene og personer som sitter på materiale om temaet.
- Linn Benjaminsen Hølvold, fagbibliotekar ved forskningsavdelingen Helse Midt-Norge, bidratt med hjelp til litteratursøk.
- Maria Hjelmseth, master i psykisk helsearbeid, for å lese korrektur.
- Sykehuset Namsos, psykiatrisk klinikk, for tilrettelegging og gode vilkår for å gjennomføre utdanningsforløpet.
- Tobias Kaldahl, psykolog, for å lese korrektur.
- Reidar Ove Høyholm, kollega, medstudent og ”sjelesørger”.

Sist men ikke minst ønsker jeg å takke min bedre halvdel og barna som har vært tålmodige og motiverende støttespillere.

Namsos, 12.04.2018.

Jon Kenneth Slind.

Forord.....	ii
Sammendrag.....	v
Abstract.....	vi

Innholdsfortegnelse

1 Introduksjon	1
1.1 Studiens problemstilling	3
1.2 Studiens oppbygning.....	4
1.3 Studiens avgrensning	4
1.4 Teoretisk forankring.....	4
1.4.1 Husordensregler.....	5
1.4.2 Instanser som regulerer husordensreglene.....	5
1.4.3 Legalitetsprinsippet	9
1.4.4 Husordensregler, et ledd i miljøterapien ved psykiatriske akuttavdelinger	10
1.4.5 Miljøet som terapi.....	10
1.4.6 Grensesetting og maktbegrepet.....	11
1.5 Søk etter aktuell forskning som har relevans for studien.....	12
2.0 Metode	14
2.1 Metodisk tilnærming og design.....	14
2.2. Fokusgrupper som metode for datainnsamling	15
2.3 Rekruttering	16
2.4 Utvalg	16
2.5 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene.....	16
2.6 Intervjuguide	17
2.7 Pilotintervju.....	18
2.8 Analyse og databearbeiding.....	18
2.9 Etiske overveielser	20
3.0 Resultater	22
3.1 Miljøterapeutene erfarer store utfordringer i overgangen med å gå bort fra husordensreglene	22
3.2 Miljøterapeutene erfarer ytre påvirkninger rundt husordensreglenes eksistens	24

3.3 Miljøterapeutene erfarer både fordeler og ulemper med det å ha og ikke ha husordensregler	26
3.4 Miljøterapeutene erfarer økt refleksjonsaktivitet i personalgruppen rundt temaet husordensregler	32
4.0 Diskusjon	34
4.1 Miljøterapeutene erfarer store utfordringer i overgangen med å gå bort fra husordensreglene	34
4.2 Miljøterapeutene erfarer ytre påvirkninger rundt husordensreglernes eksistens	36
4.3. Miljøterapeutene erfarer både fordeler og ulemper med det å ha og ikke ha husordensregler	38
4.4 Miljøterapeutene erfarer økt refleksjonsaktivitet i personalgruppen rundt temaet husordensregler	41
4.5 Metodediskusjon.....	45
5.0 Konklusjon.....	49
Litteraturliste	51
Vedlegg 1	I
Vedlegg 2	II
Vedlegg 3	III
Vedlegg 4	V
Vedlegg 5	VIII
Vedlegg 6	X
Vedlegg 7	XI

Sammendrag

Bakgrunn: Bakgrunn for å skrive om husordensregler kommer fra en ide som har bygget seg opp gjennom flere års arbeid ved sengeposter i psykiatrien, i tillegg til medias søkelys på husordensreglene gjennom fokus på at det brukes for mye og feil bruk av tvang i psykiatrien. Hensikten med studien er å få kunnskap om miljøterapeuters erfaringer med å ha og ikke ha husordensregler på psykiatrisk akuttavdeling. Problemstilling: ”Hvilke erfaringer har miljøterapeuter med å ha og ikke ha husordensregler på psykiatrisk akuttavdeling?”.

Materiale og metode: Det ble benyttet en kvalitativ metode i form av to fokusgruppeintervjuer. Åtte miljøterapeuter ble intervjuet etter et strategisk utvalg ved en psykiatrisk akuttavdeling ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Materialet ble analysert ved inspirasjon av Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse.

Resultater: Fire hovedkategorier presenterer resultatene:

- Miljøterapeutene erfarer store utfordringer i overgangen med å gå bort fra husordensreglene.
- Miljøterapeutene erfarer ytre påvirkninger rundt husordensreglenes eksistens.
- Miljøterapeutene erfarer både fordeler og ulemper med det å ha og ikke ha husordensregler.
- Miljøterapeutene erfarer økt refleksjonsaktivitet i personalgruppen rundt temaet husordensregler.

Konklusjon: Informantene ønsker å ha tilbake skriftlige husordensregler. Spesielt ønsket miljøterapeutene regler av det som gikk på sikkerhet og ivaretagelse av de dårligste pasientene. Overgangen med å gå bort fra husordensreglene skapte store frustrasjoner blant miljøterapeutene. Husordensreglenes eksistens kan ha blitt påvirket av medias søkelys mot psykiatrien.

Nøkkelord: Husordensregler, kvalitativ studie, psykiatriske akuttavdelinger og psykisk helse.

Abstract

Background: The background for writing about house rules stems from an idea that has developed during several years of work in psychiatric wards, in addition to the media's spotlight on house rules through their focus on there being used too much and the wrong type of coercion in psychiatry. The purpose of this study is to gain knowledge about milieu therapists' experiences of having and not having house rules in acute psychiatric wards. Thesis question: "Which experiences do milieu therapists have regarding having and not having house rules in an acute psychiatric ward?"

Material and method: There was used a qualitative method with two focusgroup interviews. 8 milieu therapists were selected by strategic sampling in an acute psychiatric ward. They were interviewed using a semi-structured interview guide. The material was analyzed by inspiration of Graneheim and Lundman's qualitative content analysis.

Results: Four main categories introduce the results:

- Milieu therapists experience big challenges concerning the discontinuation of house rules.
- Milieu therapists experience external influence concerning the existence of house rules.
- Milieu therapists experience both pros and cons in having and not having house rules.
- Milieu therapists experience increased reflection activity in the staff group on the topic of house rules.

Conclusion: The informants want written house rules back. The milieu therapists particularly wanted rules regarding safety and the care of the sickest patients. The transition of discontinuation house rules created major frustrations amongst the milieu therapists. The existence of the house rules has been influenced by the media's spotlight on psychiatry.

Keywords: House rules, qualitative study, acute psychiatric wards, mental health.

1 Introduksjon

<https://www.vgtv.no/video/134852/spoerretimen-om-tvangsbruk-i-psykiatrien>

(Linken viser helseminister Bent Høie som snakker om husordensregler og tvang i Stortingets spørretime (vgtv, Steiro, 2016)).

Redaktør i Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, Odd Volden, skriver følgende i et innlegg som omhandler det å møte pasienter med respekt og om respektløse husordensregler:

”Husordensreglene i psykisk helsevern, i fortid og nåtid, burde være et spennende materiale for master- og ph.d-kandidater å dykke ned i. En kombinasjon av tekstanalyse av husordensreglene og intervjuer med pasienter og personale om fenomenene som ønskes regulert, ville kunne gi viktig kunnskap både om det vi ofte omtaler som institusjonskulturene, om intern stigmatisering og om grunnlaget for relasjonene mellom pasienter og personale.” (Volden, 2013. s. 1).

Det er en kombinasjon av flere faktorer som har påvirket mitt valg av tema for studien. Jeg har jobbet som psykiatrisk sykepleier ved flere avdelinger innen akutt- og sikkerhetspsykiatrien de siste 17 årene, hvorav ni år på dag/aften og åtte år på natt. De siste ni årene har jeg vært instruktør for sikkerhetskurs på psykiatriske sengeposter. Gjennom sikkerhetskursene har det vært fokus på forebygging av vold og aggresjon, konfliktløsning, frigjøringsteknikker og praktisk trening med mekaniske tvangsmidler. Erfaringene tilsier at konflikter og uro kan oppstå ved grensesetting og korrigerende i det miljøterapeutiske arbeidet. Husordensreglene er en del av et fundament i avdelingenes struktur som kan være grobunn for korrigerende og grensesetting. Derfor blir jeg nysgjerrig på personalets perspektiv med bruken av husordensreglene. Erfarer de trygghet og forutsigbarhet? Eller opplever de momenter som diskvalifiserer pasientenes fulle sosiale aksept av fasiliteter som kan være ødeleggende for deres identitet? Det er personalet som må håndheve husordensreglene, derfor anser jeg det som interessant å få forske på husordensreglene sett fra personalets ståsted. Spesielt som et ledd i forebygging av konfliktsituasjoner er det derfor av interesse å undersøke nærmere personalets erfaringer med husordensreglene.

I studiets startfase var det interessant å gjøre en kartlegging av bruken og omfanget av husordensreglene ved psykiatriske akuttavdelinger. Etter å ha forsøkt telefonisk kontakt med ti akuttavdelinger for å forhøre om deres bruk, omfang og muligheten for å få tilsendt den

enkelte avdeling sine husordensregler, ble tilbakemeldingene diffuse svar, unnvikelse og ingen ønsket å gi fra seg husordensreglene. Enhetslederne ved 19 av landets akuttavdelinger fikk tilsendt en formell e-post med informasjon om studien og en forespørsel om å få tilsendt et eksemplar av avdelingens husordensregler. Mottaksadresse var forskerens jobbadresse. Det ble presisert med lovnad om at husordensreglene ikke ville bli publisert eller fremkomme i studien der de ville være identifiserbare med hvilken avdeling de tilhører. Dette for å ufarliggjøre en overlevering av husordensreglene, samt øke muligheten for en bedre respons. Syv enhetsledere kom ikke med respons og to enhetsledere kom med respons på at de har ingen skriftlige husordensregler eller at de har gått bort fra husordensreglene. Ti avdelinger sendte et eksemplar av deres husordensregler.

I følge Helsedirektoratet (Bremnes, R., Pedersen, P. B., Hellevik, V., Urfjell, B., Solberg, A., Vedvik, M.A.E. 2016 s. 28) var det i 2014 totalt 1 112 541 oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne på offentlige og private sengeposter i Norge. Det er et stort tall og man kan tenke seg at det kan være en del korrigerende situasjoner med utgangspunkt i avdelingenes husordensregler.

Høsten 2016 var tvangsbruk i psykiatrien gjentatte ganger hovedoppslag i de landsdekkende avisene og det har vært mye fokus på dette i mediene. Konklusjonen er at det brukes for mye tvang og retningslinjer følges ikke (Markusen, 2016).

Helseministeren Bent Høie hadde i den forbindelse et innlegg på stortingets spørretime etter medias oppslag om uregelmessig tvangsbruk, der han påpekte at bruk av tvang med henvisning til husordensreglene som disiplinerte og sanksjonerende tiltak er ulovlige (vgtv red. Steiro, 2016).

Det gjorde meg mer interessert i temaet. I følge Malterud (2011) kan faglig ståsted påvirke forskerens briller gjennom forskningsprosessen. Personlig anser jeg ikke meg selv som fanatisk i forholdt til temaet husordensregler. Jeg har ingen intensjon om hverken å fronte rigide husordensregler eller å avskaffe de. Selv om en avdeling har husordensregler tenker jeg at det er viktig å tenke over hvorfor man korrigerer og begrenser pasientenes autonomi. En regel må ikke bli en regel fordi det er en regel.

Det er ikke funnet en studie som er gjort kun på husordensreglene ved psykiatriske akuttavdelinger, men det finnes studier hvor husordensregler har blitt sett på i en større sammenheng. Sintef (Norvoll, R., Hatling, T., Hem, K-G. 2008) gav i 2008 en rapport fra

prosjektet ”Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus” (BAT- prosjektet) hvor de så på en rekke faktorer i en avdeling som kan føre til økt bruk av tvang, blant annet husordensreglene.

I Sintefs rapport (Norvoll et al 2008) kommer det frem at det anbefales ytterligere satsing på forskning og målrettet utviklingsarbeid om alternativer til tvang og tvangsreduksjon. I rapporten kom det frem at det ofte ble diskusjoner og krangel om husordensregler mellom pasient og personal, som igjen endte opp i vedtak om tvang. Til tross for den økende forskningsinteressen om tvang, er litteraturen beskjeden tatt i betraktning omfanget av tvangsbruk innenfor psykisk helsevern. Det finnes lite forsknings- og faglitteratur om alternativer til tvang og muligheter for tvangsreduksjon i norske sykehus. Det er også behov for mer kunnskap om alternativer til tvang, og hvordan disse metodene kan forankres i postenes hverdagslige praksis på en måte som gjør at tvangsbruken holdes lav over tid (Norvoll, et.al. 2008).

I lys av de nevnte utfordringene ble hensikten med studien å få kunnskap om miljøterapeutenes erfaringer med å ha og ikke ha husordensregler på psykiatrisk akuttavdeling. Formålet med studien er å få frem nyanser ved det å ha og ikke ha husordensregler, samt få frem erfaringer som kan bidra til en human og konstruktive anvendelsen av husordensreglene på psykiatriske akuttavdelinger. Studien kan påpeke områder som kan forbedres, samt påpeke områder hvor det er behov for ytterligere forskning vedrørende husordensregler på psykiatriske akuttavdeling.

1.1 Studiens problemstilling

Det viste seg at helseforetaket hvor datainnsamlingen er innhentet fra var i en spesiell situasjon i forhold til husordensreglene. Institusjonen besto tidligere av flere akuttpsykiatriske avdelinger som har anvendt husordensregler så lenge dem har eksistert. Noen måneder før datainnsamlingen fant sted ble disse avdelingene slått sammen til en stor avdeling i nytt bygg, hvor dem drifter uten husordensregler. Dette var en unik mulighet for å innhente erfaringer fra både det å ha husordensregler og det å ikke ha husordensregler.

Følgende problemstilling har dannet grunnlaget for denne studien:

”Hvilke erfaringer har miljøterapeuter med å ha og ikke ha husordensregler på psykiatrisk akuttavdeling?”

Mer konkret vil studien belyse hva miljøterapeuter ved psykiatriske akuttavdelinger retter oppmerksomheten mot i møte med husordensreglene. Hvilke personlige erfaringer innehar de knyttet til refleksjoner rundt yrkespraksisen, samt hvordan forløp situasjoner i forbindelse med anvendelse av husordensreglene?

1.2 Studiens oppbygning

Kapittel 1 presenterer introduksjon og bakgrunn for valg av tema, problemstilling, studiens avgrensning, teoretisk forankring og søk etter annen forskning som er relevant for å besvare problemstillingen. Kapittel 2 gjør rede for metoden og designet som studien er tuftet på, gjennomføring av studien, analysemetode av datamaterialet og etiske overveielser. Videre presenteres resultatene av analysen i kapittel 3. I kapittel 4 diskuteres studiens hovedfunn sett i lys av aktuell forskning og litteratur, samt metodediskusjon. I kapittel 5 avsluttes studien med en konklusjon og forslag til videre forskningsområder.

1.3 Studiens avgrensning

Masteroppgaven vil i all hovedsak forholde seg til empirisk kunnskap basert på miljøpersonalets erfaringer rundt husordensreglene fra deres yrkespraksis. Den blir ikke å gå inn på forklaringsmodeller på psykiske lidelser eller beskrivelser av innleggelsesårsak, diagnoser eller symptomer.

1.4 Teoretisk forankring

Den teoretiske forankringen vil gjøre rede for sentrale begreper knyttet til problemstillingen. Begrepet husordensregler blir forklart, samt funksjonene og oppgavene til instansene som regulerer husordensreglene blir kartlagt.

Husordensreglene vil gå inn som et ledd i begrepet miljøterapi, der feltene grensesetting og makt blir vektlagt. Av de ulike varianter av avdelinger er det psykiatriske akuttavdelinger studien fokuserer på.

1.4.1 Husordensregler

Husordensregler omtales ofte i praksis som husregler, men i skriftlig form omtales de med husordensregler. Gjøres søk på internett fremkommer det lite funn der husordensregler blir nevnt i forbindelse med psykiatri. Ved søk på ordet husordensregler, vil man i hovedsak komme på områder som har med husordensregler ved utleie av bolig, husleiekontrakt, borettslag og studentboliger å gjøre.

Skriver man om allmenne kjente temaer innen psykisk helsevern, som miljøterapi og tvang, finnes det mye litteratur på området både i form av bøker, studier og på internett. Det finnes ikke en bok om husordensregler i tilknytning psykiatrien i Norge. Det finnes lite sammenhengende litteratur om emnet. Det som er å finne er at husordensregler kommer som et delemne i en større sammenheng.

I et høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet (Helgeland, 2015), omtales husordensregler som et ”tveegget sverd”. På den ene siden kan husordensregler representere gode rutiner og kjøreregler. Husordensreglene kan omhandle måltider, besøkstider, TV-rutiner, telefontider, felles gjøremål m.m. Husordensregler kan bidra til å utvikle hensiktsmessige rutiner hvis de er i henhold til lover og forskrifter og at de oppleves meningsfulle av pasienter og personale. På den andre siden kan husordensreglene oppleves som uhensiktsmessige, både for personale og pasienter. Uhensiktsmessige og/eller rigide regler kan være en kilde til konflikt og unødig bruk av makt i institusjonslivet. Det er mange erfaringer fra dette og særlig innen psykisk helsevern. Norsk Sykepleierforbund (NSF) støtter Helse- og omsorgsdepartementets krav om husordensregler som er i tråd med formålet for oppholdet og skriver at det er vanskelig å se for seg et institusjonsliv uten noen felles regler. Krav om husordensregler vil bidra til oversikt og gjør dem etterprøvbare, både for pasienter og personal, og ved tilsyn av eksterne. (Schømer-Olsen, 2015, s. 2).

1.4.2 Instanser som regulerer husordensreglene.

Helt siden sinnssykeloven av 1848, har kontrollkommisjonene hatt en sentral rolle i kontrollen av det psykiske helsevern i Norge. Kontrollkommisjonens rolle har vært diskutert opp gjennom tidene. Det som har blitt diskutert har vært graden av nærhet kontrollkommisjonene skal ha til pasienten og institusjonene (Helsedirektoratet, 2008).

Diskusjonen har på den ene siden vært at nærheten øker kontrollkommisjonenes kunnskap og tilgjengelighet, men på den annen side utgjør den samtidig en fare for at kommisjonene blir stuevarme og institusjonstro. Om kontrollkommisjonene har tilstrekkelig faglig tyngde til å kunne overprøve institusjonenes avgjørelser har også vært et tema. Selv om det gjennom tiden har vært rettet et kritisk lys på kontrollkommisjonene, har ordningen med små justeringer blitt gjeldende som den sentrale garantien for at det ikke skal gjøres urett mot pasienter innen det psykiske helsevernet. Kontrollkommisjonene i Norge består av personer med medisinsk kompetanse, pasient/pårørende erfaring, juridisk kompetanse og generell menneskekunnskap. Denne ordningen synes å være unik i forhold til ordningene i de øvrige nordiske land. I Norden og Europa for øvrig, er det stort sett tillagt domstolene å treffe avgjørelser (Helsedirektoratet 2008 s. 5).

Kontrollkommisjonene skal sikre pasientenes rettsikkerhet i møte med det psykiske helsevernet. De skal varsle Fylkesmannen i tilfeller der de finner at en avgjørelse eller et forhold er kritikkverdig. Forholdet kan også tas opp med ansvarlig lege eller institusjonens ledelse. Det samme gjelder i saker som gjelder kvaliteten på den tjenesten som ytes. (Helsenorge, 2014)

Kontrollkommisjonens arbeidsoppgaver er tredelt. Den skal fungere som et kontrollorgan, klageorgan og de skal føre tilsyn med pasientenes velferd.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern kapittel 6 regulerer feltet kontroll og etterprøving og lyder som følgende:

”Hvor noen er under psykisk helsevern etter loven her, skal det være en kontrollkommisjon som etter nærmere regler gitt av departementet treffer de avgjørelser som særlig er tillagt den.

I den utstrekning det er mulig, skal kontrollkommisjonen også føre den kontroll den finner nødvendig for pasientenes velferd. Den kan ta opp saker etter eget initiativ eller etter henvendelse fra pasienten, pasientens nærmeste pårørende eller personalet.

Finner den forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med den faglig ansvarlige og eventuelt Fylkesmannen.

Kontrollkommisjonen oppnevnes av departementet, som også bestemmer hvilket område som skal være tillagt hver kommisjon.

Departementet har det overordnede ansvar for at det i hvert område er en fungerende kommisjon.” (Psykisk helsevernloven, 1999)

Når kontrollkommisjonen opptrer som klageorgan og kontrollorgan, har den direkte beslutningsmyndighet, i motsetning til når den utøver kontroll over pasientenes velferd. Kontrollkommisjonenes oppgaver er i stor grad rettslig styrt og den praktiske gjennomføring av oppgavene har imidlertid variert, ved at kommisjonene selv har utviklet sin form og arbeidsmetode. Imidlertid er det ønskelig at unødvendige variasjoner reduseres, slik at pasienten møter «samme kontrollkommisjon» uansett hvor han eller hun blir innlagt i landet. (Helsedirektoratet 2008 s. 21)

Husordensreglene blir regulert under kontrollkommisjonens velferdskontroll der de skal påse at husordensreglene er i overensstemmelse med lov om psykisk helsevern. Kontrollkommisjonen har beslutningsmyndighet til å godkjenne, oppheve eller endre husordensreglene. De har også mulighet å komme med råd og merknader til husordensreglene. (Helsedirektoratet 2008 s. 21 – 27.)

Alle psykiatriske akuttavdelinger i Norge er institusjoner som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. De skal da oppsøkes av kontrollkommisjonen minst en gang pr. måned, samt at noen av besøkene bør skje uanmeldt. Hvilke akuttavdelinger den enkelte kommisjon har ansvar for bestemmes av Helsedirektoratet, i samråd med fylkesmannen som har kunnskap om lokale forhold. (Helsedirektoratet 2008 s. 19 og s. 29).

Det er i dag 55 kontrollkommisjoner i Norge. (Helsedirektoratet 2016).

Sivilombudsmannen er Stortingets ombudsmann for å kontrollere den sivile forvaltningen. Sivilombudsmannen har til oppgave å sikre at offentlig myndighet ikke gjør urett mot den enkelte borger. Kontrollen utføres på grunnlag av klager fra borgerne om urett og feil som måtte være gjort. Ombudsmannen kan også ta opp saker på eget initiativ. Sivilombudsmannen kan undersøke de fleste typer saker og forhold som offentlige myndigheter har behandlet og avgjort, og kan ta disse til behandling. Ombudsmannen har rett til å kreve utlevering av alle typer opplysninger. Saksbehandlingen kan ende med at Sivilombudsmannen avgir en uttalelse, for eksempel at forvaltningen har brutt lovverket. Sivilombudsmannen er Stortingets tillitsmann og dermed ikke selv en del av forvaltningen. Derfor er ikke Sivilombudsmannens

uttalelser automatisk juridisk bindende. Imidlertid har Stortinget forutsatt at forvaltningen skal rette seg etter Sivilombudsmannens uttalelser, noe som tilnærmet alltid blir gjort. Sakene Sivilombudsmannen tar til behandling kan i mange tilfeller eventuelt bringes inn til domstolene om nødvendig for å få en rettslig bindende avgjørelse på dem. (Helsedirektoratet, 2016)

I 2011 hadde Sivilombudsmannen (2011) et besøk til St.Olavs hospital, Divisjon psykisk helse, avdeling Brøseth, og fant da grunn til å ta opp enkelte spørsmål ved avdelingen. Det gjaldt først og fremst avdelingens husordensregler for gjennomføring av rutinemessig undersøkelse av pasientenes rom, eiendeler, post med videre, og det rettslige grunnlaget for rutinene. Sivilombudsmannen konkluderte med at Brøseth i henhold til legalitetsprinsippet ikke hadde klar nok hjemmel for inngrepene som husordensreglene la opp til. Avdeling Brøseth ble bedt om å gjøre om husordensreglene slik at dem var i tråd med psykisk helsevernloven kapittel 4.

I rundskriv i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer (Helsedirektoratet, 2012), regulerer §4.2 femte ledd husordensregler i institusjoner i det psykiske helsevernet. I kraft av institusjonenes eierråderett har de mulighet til å fastsette egne regler for at institusjonen skal fungere som et sosialt fellesskap, samt for å legge til rette for et godt arbeidsmiljø. Det kan for eksempel være nødvendig å regulere bruk av radio, tv, PC, telefon, besøk, faste tidspunkt for felles måltider, nattero og røyketider. Det er regler som man vanligvis må forholde seg til når mange mennesker oppholder seg sammen. Det er mulighet for å regulere disse reglene i den grad det vurderes som nødvendig av driftsmessige hensyn eller av hensyn til medpasienter. Det må for eksempel være mulighet for å regulere at telefoner skal stå på "lydløs" om natten, samt at det ikke benyttes telefon i fellesarealer. Ved enkelte avdelinger må det være mulighet for å nedlegge et generelt forbud mot at det tas bilder eller videoopptak. Graden av regulering må vurderes opp mot behovet ved de ulike avdelingene.

I følge helsedirektoratet (2012) må ikke husordensreglene inneholde regler om inngrep av sterk karakter. Det er kun anledning å fastsettes "rimelige begrensinger". Det kan for eksempel ikke settes en generell regel om at personale skal være til stede ved besøk eller at pasientene kan pålegges å delta i avdelingens aktiviteter. Husordensreglement kan sette viktige rammer ved opphold på en institusjon, og noen pasienter kan oppleve slike regler som et stort inngripen. Husordensreglementet ansees nødvendig av hensyn til effektiv drift og et

godt tilrettelagt behandlingsmiljø. Det er viktig at husordensreglene ikke er strengere enn absolutt nødvendig.

Etter å ha vært i kontakt med ressurspersoner på temaet husordensregler ved helsedirektoratet, kompetansesenteret sør-øst og universitetet i Tromsø ble forskeren geleidet til diverse nettsider for å finne litteratur på området. Det er en gjennomgående mangel i litteratur på området og det teoretiske rammeverket er nærmest fraværende. Det finnes kun fragmenter av litteratur rundt omkring, men ikke noe sammenhengende litteratur som gir et helhetsinntrykk, en utvidet forståelse av hva husordensregler er eller belyser kompleksiteten på området. Det kommer frem ved universitetet i Tromsø at det er en dr.grads avhandling som berører området husordensregler som planlegges å publiseres som bok. Den vil trolig ikke bli utgitt før våren 2018.

Fokuset hos disse kontaktpersonene lå på legalitetsprinsippet.

1.4.3 Legalitetsprinsippet

Legalitetsprinsippet er en overordnet rettsregel og prinsipp som står i Grunnlovens §113 som sier at myndigheter ikke kan gripe inn og endre eller etablere bindende rettsforhold overfor borgerne, uten å ha grunnlag for det i lov – såfremt ikke andre kompetansegrunnlag finnes. Legalitetsprinsippet kalles gjerne lovskravet. (Eriksen, 2011).

I følge informasjonsskriv til medlemmer av kontrollkommisjoner i psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2008) beskriver de at jo mer inngripende tiltaket er, jo strengere krav stilles til en klar hjemmel. Eierrådighet er et kompetansegrunnlag som forvaltningen kan vise til. I likhet med private har staten rettslig råderett over egne eiendommer, men utgangspunktet er at det offentlige ikke har samme rett til å legge begrensninger på allmennhetens handlefrihet som det privatpersoner har. Det er ulike hensyn som må tas ved utforming av husordensregler ved en institusjon. Hensynet til det driftsmessige, hensynet til medpasienter og hensynet til ansatte. Her vil man berøres av psykisk helsevernloven §4-5 og arbeidsmiljøloven §4.3 (Helsedirektoratet, 2008).

1.4.4 Husordensregler, et ledd i miljøterapien ved psykiatriske akuttavdelinger

Psykiatriske akuttavdelinger har plikt til å ta imot pasienter som henvises til øyeblikkelig hjelp. Pasientene kan ha psykotiske tilstander, være preget av sterk uro, aggressivitet eller destruktivitet. De kan ha angsttilstander, depressive reaksjoner med suicidalfare og delirøse tilstander. Flere pasienter er innlagt imot sin vilje etter bestemmelse i psykisk helsevernloven. Akuttavdelingene skal primært dempe uro, vold, realitetsbrist og angst. Ved en slik avdeling kan pasientene ha behov for stimulansreduksjon og det kan bli gjort begrensninger i forhold til autonomi og kontakt med omverdenen (Malt, Retterstøl og Dahl, 2010).

Miljøterapi har som terapeutisk form eksistert i over 50 år, og kan være vanskelig å entydig definere. Det er en terapeutisk form som har sitt utspring i institusjonsbehandling. Det særegne ved miljøterapi er at den er mer et uttrykk for en fagideologisk tenkning, mer enn en konkret metode. I den miljøterapeutiske virksomheten kan man anvende ulike kvalifiserte metoder, som kognitiv tilnærming, mentaliseringsbasert tilnærming eller traumesensitiv tilnærming. Spesifikt valg av metode er nært knyttet til institusjonens oppgave og de miljøfaktorene man har til rådighet. Skal miljøterapi være terapeutisk, må valgene være gjennomtenkte, og den fagideologiske tenkningen må forankres i institusjonens organisering. (Olkowska og Landmark 2016 s. 23)

1.4.5 Miljøet som terapi

Stiftelsen for psykiatrisk opplysning Stavanger illustrerer den gjensidige påvirkningen mellom strukturer og miljø i følgende definisjon: Behandlingsmiljø skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Det skapes av bidrag fra både pasienter og personale innenfor fysiske, bygningsmessige rammer. For pasienten – mennesker med psykisk sykdom – er miljøterapi å være, å handle i og utenfor postmiljøet over tid. (Vatne 2009).

Husordensreglene vil kunne påvirke strukturen og miljøet i behandlingen. Det er avhengig for utfallet hva som er tanken bak husordensreglene, hvilke holdninger personalet har, samt hvordan husordensreglene blir anvendt i samspillet med pasientene. Vatne (2009) påpeker videre at miljøet bør preges av struktur og klarhet. Strukturen i hverdagen skapes av miljøterapeutenes behandlingsoppgaver og gjennom planlagte rutiner og aktiviteter i

avdelingen. For å oppnå sikkerhet og trygghet for pasienter og ansatte medfører det spesielle krav til fysiske utforming av miljøet i en avdeling, samt regler for atferd og samhandling, ofte kalt husregler eller husordensregler. Behandlingen i miljøet skal skape beskyttelse og struktur gjennom trygge og forutsigbare omgivelser for pasienter og ansatte.

Hummelvoll (2012) påpeker at dagsplan og behandlingsplaner er med på å skape struktur og forutsigbarhet. Aktivitetene bør inneholde aktiviteter som er meningsfulle og øker følelse av mestring og selvinnsikt. Husordensregler er ment til å hjelpe pasienter til å få kontroll på eget liv, og ofte sin kaotiske hverdag. Husordensregler og retningslinjer fungerer som en del av miljøterapien, i den grad at pasientene blir bevisstgjort og inkludert i behandlingsforløpet (Larsen og Terkelsen, 2014).

1.4.6 Grensesetting og maktbegrepet

Kommunikasjon og relasjon mellom personale og pasient kan påvirke utbytte av behandlingen. Det at personalet er i miljøet og kommuniserer med pasientene vil bidra til å gi pasientene en følelse av trygghet. Dette vil også gi personalet bedre innsikt i pasientenes situasjon og behov. Ved alvorlig psykisk lidelse kan pasientene ha vansker med å kontrollere atferden, noen som kan resultere i ukritisk blamering og utagerende atferd. Slike opplevelser kan for pasientene føles nedverdiggende, og for medpasienter og miljøterapeuter kan det gå ut over trygghetsfølelsen. Personalet må i slike situasjoner vurdere hva slags grenser pasientene har behov for, og disse må være tydelige og forutsigbare for pasienten (Hummelvoll, 2012).

Vatne (2009, s. 46) viser til tre korrigerende roller i beskrivelsen av personalets tilnæringsmåter i grensesettingssituasjoner. *Omsorgsrollen*, beskrives som en tilnærming preget av lav bruk av makt, men har fokus på tilstedeværelse og tilfredsstillelse av trygghet, fysiske- og psykososiale behov. *Oppdragerrollen*, en tilnærming med skjult bruk av makt, med fokus på å appellere til fornuft, avlede og ignorere atferd. *Vokterrollen*, tilnærming ved bruk av åpen tvang uten videre forsøk på å samarbeide med pasienten. I praksis vil tilnæringsmåtene og rollene gå over i hverandre og brukes om hverandre. Alt avhenger hvordan relasjonen og situasjonen utvikler seg mellom personalet og pasientene. Ved uakseptabel atferd fra pasientens side, vil en kunne anvende strengere maktformer. Åpen og skjult tvang kan være et utgangspunkt i samhandlingen (Vatne 2009).

Ved å se på Vatnes (2009) modell over korrigerende roller og tilnærminger i miljøterapien kan en tenke at bruk av husordensreglene i avdelingen vil gå på tvers av de ulike rollene og vil være anvendbart på flere felt for å sette fokus på forutsigbarhet og stabilitet.

Husordensreglene kan være til for å gi omsorg, ved å gi råd og anbefalinger om atferd. En kan appellere til fornuft ved å informere og motivere for å realitetsorientere og påpeke negativ atferd som ikke er forenelig med husordensreglene. En vil også kunne se på husordensreglene som skjult tvang ved disiplinering og ansvarliggjøring for å kunne begrense eller stoppe pasienten med atferd som går på tvers av husordensreglene. I følge Vatne (2009) vil kontroll i seg selv ikke føre til vekst og utvikling, men kan framkalle lydighet. I noe tilfeller kan grensetting oppfattes som antiterapeutisk, altså at det virker negativt inn på en behandlingssituasjon. Sanksjoner som straff, inngripen og bruk av tvang kan være eksempler på det. I en nordisk studie (Lindstrøm 1997) uttaler pasienter entydig at de oppfatter grensesetting som den minst virksomme sykepleietilnærmingen i akuttpsykiatrien. Grensesetting synes å gi en opplevelse av makt og avmakt, og at alternative og mer terapeutiske former bør utvikles. Det er viktig å utvikle tilnæringsmåter som motvirker at situasjoner låser seg (Vatne 2009).

1.5 Søk etter aktuell forskning som har relevans for studien

For å finne tidligere forskning som er gjort på temaet husordensregler i psykiatriske akuttavdelinger ble det utført søk i Pubmed etter Pico-skjema med følgende emneord: Miljøterapeut: nurse OR milieu therapist OR milieu staff OR environmental therapist OR environmental staff OR health personnel.

Husordensregler: house rules OR ward rules OR guidelines OR directives OR therapeutic milieu OR rules.

Erfaringer: experiences OR perception

Akuttpsykiatrisk avdeling: acute psychiatric ward OR acute psychiatric department OR institution OR acute psychiatric care.

Ved å benytte alle søkeord, fremkom det ingen treff. Derfor ble det nødvendig å gjøre mindre omfattende søk hvor enkelte emneord uteble, samt bruke de ulike søkeordene i forskjellige kombinasjoner. Å finne anvendbar forskning på området viste seg å være vanskelig. Det ble derfor nødvendig å kontakte fagpersoner på området; ved helsedirektoratet,

kompetansesenteret ved helse sør-øst, fagbiblioteker ved forskerens arbeidsted, og en PhD-kandidat ved universitetet i Tromsø som skriver om beslektede tema. Etter omfattende søk i Pubmed, google scholar, psykinfo, chinahl og oria fremkom noen få artikler som var relevant for å anvende som materiale til å drøfte problemstillingen i kapittel 4. Ved å finne anvendbare artikler, ble det også gjennomført handsøk. Etter gjennomsøk i referanselister til andre artikler, ble de som så relevant ut søkt opp manuelt i overnevnte søkesider ved hjelp av tittelsøk. Ved søk fremkom en samlingsartikkel av litteratur som er gjort over husordensregler på psykiatriske akuttavdelinger, Acute psychiatric ward rules; a review of the literature (Alexander & Bowers, 2004). Denne studien dekker hovedmengden av forskning som er gjort ved bruk av nøkkelordene.

2.0 Metode

Hensikten med studien er å få kunnskap om miljøterapeuters erfaringer med å ha og ikke ha husordensregler på en psykiatrisk akuttavdeling. I dette kapitlet gjøres det rede for studiens valg av metode og vitenskapsteoretiske tilnærming. Videre gjøres det rede for gjennomføringen av studien, analyseprosessen og etiske overveielser.

2.1 Metodisk tilnærming og design

I følge Malterud (2011) er det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming, ettersom den egner seg best når en søker kunnskap om menneskelige fenomener som erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger. Kvalitativ metode bygger på filosofiske teorier om menneskelig erfaring og fortolkning av menneskelig mening; beskrevet som fenomenologi og hermeneutikk (Kvale & Brinkmann, 2012). Selv om det ikke trengs inngående dybdekunnskap til de filosofiske teoriene vil en likevel ha behov for kjennskap til dem for å kunne sette kunnskapsforståelsen i en større sammenheng (Malterud, 2011)

Fenomenologi er en forskningstradisjon som benytter levde erfaringer og fortolkninger av mening som utgangspunkt for dypere forståelse av fenomener (Polit & Beck, 2010).

Fenomenologien påpeker at menneskelige erfaringer er kjennetegnet med direkte og umiddelbar opplevelse av helhetlige, meningsbærende fenomener. Når et fenomen studeres innenfra, undersøkes fenomenet slik personen selv erfarer den (Thomassen, 2006). Det er dette vi søker å gjøre gjennom å la miljøterapeutene snakke om sine erfaringer rundt husordensreglene ved psykiatriske sengeposter.

Innen fenomenologisk tradisjon og metode finnes det to hovedretninger- den deskriptive og den hermeneutiske. Den deskriptive tradisjon bygger på Husserls filosofi som tok utgangspunkt i at menneskelig opplevd erfaring hadde verdi og burde være gjenstand for vitenskapelig forskning. Han studerte fenomener slik de viste seg gjennom en intensjonell fokusering av bevisstheten (Lavery, 2003). Han mente at det var essensielt at forskeren frigjør seg fra all forforståelse og personlig bias (Lopez & Willis, 2004). En skal unnlate å ta med forhåndskunnskapen for å oppnå en fordomsfri beskrivelse av fenomenene. Objektivitet innenfor fenomenologisk filosofi vil være troskap mot de undersøkte fenomenene (Kvale & Brinkmann 2012). Hermeneutikk er å lære om tekstfortolkning og videre bearbeiding av

denne. I forskningsprosessen i kvalitative studier er det et sentralt og viktig element. Eksempler på hermeneutisk overveielse vil være enhver overveielse over hva tolkning er, hva forståelse er og hvordan tekstanalyse skal håndteres. Hermeneutisk spiral kalles prosessen med fortolkning og spiralen fortsetter til en har forståelsen av teksten som en konsistent og sammenhengende materiale (Polit og Beck, 2012).

2.2. Fokusgrupper som metode for datainnsamling

I denne studien er fokusgruppeintervju valgt som metode for datainnsamling. I følge Malterud (2011) er fokusgrupper særlig nyttige når formålet er å fremskaffe data om gruppers fortolkninger, normer og refleksjoner om ulike forhold. Ved fokusgruppeintervju står samhandling sentralt; virkemidlet er interaksjon mellom informantene hvor problemstillingen belyses så nyansert som mulig. Gruppens fortolkninger og sammenligninger av erfaringer vil kunne vært til hjelp for å forklare kompleksiteten i temaet. (Halkier, 2010; Malterud, 2012).

For å sikre gode interaksjoner rundt temaet husordensreglene var det vesentlig at gruppen ikke avbrytes og styres i for stor grad av en detaljert intervjuguide. Å la gruppen utarbeide diskusjoner, likheter og ulikheter vil være med på å farge kompleksiteten av temaet.

Det er vanskelig å vurdere hvor stort utvalget trenger å være for å oppnå tilstrekkelig informasjonsmetning, eller et bredt nok bilde av det som undersøkes. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer med fire informanter i hver gruppe. Dette var noe som ble vurdert underveis, for å se om antallet ville gi en tilfredsstillende datametning utfra hensikten med studien. I følge Malterud (2012) vil en liten gruppe kunne gi mer dybde og mindre variasjon i datamaterialet, mens en større gruppe vil kunne gi mer variasjon og mindre dybde.

Johannesen, Tufte & Christoffersen (2010) fremhever at det er lettere å ta ordet i en mindre gruppe enn i en større gruppe som en fordel, og at alle informantene får tid og anledning til å få sagt det de ønsker. Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass.

Fokusgruppeintervjuene varte i 57 og 47 minutter.

Hovedgrunnen for å anvende fokusgruppe som metode er få de dynamiske prosessene som skjer i en gruppe i forhold til fortolkninger og sammenligninger av erfaringer.

2.3 Rekruttering

Rekruttering til prosjektet foregikk i samarbeid med enhetsleder og fagutviklingssykepleiere ved en akutt psykiatrisk døgnavdeling på et sykehus i Norge (vedlegg 1). Avdelingen ønsker å ikke bli navngitt i studien, dette for å ivareta anonymiteten til informantene.

Fagutviklingssykepleierne rekrutterte informanter som jobbet i miljøet ved denne akuttpsykiatriske døgnavdelingen ut i fra kriteriene som var satt (vedlegg 2). Kriteriene for å være informant i studien var at de snakker norsk, har helsefaglig bakgrunn og har jobbet minimum ett år i minimum 50% stilling. Fagutviklingssykepleierne overleverte skrevet ”informasjon og forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet” (vedlegg 3). Informantene ble her informert om frivilligheten til deltakelse og de samtykket ved å signere under ”samtykke til deltakelse i studien” som lå som vedlegg. Samtykkeerklæringene ble oppbevart i låst skap hos postsekretær ved forskerens arbeidsplass inntil studien ble avsluttet.

2.4 Utvalg

Utvalgt sykehus var ønsket da institusjonen besto av flere akuttavdelinger med forskjellige husordensregler. Studien består av et strategisk utvalg, som er vesensforskjellig fra et representativt utvalg. Basert på teori og erfaring skal forskeren i et strategisk utvalg angi noen kjennetegn som det i hvert fall er viktig at utvalget omfatter (Torp, 2010). Torp (2010) viser til at selv om hensikten med kvalitative studier sjelden er generaliserbare funn, er målet likevel at de skal gi kunnskap som kan brukes av andre og således ha en overføringsverdi. I hvilken grad, avhenger delvis av utvalgsstrategien. I studien var det med åtte miljøpersonale fordelt på to grupper. Fire var kvinner og fire var menn. Av profesjon var informantene sykepleiere, psykiatrisk sykepleiere og vernepleiere. Alle informantene hadde jobbet på dagtid, aftenvakter og nattevakter. Informantenes erfaringer innen psykisk helsearbeid varierte fra 4 år til 28 år.

2.5 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Før fokusgruppeintervjuene fikk informantene en oversikt over husordensreglene som de har benyttet, samt et virkårlig utdrag av husordensregler fra andre akuttpsykiatriske avdelinger i Norge (vedlegg 4). Informantene har erfaring med husordensreglene de har benyttet og kom

med erfaringer knyttet til bruk av dem. Samtidig hadde de mulighet til å kommentere andre husordensregler som ble benyttet av andre akuttpsykiatriske avdelinger.

Det ble viktig å presisere at forskeren ikke representerte informantenes helseforetak, men var utenforstående og uavhengig. Informantenes anonymitet ble repetert, dette for at de skulle føle seg frie til å si akkurat det de mente, uten å være redd for konsekvenser. Før hvert fokusgruppeintervju startet ble informantene informert om taushetsplikten de har fra sitt daglige virke på arbeidsplassen. Det ble presisert at dersom det skulle fremkomme personidentifiserbare opplysninger ville disse anonymiseres i det transkriberte materialet.

Under fokusgruppeintervjuene ble en medstudent benyttet som moderator og observator for å bidra til at gruppedynamikken fungerte slik at alle kom til ordet og at samtalene ble holdt innenfor temaet som ble belyst. Parallelt ble det vektlagt at det skulle være en ikke-styrende intervjustil. I følge Malterud (2011) kreves dette at informantene er godt informert, slik at deres forventninger og forforståelse for hva som skal foregå samsvarer med moderatorens plan (Malterud, 2011).

Forberedelsene som tilrettelegging av lokaliteter og utarbeidelse av intervjuguide var inspirert av Kvale (2007). Tilretteleggingen handlet om å skape en behagelig og imøtekommende atmosfære til intervjustillingen. Det å tilstrebe at fokusgruppeintervjuene forløp uforstyrret og at det ble servert forfriskninger var en trivselsfaktor som ble gjennomført.

2.6 Intervjuguide

En semi-strukturert intervjuguide ble benyttet som basis i fokusgruppeintervjuene (vedlegg 5). Før fokusgruppeintervjuene ble det informert om temaet, i forhold til bakgrunn og formål. Det ble også forklart hva intervjuene skulle brukes til, samt at de fikk informasjon om taushetsplikt, frivillighet og anonymitet.

Det var ønskelig i størst mulig grad at fokusgruppens samtaler skulle være styrende for intervjuforløpet. Forskningsmessig ville det redusere risikoen for at forskerens forforståelse ville prege intervjuene og åpne opp for nyanser som ikke var forutsett. Intervjuguiden ble benyttet som en veileder og ble brukt når det opplevdes at et tema var mettet. Målet med intervjuguiden var å holde fokus på refleksjonene rundt miljøpersonalets erfaringer med

husordensreglene. Under intervjuet ble momenter og spørsmål notert ned og gått igjennom på slutten av intervjuene. Strukturen i intervjuene var flytende og hvis informantene ikke kunne avgi svar på et tema kom man tilbake til dette senere i intervjuet.

2.7 Pilotintervju

I tråd med Krueger (2009) ble intervjuguiden prøvd ut med et pilotintervju. Dette ble utført på forskerens arbeidssted med kollegaer. Det ble gjort for å bli kjent med intervjuformen, samt for å analysere hva som fungerte og ikke fungerte. Noen emner ble kuttet bort eller endret og nye ble tilført.

2.8 Analyse og databearbeiding

Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på diktafon og transkribert kort tid etter at intervjuene hadde funnet sted. Transkripsjonen ble valgt skrevet til bokmål fremfor dialekt, dette for å unngå gjenkjennelse av ord og uttrykk, samt at ikke alle uttrykkene er viden kjent blant befolkningen. Språket ble moderat redigert for å luke ut muntlige uttrykksformer. Dette for å gi det transkriberte materialet en høyere grad av autensitet og unngå at informantene fremstår mindre seriøse enn det som stemmer med virkeligheten (Malterud, 2012).

I tilfeller hvor det fremkom personidentifiserende opplysninger som personnavn og navn på avdelinger ble det ekskludert i transkriberingen og analysen.

Transkripsjonen ble lest gjennom ord for ord for å finne helheten i teksten. Fokuset var å finne meningsinnholdet i det transkriberte materialet. Parallelt med gjennomgangen ble refleksjoner, ideer og observasjoner notert.

Neste trinn var å bestemme meningsenheter som Graneheim og Lundman (2004) beskriver som en sammenstilling av ord som relaterer til samme mening. Meningsenhetene ble markert med ulike farger i det transkriberte materialet. Etter en slik systematisering var det lettere å gå inn i hvert sitat for å velge ut meningsbærende enheter. Databearbeidingen ble gjennomført ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (2004).

Forfatteren forsøkte å forholde seg åpen og tro mot det teksten avslørte av innhold. I så måte er fremgangsmåten induktiv.

En utfordring ved å bestemme meningsenhetene i forhold til hensikten med studien, var at informantenes svar ofte var omfattende og inneholdt flere temaer. Graneheim og Lundman (2004) beskriver dette som en kjent utfordring når man skal innhente meningsfulle data ut fra intervju der informantene har beskrevet sine erfaringer, og at dette skyldes kompleksiteten i menneskets natur.

For å ha muligheten til å gå tilbake til utgangspunktet og forstå konklusjonene som er gjort, ble det laget en analysetabell (tabell 1) som er inspirert av Graneheim og Lundman (2004).

Neste trinn ble å forkorte meningsenheten uten at meningsinnholdet ble borte. Graneheim og Lundman (2004) kaller dette kondensering. Kondenserte meningsenheter ble skrevet i et nytt dokument men en unik farge, noe som viste god oversikt over materialet og det ble enklere å skille de ulike delene fra hverandre. Graneheim og Lundman (2004) beskriver det som en krevende prosess med både abstrakt og kreativ tenkning.

Sub-kategoriene ble dannet gjennom en refleksjonsprosess over det deskriptive innholdet og sett i lys av relevant forskning. Innholdet i sub-kategoriene var forskjellige, noe Graneheim og Lundman (2004) beskriver som viktig for å unngå at meningsfulle data kan bli ekskludert. Abstrasjon går videre via sub-tema til kategori. Etablering av kategorier er i følge Graneheim og Lundman (2004) kjerneaktiviteten i kvalitativ innholdsanalyse.

Innholdsanalysen består av to former, det manifeste og latente. Det manifeste beskriver det synlige og åpenbare innholdet og har fokus på det teksten sier i datamaterialet. Denne teksten ivaretas inntil sub-kategorier og kategorier blir dannet, se tabell 1. Den latente innholdsanalysen medfører at forsker gjør en tolkning av den underliggende meningen i teksten. Meningen i teksten blir løftet opp på et høyere abstraksjonsnivå, noe som fører analysen til overgang fra kondenserte enheter til kategori. Latent innholdsanalyse kan sees på som forskerens tolkning av det opprinnelige datamaterialet (Graneheim og Lundman, 2004). Innholdsanalysen i denne studien består av en kombinasjon av begge formene, det manifeste og det latente.

Tabell 1: Eksempel på analyse fra meningsenheter til kategori.

Meningsenhet/ intervjutekst	Kondensert Meningsenhet/ Redusert tekst	Sub- kategori	Kategori
<i>”Jeg pleier å ta skolissene uten at det er noe vedtak på det. .Egentlig har vi ikke lov til det, har vi fått beskjed om.. Jeg tar inn ligtherne på avdeling xxx, men det står ingen plass, det er det ledelsen som har sagt”.</i>	Tar skolissene uten vedtak. Egentlig ikke lov. Tar inn lightere, står ikke noe skriftlig, ledelsen sier vi skal.	Uklarheter.	Miljøterapeutene erfarer store utfordringer i overgangen med å gå bort fra husordensreglene.
<i>”Det er tragisk at psykiatrien skal styres av medias oppslag.. Det føles som dem har null erfaring og praksis.. Det er synd at VG og psykiatrien brunches sånn og at vi ikke tørr å tro mer på vår faglighet fremfor at journalistenes meninger skal telle”.</i>	Tragisk at psykiatrien styres av media. Opplevs som dem har null erfaring og praksis. Syne at vi ikke tørr å tro mer på vår faglighet, fremfor journalistene meninger.	Media.	Miljøpersonalet erfarer ytre påvirkning rundt husordensreglenes eksistens.

2.9 Etiske overveielser

En viktig og sentral norm innen forskning er knyttet til kvalitet og validitet (Kvale, 2007). Forskningen må gi innsynsrett og være etterprøvbart. Det etiske saksområdet i forskning kan deles i to. 1). Forskningsinterne regler og normer, som omfatter saklighet, åpenhet og redelighet, samt hvordan forskningen gjennomføres og rapporteres. 2). Forskningseksterne regler og normer som gjelder forskerens forhold til deltakerne og vitenskapens rolle i samfunnet. Forskeren må ha kompetanse, refleksjonsevne og forholde seg profesjonelt til det som har betydning når materialet analyseres og beskrives (Nyeng, 2012).

Avdelingssjef for den akuttpsykiatriske institusjonen godkjente at studien kunne gjennomføres. Enhetsleder og fagutviklingssykepleierne ble en tredjepart som sto for rekrutteringen av informantene (vedlegg 1). Ved å la en tredjepart ta seg av rekrutteringen var det ikke nødvendig med noen data eller personidentifiserende opplysninger av informantene.

Det ble bevisst valgt å utføre studien ved en akuttpsykiatrisk avdeling i et annet foretak enn der forskeren jobber. Dette for å unngå etiske spørsmål og problemstillinger knyttet til habilitet og objektivitet.

Ved utforming av intervjuguiden (vedlegg 5) og ved tilstedeværelse under intervjuene, var det nødvendig med bevisstgjøring på at egne erfaringer og egen forforståelse i minst mulig grad skulle innvirke. Forforståelsen vil kunne påvirke hvilke observasjoner som vektlegges og hvordan disse tolkes. Refleksjonen rundt egen subjektivitet utgjør derfor et viktig element i forskningsprosessen (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Det ble også tilstrebet å forholde seg så objektiv som mulig til datamaterialet og bearbeiding av dette i forskningsprosessen. Det vil si en bevissthet i forhold til en induktiv tilnærming, at det er materialet og miljøterapeutenes erfaringer, som er styrende for analysen.

Ved formell forespørsel om bistand til rekruttering av informanter ble det presisert at det var ønskelig å få til en fokusgruppe med nattpersonale og en fokusgruppe med personale som jobbet dag- og aftenvakter. Dette for å kunne se nyanser og forskjeller i personalets erfaringer med husordensreglene. Dette lot seg ikke gjennomføre da informantene ble tatt ut i den daglige driften da intervjuene pågikk. Det var kun et personale som jobbet natt i turnus, men alle informantene har tidligere jobbet nattsift på avdelingen. Dette ansees som uheldig da man ikke får sett på eventuelle forskjeller av turnussammensetningen. Husordensreglene kan ha ulik innvirkning på avdelingens rutiner avhengig av når på døgnet man jobber. For eksempel kan husordensreglene regulere at pasientene skal holde rommet sitt og at det ikke er røyking på natt.

Med tanke på overførbarhet av studien til andre psykiatriske institusjoner, må det tas i betraktning at studien er utført ved avdelinger som er hjemlet i lov som har krav til behandling av pasienter under lov om tvungen psykisk helsevern (psykisk helsevernloven 1999). Studien vil derfor ikke være direkte overførbar til behandlingsinstitusjoner om ikke innfrir kravene til slik behandling.

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) for å sikre riktig behandling av personopplysninger (saksnr. 53746, vedlegg 6). Det ble også sendt inn endringsmelding om endring av utvalg i løpet av prosessen (vedlegg 7). Studien er ikke søknadspliktig til Regional etisk komite (REK), da prosjektet ikke ansees som helseforskning.

3.0 Resultater

I dette kapitlet presenteres funn som er fremkommet etter analyse av det innsamlede datamaterialet. Resultatene presenteres gjennom fire hovedkategorier. Tabell 2 viser en skjematisk oversikt over sub-kategoriene og kategoriene. Videre fremkommer resultatene som sammenhengende tekst med sitater inndelt etter kategoriene. Sub-kategoriene fremkommer i kapittel 3 som understreket i teksten. I kapittel 4 diskuteres resultatene.

Tabell 2. Presentasjon av sub-kategorier og kategorier..

SUB-KATEGORI	KATEGORIER
Innkjøringsfasen	1. Miljøterapeutene erfarer store utfordringer i overgangen med å gå bort fra husordensreglene.
Uklarheter	
Egentolkning	
Media	2. Miljøterapeutene erfarer ytre påvirkninger rundt husordensreglenes eksistens.
Lovverk	
Samfunnet	
Felles regler/individuell behandling	3. Miljøterapeutene erfarer både fordeler og ulemper med det å ha og ikke ha husordensregler.
Sikkerhet	
Trygghet-forutsigbarhet-rammer	
Presentasjon av husordensreglene	4. Miljøterapeutene erfarer økt refleksjonsaktivitet i personalgruppen rundt temaet husordensregler.
Stigmatisering	
Utviklingen i samfunnet	
Hva vektlegges?	

3.1 Miljøterapeutene erfarer store utfordringer i overgangen med å gå bort fra husordensreglene

Inntil 3 måneder før intervjuene fant sted hadde akuttavdelingene husordensregler. Denne kategorien beskriver miljøpersonalets forståelse av hvorfor de valgte å gå bort fra husordensreglene, samt erfaringer om hvordan denne prosessen har vært.

Enstemmig var informantene enig i at innkjøringen fra å ha til å ikke ha husordensregler har vært utfordrende. En informant kom med utsagnet *”det ser veldig fint ut på papiret å ikke ha noen husordensregler”*. Det ble gjort refleksjoner rundt medias søkelys på psykiatrien og bruk av tvang gjennom spesielt det siste året før åpning av ny avdeling. *”Her skulle det bli fantastisk. Vi skulle være Norges, ja kanskje Europas fineste akuttpsykiatriske sykehus”*. Enigheten var stor om at det var naivt å tenke at å flytte inn masse pasienter med forskjellige lidelser, atferd og rusproblematikk så skulle alt bare flyte av seg selv. Informantene tror tiltaket med å gå bort fra husordensreglene i hovedsak var kosmetisk, slik at en slipper oppslag i VG og media for øvrig. *”Befolkningen tenker at det blir mindre tvang uten husordensreglene”*, kom det frem i fokusgruppediskusjonene. Informantene mente fokuset lå på at pasientene skulle være i fokus i det nye bygget og at det ble ansett som viktig at pasientenes rettigheter skulle bli ivaretatt. *”Vi sliter med å ha den overgangen fra å ha til å ikke ha husordensregler, vi er fortsatt i en innkjøringsfase”*, opplever flere informanter.

Alle informantene var enige om at det var store uklarheter rundt utførelser av rutiner som tidligere var regulert gjennom husordensreglene. Tidligere hadde miljøpersonalet et dokument å vise til for å kunne gjennomføre prosedyrer, spesielt i forhold til sikkerhet. Personalet spør nå forskjellige ledere og behandlere hvilke retningslinjer de har å forholde seg til, men det kommer forskjellige svar på hva de har lov til og ikke. Det fremkom flere aktuelle situasjoner som har oppstått i avdelingen hvor det rår stor usikkerhet rundt deres praksis: *”I forhold til pasienter med suicidalproblematikk og gjennomgang av bagasje og rom, for å sikre hva pasientene kan ha og ikke ha..Slik jeg forsto det på xxxxx, så kan vi det hvis pasienten er innlagt på tvang... Ikke uten vedtak... Hva hvis pasienten protesterer... Jeg pleier å ta ut skolissene uten at det er noe vedtak på det... Egentlig har vi ikke lov til det, har vi fått beskjed om.. Jeg tar inn lighterne på avdeling xxxxx, men det står ingen plass, det er det ledelsen som har sagt.. Her om dagen gikk jeg diskret igjennom bagasjen til en pasient som kom med taxi. Vi fant ut at vi måtte gjøre det litt i smug, noe vi egentlig ikke har lov til, og det er jo ikke bra.... En går jo med en følelse av du har brutt en lang lov her.... Det blir mye egentolkning, og det har vi ikke lov til.. Det samme gjelder problemstillingen om pasientene skal ha mobiltelefonene eller ikke, her er det mye klabb og babb...Sykehuset er en offentlig plass, og da kan vi uten at det foreligger noe vedtak ta telefonene fra pasientene hvis de filmer medpasienter og personal”*. Informantene erkjenner at det fortsatt eksisterer muntlige husordensregler som fortsatt *”ligger i veggene”*. Enkelte situasjoner er så åpenbare at miljøpersonalet iverksetter tiltak uten at det står nedfelt noen sted. Eksempel på dette kan

være pasienter som røyker inne og som ikke viser hensyn selv om brannalarmen går. Her blir fyrtyøyet fratatt pasientene. En av informantene mente driften kom til å skure og gå uten husordensregler frem til det skjer en hendelse der et personal eller medpasient blir skadet eller drept, før det kommer husordensregler igjen.

En utfordring flere informanter diskuterte var at det den siste tiden har vært en del sykefravær ved avdelingen. Nytt personale settes inn i stillinger, ofte fra vikarbyrå. Nytilsatte er ikke vant med de uskrevne reglene som personalet har tatt med seg fra tidligere avdelinger. Dette fører til at dem ikke går så nøye gjennom bagasje og utfører andre sikkerhetstiltak som er nødvendige. Personalet medgir at de flyter på de gamle husordensreglene som de fortsetter å praktisere. Etter hvert vil disse rutineene viskes ut når det tilsettes nytt personale over tid. Resultatet er at pasientene får inn medikamenter, rusmidler, våpen og andre farlige gjenstander som kan føre til uheldig hendelser. En informant kom med uttalelsen *”slik det er nå er det tilfeldig hva som kommer inn i avdelingen av farlige gjenstander, både gjenstander som kan være farlige mot andre men også mot seg selv når pasientene er i en dårlig fase”*. Flere informanter opplever økt utrygghet i avdelingen da de ikke vet om pasientenes bagasje er gjennomgått. Uvissheten om det er skarpe gjenstander angir de som ubehagelig.

3.2 Miljøterapeutene erfarer ytre påvirkninger rundt husordensreglenes eksistens

I fokusgruppediskusjonene fremkom det gjentatte ganger at bruk av husordensreglene direkte eller indirekte ble styrt av ytre faktorer som media, lovverk og samfunnet (politi og pårørende) for øvrig.

En av informantene forteller at det ble laget husordensregler, men etter oppslagene i media siste halvannet året ble det valgt å starte ny avdeling uten. I ettertid synes flere informanter at det er synd at media skal få styre hvordan psykiatrien skal driftes. Det fremkommer flere utspill som forsterker utsagnet: *”Det er tragisk at psykiatrien skal styres av medias oppslag... Det føles som dem har null erfaring og praksis.... Det er synd at VG og psykiatrien brunches sånn og at vi ikke tørr å tro mer på vår faglighet fremfor at journalistene sine meninger skal telle... Dersom man jobber på en kirurgisk avdeling hvor det kommer medieoppslag, tror jeg ikke at de har så liten tro på egen faglighet at de bare legger bort alt som fungert tidligere..”*

Informantene kjenner på at samfunnet må ha mer tillit til behandlingen som gis ved psykiatriske sykehus, da det er de som sitter med kompetansen. Samtidig erkjenner informantene at det er greit å bli kontrollert og ettersett av de ulike instansene som kontrollkommisjonen og fylkeslegen for praksisen som utføres.

Flere informanter synes fremstillingen fra media gir et skjevt bilde på det som fremkommer. Helsevesenet har taushetsplikt overfor pasientene og derfor blir ofte ikke begge sidene av saken belyst. En av informantene forteller at hun flere ganger kunne tenkt seg å skrive et motsvar til journalistene som publiserer reportasjene. ”*Det er vi, miljøpersonalet, som står i situasjonene og som vurderer iverksettelse av tiltak for, ja faktisk å berge liv... Vi har jo ingenting å hjelpe oss med.. Politiet har visir, skjold, batonger og alt mulig... Eneste vi har er en alarmknapp...*”

Flere av informantene mente samfunnet som helhet har for liten innsikt i hvordan en psykiatrisk akuttavdeling fungerer og drives. I fokusgruppediskusjonen etterlyser flere en avisartikkel over trusler og utageringssituasjoner som miljøterapeutene står i på psykiatriske akuttavdelinger og at dem faktisk skal prøve å være hjelpere overfor pasientene. Her poengterer informantene at husordensreglene er et godt hjelpemiddel og viktige for å få utført jobben. Flere informanter tenker det er alt for lite anmeldelser av vold og trusler i psykiatrien, og at miljøpersonalet ikke skal være noen ”*punsjingball*”. En av informantene opplever at det ofte blir avisartikler dersom noen slår ned ansatte, truer eller drapstruer på NAV eller på skolen.

En av informantene kom med en historie hvor de hadde et samarbeid med politiet: ”*Jeg husker en gang det kom 5-6 politi med en rusa og sint pasient i håndjern til akuttavdelingen.. Han ble forsøkt låst opp fra håndjernene på tur inn i avdelingen... men pasienten fortsatte å være sint, devaluerende og kom med trusler... Politiet ble forespurt om vi kunne holde tilbake to politi inntil pasienten hadde roet seg og vi hadde kontroll på situasjonen.... Politiet gikk ikke med på å bare avse 2 betjenter, det var enten alle eller ingen..*”

Et annet tema som ble diskutert er lovverket som avdelingene er pliktig til å overholde. Miljøpersonalet kan nå ikke uten videre gjøre inngripen i det som regulerer pasientenes kontakt med omverdenen, slik det ble regulert av husordensreglene tidligere. Spesielt bruk av mobiltelefoner og nettbrett er et gjentakende problemområde. Skal miljøpersonalet gjøre reguleringer her kreves det vedtak fra vedtaksansvarlig. Mye av det som tidligere ble regulert

av husordensreglene blir nå en ”tidstyv”, med utfylling av skjema og hyppige diskusjoner. En informant påpeker at det blir benyttet et strengt lovverk som regulerer innleggelse på psykisk helsevern, men når de har kommet inn i avdeling så er det ingen regler å forholde seg til. En informant kom med uttalelsen: *”når pasientene kommer inn i avdelingen er det til tider anarki”*.

Flere av informantene mener brukerorganisasjonene er sterkt med i prosessene i forhold til lovverket for at pasientenes integritet skal ivaretas. I forhold til endringene i psykisk helsevernloven som ble iverksatt 2017 mener flere at det psykiatriske fagfeltet har sovet i timen, i forhold til å komme på banen med innspill før det nye lovverket kom. Flere karakteriserer det som at miljøpersonalet blir sittende med *”svarteper”*. Her er et resonnement fra en informant: *”I forhold til endringene i loven om at pasientene må være samtykkekompetente... det betyr at det blir vanskeligere å ta folk inn på tvang.. da blir folk sykere før dem havner i sykehus.. det betyr mer uhensiktsmessig atferd i gatebildet... med trikkedrap og sånt.. det fører til at vi får den utryggheten inn i avdelingen.. pasientene har med seg alt mulig rammel som husordensreglene ikke setter rammer for... så egentlig gjør loven det verre for alle parter... pårørende er jo heller ikke interessert i at de skal gå å være dårlige... Men det er klart at individets frihet er ivarettatt på en aldeles ypperlig måte”*. Informantene erkjenner at det kommer flere pasienter som ikke nødvendigvis har en psykiatrisk diagnose eller historie, men med rusutløst psykose.

En annen informant poengterer følgende resonnement; *”for å ta inn en pasient på tvang må ikke vedkommende være samtykkekompetent... men i avdeling er de kompetente til å låne og gi bort penger og røyk... noe som kunne vært regulert gjennom husordensreglene...Et annet aspekt er at pasientene får ha gjenstander, for eksempel en PC, når dem ikke er i stand til å ta vare på seg selv.. gjenstandene blir ødelagt.. så kommer det krav mot avdelingen..”jeg var for syk og var innlagt der og PC’n gikk i stykker, så jeg vil ha en ny en”..”*.

3.3 Miljøterapeutene erfarer både fordeler og ulemper med det å ha og ikke ha husordensregler

Kapittel 3.3 er den mest omfattende kategorien som deles inn i fire deler for å få fremstilt refleksjonene til miljøterapeutene; fordeler og ulemper med å ha husordensregler og fordeler og ulemper med å ikke ha husordensregler. Sub-kategoriene for denne kategorien er felles

regler/individuell behandling, sikkerhet, og trygghet-forutsigbarhet-rammer. Disse vil ikke bli merket i teksten, da deres relevans varierer mellom de fire variablene.

Fordeler med å ha husordensregler: En av informantene mener *”har man husordensregler, så har vi forventninger til hvordan pasientene skal te seg, og vi har muligheter til å skrenke inn når det er behov for det. Ikke det at en er nødt til å bruke alle reglene.. for min del var det en fordel i enkelte situasjoner å ha husordensregler”*.

En av informantene kom med følgende utsagn i fokusgruppediskusjonen; *”Det er 3 ting som er viktig for meg ved å jobbe i akuttpsykiatrien: det er sikkerhet og så er det sikkerhet og så er det sikkerhet. Det er de tre tingene som er viktigst”*. Alle informantene sier at det er viktig med retningslinjer på en psykiatrisk avdeling. Pasientene er ofte i en dårlig psykisk fase når de er innlagt uten evne til å strukturere hverdagen sin. Ofte er de som er innlagt i en krise, psykose og har det kaotisk. Har ikke pasientene evnen til å strukturere hverdagen sin, så trenger de hjelp til den jobben. I tillegg poengteres det at ikke alle pasientene har evnen til å ta hensyn til andre og da er struktur, rammer og forutsigbarhet gjennom husordensreglene viktig. Har man husordensregler, så vet pasienten hva de har å forholde seg til og det blir forutsigbart. Spesielt kan husordensreglene være med på å ivareta de dårligste pasientene, slik at de får fred og ro der de kan samle seg i et beskyttet miljø. I tillegg vil uønskede situasjoner som filming av pasienter som blamerer seg være unngått med husordensregler. Flere informanter forteller at de tror pasientene ble fortore frisk da de hadde de rammene de hadde tidligere og fikk samlet pasienten bedre. I tillegg har de hatt flere reinnleggelser etter avdelingene kom i nytt bygg uten husordensregler.

Gjentatte ganger dreide diskusjonene seg om at alle pasientene er unike og at det var store variasjoner i hvordan de forholdt seg til husordensreglene. De fleste pasientene oppleves positive til husordensreglene. De fleste pasientene var takknemlig for at de får hjelp og de synes det er greit med struktur. Selv om noen pasienter var uenige i husordensreglene, tror informantene at mange skjønnte hvorfor de hadde husordensregler og det opplevdes som en trygghet for mange. Spesielt husordensregler som går på sikkerheten, ildspåsettelse, at det kan komme farlige gjenstander inn i avdelingen og at ingen får med seg medikamenter og rusmidler i avdelingen.

Flere informanter forteller at de opplever ikke husordensreglene som den utløsende årsaken i de tilfellene hvor tvang som mekaniske tvangsmidler eller holding har blitt benyttet. *”At*

pasientene kan bli forbanna, det tåler vi, og de blir møtt med at vi forstår at de blir forbannet, men det er ofte helt andre situasjoner som utløser bruk av mekaniske tvangsmidler... det går mer på at de blir nektet å dra fra avdelingen, vil skrives ut, tvangsmedisinering, eller at de plutselig går amok og blir helt rabiante”.

Flere informanter medgir at for personalet sin del var det ofte lettere å kunne avslutte en diskusjon ved å henvise til skriftlige husordensregler og at dette gjelder for alle pasientene. *”På avdeling xxxx kunne vi legge husordensreglene på bordet, trengte ikke å fatte vedtak på det, og da var det lettere å få inn telefonen da”.*

En fordel med å ha husordensregler kontra individuelle tilpasninger for hver enkelt pasient ved en akuttpsykiatrisk avdeling er at pasientene omgås i avdelingen og kan erverve andre pasienter gjenstander de ikke burde ha. Et eksempel som ble nevnt var; *”Om en pasient vurderes til å være i stand til å ha strikkepinner, er strikkepinnene lett tilgjengelig for andre pasienter som kan ha høyere farlighet og som ikke burde ha potensielt farlige gjenstander”.*

Ulemper med å ha husordensregler: Enkelte husordensregler kan oppleves som en frihetsberøvelse for pasientene. På den ene avdelingen som tidligere hadde husordensreglene, hadde pasientene ikke anledning til å ha mobiltelefon. *”Spesielt yngre pasienter har vi hatt masse konflikter med og de ville heller dø, enn å gi fra seg mobilen sin... de fikk en slags panikk med at de skulle bli avkuttet fra kontakt med omverdenen”.*

Flere diskusjoner i fokusgruppen var inne på at samfunnet og den teknologiske utviklingen har forandret seg de siste årene. Tiden før mobiltelefoner, nettbrett og PC ble allemannseie var ikke denne problemstillingen et tema. *”Tidligere hadde vi en telefonkiosk i avdelingen som pasientene kunne benytte etter avtale”.*

Gjentatte ganger ble det diskutert i gruppa at husordensreglene kan være gjenstand for konflikter. Enkelte pasientgrupper vil ikke innrette seg etter noe system, de synes husordensreglene er ugreie og det forekommer at det kveruleres rundt innholdet i dem. *”Enkelte pasienter røyker på rommet.. for de røyker jo på senga når de er hjemme, så hvorfor i all verden skal vi komme her og fortelle de noe annet?”.*

I fokusgruppen ble det diskutert begrensningene som husordensreglene kan regulere og konsekvensene av det. *”Når det gjelder regler mot strikking for eksempel.. en manisk dame som sitter i fred å strikker og produserer kan være en dempende aktivitet som personalet*

egentlig bare kan sitte å se på.. Tar vi bort muligheten for å strikke, kreves det at personalet er til stede og demper pasienten”.

En av informantene reflekterer rundt det å være pasient, innlagt på tvangsparagraf, innlagt mot sin vilje og i tillegg må forholde seg til husordensregler som kan være innskrenkende. *”De har jo ikke akkurat tatt imot noen invitasjon.. ofte blir de vekket hjemme, hentet av politi og transportert til oss.. klart at de blir forbanna”.*

Interne uenigheter i personalgruppen var et tema i gruppen angav som en ulempe med å ha husordensregler. Det hender at reglene blir tolket ulikt og at de har blitt utført ulikt fra personal til personal. Ved stort antall miljøterapeuter i en avdeling er det en utfordring å være samstemt i håndhevelsen av husordensreglene. Noen av personalet følger husordensreglene slavisk, mens andre gjør individuelle vurderinger og kan fravike fra reglene. *”Enkelt går på akkord med husordensreglene, selv om de kan de godt... Så kommer en da på skiftet etterpå og skal være lojal mot eksisterende husregler, så får du et helvete fordi de på dagskiftet har tillatt ting som ikke skal tillates og da får man høre ”man jeg fikk jo lov av han”..så har du det gående”.* På enkelte avdelinger førte dette til at enkelte husordensregler ikke ble fulgt. Flere personale orket ikke å korrigere på uønsket aktivitet da en visste at på neste skift kom det personal som tillot det. Det ble som en vond spiral. Det kommer frem at det er ulike utfordringer ved håndhevelse av husordensreglene. Det poengteres at en felles faglig forståelse og en felles faglig plattform er viktig rundt praktisering av husordensreglene. Hvilken diagnose og problematikk den enkelte pasienter har, er av betydning ved formidling av husordensreglene. *”Det er vanskeligere å få en maniker til å håndheve husordensreglene enn en deprimert gammel dame... en maniker ønsker ofte å gå på akkord av det som er regulert i avdelingen. Men, det er ingen som trenger rammer og forutsigbarhet mer enn en maniker”.*

Det var noe splittet syn på temaet individuell tilpasning, selv om man har husordensregler. Enkelte mener husordensreglene gir mindre rom for individuell behandling. Det medfører at enkelte pasienter, som i utgangspunktet klarer å forholde seg til gjenstander og andre mennesker, blir fratatt frihet til fasiliteter de kunne håndtert.

Fordeler med å ikke ha husordensregler: Ved å ikke ha husordensregler kan personalet i større grad gjøre individuelle tilpasninger som passer pasientenes behov. *”Vi slipper å ha regler der vi tar alle under en kam”*. Flere informanter mente friheten og selvbestemmelsesretten til pasientene blir bedre ivaretatt dersom det ikke eksisterer husordensregler.

Enkelte pasienter gir uttrykk for at de føler seg krenket, da de blir fratatt mobiltelefon, ligthene og medikamenter. Pasientene spares for den krenkelse noen opplever ved å ikke ha husordensregler.

Ulemper med å ikke ha husordensregler: Et tema som fokusgruppen var innom flere ganger var sikkerheten rundt taushetsplikten og blamering når avdelingen ikke har husordensregler. Om pasientene har tilgang til telefoner, medier, e-mail, facebook og andre sosiale media er det vanskelig å forhindre at pasientene blamerer seg for andre. Informantene kom med flere historier: *”Vi har allerede hatt flere situasjoner der pasienter har filmet både medpasienter og personal, lagt det ut på internett og de tar opp samtaler med behandlerne.. Har man en innlagt pasient på avdeling xxxx med fødselspsykose, som er en forbigående tilstand, så blir man filmet og det blir lagt ut på nettet og ikke slettet.. Når folk søker på vedkommende på internett, så kommer denne videoen.. den kan være veldig ødeleggende for vedkommende resten av livet... Det er en straffbar handling, men de som filmer er ofte ikke strafferettslig tilgjengelig”*. Informantene observerer også at telefonen blir brukt mye i fellesareal og ved middagsbordet, både til tekstmeldinger, surfing på netter og telefonsamtaler. Det har vært hendelser i disse settingene som har skapt uro, spesielt til pasienter som er paranoide.

Et annet moment som fremkom i fokusgruppen var at de ikke har noen skriftlige rutiner i forhold til hvordan besøk av pårørende skal foregå. Slik det er nå finnes det ikke noe besøksrom utenfor avdelingen, slik at pårørende kommer inn i avdeling til pasientens rom. Det er uheldig for ivaretagelsen av taushetsplikten til pasientene, spesielt om de er i dårlig fase og blamerer seg. For mange pasienter blir dette en stressfaktor. En informant sier at enkelte pasienter har redusert boevne. Det hender pasienter kommer naken nedover korridoren når de skal dusje.

I fokusgruppen var det flere informanter som var fortvilet over hva pasientene får gjort på internett, når bruken ikke blir regulert gjennom avdelings rutiner. *”Vi hadde en familiefar*

innlagt, hvor han bestilte ganske mye på nettet.. som førte til at han satte seg selv og familien i økonomiske vansker så det holdt... i tillegg var han innlagt på tvang, ikke sant, så vi har faktisk et ansvar for dem og hva vi lar de gjøre”.

Det har forekommet situasjoner som har fått konsekvenser for avdelingen; *”Vi hadde en manisk pasient som kjøpte to biler mens han var tvangsinnlagt her. Bindende kjøp. Det fikk økonomiske konsekvenser for sykehuset”.*

Uten husordensregler så har avdelingen ingen regler på bytting, kjøp, salg og gaver pasientene imellom. Informantene står ofte i fortvilende situasjoner da det ofte er de dårligste pasientene med minst ressurser som blir ofre. *”En pasient gav 600 kroner, i god tro, til en medpasient som skulle i butikk å handle.. Pasienten tok bagasjen sin og skrev seg ut”.*

Flere informanter forteller frustrasjon blant nattevaktene i tiden uten husordensregler som kunne regulere, røyking, når en kunne oppholde seg i fellesareal og når det skulle være stille i avdelingen. *”Nattevaktene rapporterer på en del netter så er pasientene oppe til i 4-5-tida, sitter da på stua og har det hyggelig.. På stua er det god stemning, de går ut å røyker, sånn at de snur opp ned på døgnnet.. De får ikke med seg alle måltidene da de sover utover dagen.. mye forskning viser at søvn på nattestid er biologisk veldig viktig”.*

En av informantene forteller at personalet har mindre kontroll på pasientene når det ikke finnes husordensregler som regulerer besøk pasientene imellom på rommene. Det har vært flere uheldige hendelser i avdelingen hvor dette har skjedd, blant annet har det skjedd voldtekt på pasientrom.

I forhold til sikkerhet ser informantene flere faremomenter som kan oppstå ved manglende husordensregler. Det blir et mindre ”vanntett” system over hva en suicidal pasient har av gjenstander i avdelingen. Det har forekommet stranguleringsforsøk med blant annet mobilladdere. I tillegg finnes andre gjenstander som skolisser, belter, glassflasker og morgenkåpe som pasientene vil ha lettere tilgang på dersom det ikke er noen system rundt gjennomgang av bagasjen til pasientene. Ved felles husordensregler for alle unngås det at pasientene kan erverve seg skadelige gjenstander hos medpasienter. Det har vært enkelthendelser der det ikke har vært tilstrekkelig gjennomgang av pasientene der de har fått med seg pistol, kniv og machete inn i avdelingen.

3.4 Miljøterapeutene erfarer økt refleksjonsaktivitet i personalgruppen rundt temaet husordensregler

Informantene viser til at temaet husordensregler er et tema det har blitt reflektert mer om i avdelingen etter at de ble tatt bort. Årsaken til det medgir de kan være at de blir rådville og fortvilet når de ikke har noe håndfast å forholde seg til i situasjonene slik de hadde tidligere.

Tidligere når avdelingene hadde husordensregler ble de presentert som en litt ”gulnet” lapp på en oppslagstavle på fellesstuen. Informantene tror ikke det var så mange som fordypet seg i oppslaget. Det miljøterapeutene gjorde var å sette seg ned å forklare pasientene innholdet i husordensreglene når det var behov for det slik at de fikk en forståelse hva som er tanken bak reglene. En av informantene sier at ikke alle husordensreglene var med på oppslaget som hang på tavla. Noen av reglene sto i EQS (Extend Quality System), der prosedyrer ligger elektronisk. Flere husker konfliktsituasjoner som oppsto av den grunn, hvor pasientene refererte til at ”det sto jo ikke der”. Avdelingene hadde også en velkomstmappe/brosjyre med informasjon om avdelingene, men de inneholdt ikke husordensreglene.

En av informantene var opptatt av det etiske rundt ordet husordensregler. *”Det med å kalle det en regel, det er jo på mange måter et så negativt ladet ord.. En regel, det er noe som du blir påført og litt sånn tabu-infisert. Hvis vi ser det fra et annet perspektiv, en retningslinje, høres det bedre ut. Kall det gjerne for husordensretningslinje”*. I en av fokusgruppediskusjonene poengterte flere at husordensregler finnes ute i samfunnet, ved borettslag, hoteller, folkehøgskoler og internat. Det er for å holde ro og orden og for å ikke forulempe andre beboere. Er det noen steder det absolutt er nødvendig mener informantene det er på en psykiatrisk akuttavdeling, hvor pasientene trenger hjelp til å strukturere seg og ikke minst for å bli ivaretatt i en sårbar fase hvor dem trenger beskyttelse.

Det var noe splittet syn i fokusgruppene på hva som ble vektlagt av husordensreglene avdelingene hadde. Noen synes de fungerte greit, mens noen synes de kunne være litt for strenge. Det alle hadde til felles var enigheten rundt nødvendigheten av husordensreglene som regulerte sikkerheten til pasienter, medpasienter og personal. Det som blir ansett som viktigst av husordensregler er: gjennomgang av pasienter og eiendeler ved innkomst til avdelingen, regulering av bruk for mobiltelefoner, nettbrett og pc som kan formidle lydopptak og film via internett, unngå at farlige gjenstander er tilgjengelige i avdelingen, tilrettelegging for at taushetsplikten ovenfor pasientene blir overholdt, regler som påser at pasientene ikke blameres unødig, tiltak som ivaretar brannsikkerheten, tiltak som ivaretar de dårligste

pasientene i forhold til utnyttelse både fysisk og psykisk, samt restriksjoner som regulerer bytte og salg.

Enigheten var også stor rundt at enkelte husordensregler bidro til konflikter. For restriktive regler rundt røyking var en typisk regel som var grobunn for uro. Tidligere var det i utgangspunktet ikke røyking på natt mellom kl. 23.30 og kl. 07.00, men nattpersonalet syntes det var greit å la pasientene få seg en røyk for å roe situasjoner og ofte gikk dem å la seg etterpå. I dag er det ingen generelle restriksjoner rundt røyketider eller hvor mange som kan røyke samtidig. Det har ifølge informantene fungert veldig greit. Det eksisterte også husordensregler som sjeldent ble benyttet. Blant annet var det en husordensregel som informerte om at avdelingen vil regelmessig gjennomføres med narkohund. Ifølge informantene har det skjedd en gang på 18 år.

Det poengteres også at husordensreglene må være gjennomførbare, med minst mulig grad av tvetydighet.

Informantene kommenterte at husordensregler må revideres etter som samfunnet utvikler seg. Det kommer stadig ny teknologi på markedet som smartklokker, smarttelefoner og nettbrett med store bruksområder som kan kobles opp mot internett. Det medfører et større tap for pasientene å levere fra seg, samtidig som den vide bruken kan være skadelig dersom enhetene blir brukt når pasientene er i en dårlig fase. Flere informanter ser nødvendigheten av å modernisere husordensreglene slik at de henger med utviklingen i samfunnet.

Det var noe splittelse i diskusjonene om husordensreglene kunne være stigmatiserende for pasientene. De fleste tenkte at stigmatiserende var feil ord ovenfor husordensreglene. De tenker mer at det er stigmatiserende å være innlagt på et psykiatrisk sykehus. *”Det er viktig å normalisere en innleggelse i psykiatrien.. det er fortsatt gammeldagse holdninger ovenfor psykiatrien...for noen skulle man tro at det var et spedalsk-sykehus.. Jeg tenker mer at enkelte pasienter kan føle krenkelse, irritasjon og sinne dersom man føler seg urettferdig behandlet ved korrigerende av husordensregler”.*

4.0 Diskusjon

I kapittel 4.1- 4.4 drøftes det forfatteren mener er studiens viktigste funn i lys av empiri, teori og tidligere forskning. Funnene diskuteres kapittelvis etter kategoriene for å få en dekkende besvarelse av problemstillingen. I dette kapitlet vil det også fremkomme forskning og teori som omhandler pasientenes perspektiv der det er hensiktsmessig og naturlig for å kunne diskutere funn fra denne studien. Resultatene i denne studien omtales i diskusjonen som resultatene. Hvert kapittel starter med en presentasjon av kategoriens sub-kategorier. I kapittel 4.5 blir kvaliteten på studien diskutert i metodediskusjon.

4.1 Miljøterapeutene erfarer store utfordringer i overgangen med å gå bort fra husordensreglene

Sub-kategorier: Innkjøringsfasen, uklarheter og egentolkning.

Fra å være flere akuttavdelinger med husordensregler til å bli en større avdeling uten husordensregler har vist det medfører utfordringer i innkjøringsfasen med uklarheter og mer egentolkning blant miljøpersonalet. Resultatene presenterer at det har vært mangelfulle retningslinjer og opplæring i hvordan miljøterapeutene skal håndtere situasjoner som oppstår uten bruk av husordensreglene. Det har resultert i at personalet har operert i en juridisk gråsoner med egentolkning der de sitter med en følelse av å ha brutt lovverket. Det har resultert i manglende forutsigbarhet, manglende felles forståelse av instruksjoner og utrygghet både i forhold til utførelsen av jobbene de gjør og utryggheten rundt sikkerheten av hva pasientene får med seg av gjenstander i avdelingen. Ut i fra dette kan det trekkes motsigende paralleller til Kontio, R., Valimaka, M., Putkonen, H., Cocoman, A., Turpeinen, S., Kuosmanen, L., Joffe, G. (2009) sin studie, som poengterer at god oppfølging fra ledelsen og kontinuerlig opplæring, kan føre til trygghet og samarbeidsevne innad i personalgruppen. Det kommer frem i resultatene at tydelige retningslinjer har en avgjørende rolle for rutinene som husordensreglene regulerer. Når miljøterapeutene kom til ny avdeling uten husordensregler var det store uklarheter for hva de hadde anledning til å gjøre og ikke gjøre av det som tidligere ble regulert gjennom husordensreglene, samt hva dem kunne utføre uten vedtak. I forhold til rutinene og organiseringen i avdelingen kommer det frem i resultatene at uklare retningslinjer, beskjeder fra ledelsen og behandlerne og bevisstgjøring av etiske, kliniske og juridiske utfordringer var faktorer som påvirket miljøterapeutene i å håndtere uklare situasjoner. Som miljøterapeuter må man kunne være i posisjon til å vurdere situasjon før dem

oppstår. Tidlig identifikasjon av rutiner knyttet til slike situasjoner er en avgjørende faktor som bidrar til stabilitet og trygghet i avdelingen (Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbluff, N., Bleich, A. 2009). Med god faglig opplæring av hva som er gjeldende praksis på ny avdeling og bevisstgjøring av avdelingens rutiner og lovverk, kan tryggheten innad blant miljøterapeutene blir bedret da man har kjennskap til deres kompetanse og har en felles forståelse av deres instruksjoner i avdelingen. Det er rimelig å tenke seg at det hadde vært gunstig om ledelsen, behandlerapparatet og miljøpersonalet hadde tatt opp temaet til diskusjon, noe som kan føre til at de kollektivt kommer frem til rammer og handlingsmåter for hvordan man håndterer tilsvarende situasjoner uten husordensregler. I følge Curran (2007) kan en slik gjennomgang bidra til å skape en arena for diskusjon rundt håndteringen, og det kan være mulig å ta læring ut fra den.

Arbeidsmiljøet og atmosfæren har stor innvirkning både for miljøpersonalet og pasientene i en akuttpsykiatrisk avdeling. Når man beskriver miljøet i avdelingen, handler det om den faglige kompetansen, holdninger, omgivelsene, kulturen og den føyte atmosfæren, fellesskap mellom pasientene og opplevelse av trivsel (Hummelvoll, 2014a). Om det skulle fremkomme utfordringer og uklarheter rundt miljøpersonalet juridiske forståelse med utførelsen av rutinene kan det gå på bekostning av kommunikasjon og relasjon mellom pasient og miljøpersonale, noe som heller ikke bygger tillit. Dersom miljøterapeutene ikke retter oppmerksomheten mot disse faktorene, kan det skape kollektiv følelsesmessige og atferdsmessige problemer hos pasientene, som igjen kan føre til et negativt miljø (Hummelvoll, 2014a). I resultatene fremkommer det høyt sykefravær blant miljøterapeutene. Det resulterer i innleie av ukjent personale fra vikarbyrå som ikke er vant med de uskrevne reglene som personalet har tatt med seg fra tidligere avdelinger. Det vil føre til manglende utførelse av sikkerhetstiltak rundt situasjoner som tidligere ble regulert gjennom husordensreglene noe som kan føre til manglende ro og orden i avdelingen. Det fremkommer i Husum, T.L., Bjørngaard, J.H., Finset, A. & Ruud, T. (2011) at avdelinger med godt lederskap, teamarbeid, struktur og fokus på holdninger, har lavere antall situasjoner som krever bruk av tvang enn andre institusjoner. Hyppig utskiftning av miljøpersonale skaper ustabilitet både ovenfor ansatte og pasientgruppen. En gruppedynamikk som stadig endres vil kunne skape mindre kontinuitet og usikkerhet på hverandres kompetanse.

4.2 Miljøterapeutene erfarer ytre påvirkninger rundt husordensreglernes eksistens

Sub-kategorier: Media, lovverk og samfunnet.

I Norge er pasientenes opphold på en akuttpsykiatrisk avdeling regulert i lovverk, blant annet helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, omsorgstjenesteloven og psykisk helsevernloven. Legalitetsprinsippet er stadfestet i grunnloven og innebærer at myndighetene ikke kan gripe inn og endre eller etablere rettsforhold ovenfor borgere, uten å ha grunnlag for det i lov. Lovene skal bidra til sikkerhet for pasientene og sikre at tjenestene de mottar er forsvarlige (Helsepersonelloven, 1999). Husordensreglene som psykiatriske akuttavdelinger praktiserer skal dermed være utarbeidet slik at lovens formål blir ivarettatt. Husordensreglene som forankres i psykisk helsevernloven skal ta utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet. Resultatene viser at husordensreglene kan være med på å redusere uheldige situasjoner, i den forstand at man ut i fra erfaring ser at pasientene kan blamere seg, ødelegge eiendeler og ta med seg farlige gjenstander inn i avdelingen. Husordensreglene gir føringer for hva som forventes av pasienten.

Resultatene viser til at informantene mener brukerorganisasjonene har vært sterkt med i prosessene i forhold til lovverket for at pasientenes integritet skal ivaretas. Psykisk helsevernloven regulerer ”vern om personlig integritet”, som viser til at reguleringer skal innskrenkes til det strengt nødvendige og så langt det lar seg gjøre, for å ivareta pasientenes autonomi (psykisk helsevernloven, 1999). Resultatene viser at psykiatriske fagfelt kan ha sovet i timen i forhold til å komme på banen med deres synspunkt før endringene i psykisk helsevernloven ble iverksatt 2017. Helseminister Bent Høie varslet i forkant lovendring etter å ha fått signaler om at pasienter opplever at de ikke blir lyttet til. Regjeringen kom deretter med konkrete tiltak som gjør det mye vanskeligere for legene å behandle pasientene med tvang (Dommerud, 2016). Tidligere leder av Norsk Psykiatrisk forening, Anne Kristine Bergem, mener bilde av tvangsbruk er mer nyansert enn det Høie presenterer. Hun er provosert av at helseministeren ikke rådførte seg med foreningen før lovforslaget ble lagt frem for stortinget. Hun stiller spørsmål til at det finnes ingen evidens på at politikere alene er best til å utforme psykisk helsevern. Hun oppfordrer helseministeren til å invitere til reelle diskusjoner og prosesser med både brukere og fagfolk (Dommerud, 2016).

Resultatene viser at informantene synes medias fremstilling gir et skjevt bilde på det som fremkommer. Miljøpersonale har taushetsplikt ovenfor pasientene deres på psykiatrisk avdeling. Dette vil vanskeliggjøre det å komme med motsvar til journalistene som publiserer reportasjene. Avtalespesialist i Helse Øst, Tove Kjersti Kjølseth (Kjølseth, 2008), skriver at presseoppslagene i media er hovedsakelig sensasjonspreget om hvor galt det kan gå, preget av en overdreven kritisk, til dels fiendtlig holdning. Helsepersonell bør absolutt delta i debatten rundt psykisk helsevern, men har samtidig et spesielt ansvar for å bringe nyansert faglig refleksjon inn i debatten. Etter medieoppslagene siste halvannet året ble det valgt å starte ny avdeling uten husordensregler, noe som en informant benevner som synd og tragisk. Media har utvilsomt en viktig rolle som samfunnets vaktbikkje. VG har gjennom flere reportasjer tatt for seg ulovlig bruk av ulike former for tvang på flere psykiatriske institusjoner. Psykiater Fred Heggen (Heggen, 2010) mener hvis media velger å løsrive en enkelt prosedyre fra helheten, og ikke forsøker å se denne prosedyren i sammenheng med de totale ressursene som tilføres psykiatrien, blir resultatet ikke noe annet enn sensasjonsoppslag. Medias behov for å vekke interesse og entusiasme fører til at deknningen av forskningsfunn ofte blir mer unyansert og populistisk enn forskerne ønsker (Weingart, 1998).

09.12.2016 Hadde helseminister Bent Høie et innlegg i stortingets spørretime der han informerer om at tvang med henvisning til husordensreglene, som disiplinerende og sanksjonerende tiltak, er ulovlige (Vgtv, Steiro, G 2016). Utførelsen av husordensregler kan sees på som en form for tvang der det er fravær av pasientenes samtykke, noe som oppfattes stridende med deres autonomi. Man kan relatere tvang til makt, der bruk av tvang kan anses som miljøterapeutenes utøvelse av makt ovenfor pasientene. Berg og Knudsen (2014) forstår makt som ”muligheten til å virkeliggjøre sine målsettinger ovenfor andre, særlig når man møter motstand, uansett hvilke midler som brukes”. Selvbestemmelsesrett har blitt et viktig fokus i psykiatrien. Dette prinsippet kan komme i konflikt med hjelpeapparatets plikt til å yte nødvendig helsehjelp. Prinsen & van Delden (2009) understreker at autonomi kan ivaretas av andre. Noen pasienter opplever det trygt, og opplever at det er godt å slippe å ta ansvar for seg selv. Det kan altså oppleves som godt å bli tatt kontroll over (Norvoll et al, 2008). Det at autonomibegrepet har fått så stor og avgjørende plass i psykiatrien, kan antagelig skyldes lovverkets vektlegging av frivillighet og pasienters beretninger om krenkelser ved overstyring (NOU, 2011:9). NOU (2011:9) konkluderer med at selvbestemmelsesretten bør styrkes i det psykiske helsevernet. Det er knyttet usikkerhet om hvor balansen av autonomi og paternalisme skal gå. Østenstad (2011) har laget en avveiningsmodell hvor autonomi,

paternalisme og menneskeverd veies opp mot hverandre og mener det er størst begrunnelse for å gripe inn i pasienters liv der alle tre begrepene overlapper hverandre.

Wynn (2006, s. 248) mener den ideelle balansegang mellom paternalisme og autonomi er en kombinasjon som innebærer minst mulig inngripen sammen med best mulig resultat.

Resultatene presenterer at medias oppmerksomhet rundt psykiatrien gir et lite nyansert bilde i samfunnet. Flere fagpersoner kommer med uttalelser som samstemmer med funnene.

Debatten om psykisk helsevern engasjerer mange i samfunnet, både pasienter, pårørende, fagfolk og folk flest. Oppmerksomheten for fagfeltet kan henge sammen med økt forekomst av psykiske plager, bedret informasjon, åpenhet og fokus på pasientrettigheter og brukermedvirkning.

4.3. Miljøterapeutene erfarer både fordeler og ulemper med det å ha og ikke ha husordensregler

Sub-kategorier: Felles regler/individuell behandling, sikkerhet og trygghet-forutsigbarhetsrammer.

Resultatene viser at miljøterapeutene vil at husordensreglene skal være til pasientenes beste da det kan skape trygghet, forutsigbarhet og rammer, i tillegg til god struktur i avdelingen.

Det var noe splittet syn på om husordensreglene gir mindre rom for individuell behandling.

Noen ser klare fordeler med å ha felles husordensregler for alle, mens noen synes noen av reglene var strenge og tok alle under en "kam". Nå som de ikke har husordensregler var alle

enstemmig i at de burde ha noen husordensregler, spesielt for å ivareta sikkerheten til

pasienter, medpasienter og personale. Husordensregler som for eksempel restriksjoner på

røyketider var ofte grunnlag for konflikter og de fleste så ikke helt hensikten med å regulere

dette med regler. De fleste mente husordensreglene i seg selv sjeldent var den utløsende

årsaken i forhold til tvangsbruk (holding/mekansiske tvangsmidler). Det fremkom ikke i

studien om pasientene var delaktig i utformingen av husordensreglene som avdelingene

hadde. Flere medga at for personalet sin del var det ofte lettere å kunne avslutte en diskusjon

ved å henviser til skriftlige husordensregler. Man kan stille seg kritisk til om husordensreglene

kan bli for generelle, der de gir føringer for hele pasientgruppen og ikke tar tilstrekkelig

hensyn til individuelle behov. Fastsatte retningslinjer kan medføre mindre fleksibilitet, da

miljøpersonalet ofte blir for rigide i avdelingens føringer (Kristoffersen & Nortvedt, 2012).

Pilgrim & Rogers (1994) viser i en kvantitativ og kvalitativ studie av data på 516 pasienters syn på deres psykiatriske behandling, at rigide regler kan gjenspeile sårbarheten av konseptet husordensregler med manglende evne til å gi individuell behandling.

I en norsk studie (Larsen & Terkelsen, 2014) som både handler om pasientenes og personalets syn på tvangsbruk, formidler pasientene at et for rigid system med lite handlingsrom for fleksibilitet og kontinuerlige korrigeringer, kan være utrygt og provoserende. Miljøterapeuter ble av noen pasienter i studien sett på som provoserende maktpersoner og omtales som sersjanter (Larsen & Terkelsen, 2014). Et eksempel fra studien beskriver en pasients opplevelse av rigiditet da han ble nektet å ta seg en røyk fordi det avvek fra avdelingens bestemmelser for røyketider. Når pasientene ved generelle husordensregler, der individuelle hensyn ikke blir ivaretatt, hvor en stadig blir korrigert og påminnet avdelingens retningslinjer, vil dette kunne virke provoserende. I studien til Larsen & Tekelsen (2014) fremkommer det forskjellige holdninger. Flere miljøterapeuter i studien mente man måtte være generøse og lydhør. Likeledes bør en unngå å korrigere mindre ting, for eksempel å be folk om å ta føttene av bordet. Det påpekes at personale er svært forskjellige – noen tror det er helt nødvendig å påpeke og korrigere den minste ting. Andre personale i studien mente at det var nødvendig med mer korrigering, og legger til at husordensregler er viktige og pasientene burde lære om dem umiddelbart ved innleggelse. Kort oppsummert ønsket pasientene og noen miljøarbeidere fleksibilitet, mens noen miljøarbeidere ønsket strenghet og autoritet.

Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N., Kiyimba, F., & McFarlane (1999) viser til at korrigering kan føre til tvangsbruk, der det ikke er grensesettingen i seg selv som er den utløsende årsaken, men fordi rigiditet og irttesettelse vil kunne skape agitasjon og frustrasjon hos pasientene. Lanza, M., Kayne, H., Hicks, C & Milner, J. (1994) undersøkte forholdet mellom pasientautonomi, husordensregler og utageringer. Funnene viste at avdelinger med høyt antall utageringer hadde lav grad av autonomi. Motsatt, så viste avdelinger med lite utageringer høy grad av autonomi ved anvendelsen av husordensregler. Lanzas et al. (1994) argumenter samsvarer med funn i studien til Morrison (1989). Begge studiene fant sammenheng med at autonomi og liten grad av personalkontroll gav færre utageringer. Disse resultatene står i motsetning til Aldens (1978) studie som viser at faktorene autonomi og lav personalkontroll økte pasientenes fiendtlighet.

Lanza (1988) studerte forholdet mellom husordensregler og utageringer, og fant ut at 32 % av hendelsene skjedde i forbindelse med grensesetting, eller i avdelingens rutiner.

Funn fra annen litteratur stemmer godt med resultatene, såfremt håndhevelsen av husordensreglene ikke formidles for rigid og autoritært. Resultatene viser at personalet mener at utageringer ikke kom som en direkte årsak av husordensreglene. Sikkerhet var trolig den sub-kategorien personalet hadde mest fokus på og det feltet som gjør at de savner husordensreglene i dag. Som tidligere beskrevet var det store uklarheter over hvordan disse rutinene skal utøves uten husordensregler. Det å jobbe i akuttpsykiatrien kan være krevende og utfordrende og det går en grense for hvor mye belastninger en kan tåle. Det å bli utsatt for vold, aggresjon og trusler er en belastning som kan være vanskelig å unngå innen akuttpsykiatrien. Psykiatriske institusjoner er blant de mest utsatte arbeidsplassene (Arbeidstilsynet, 2009). I følge arbeidsmiljøloven (2005) § 4-3 skal arbeidstaker ”så langt det er mulig, beskyttes mot trusler, vold og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre”. Hovedansvaret for å følge opp denne lovparagrafen tilfaller arbeidsgiver, hvor også ledelsen har en nøkkelrolle i å legge til rette for et best mulig arbeidsmiljø. Resultatene viser at personalet antyder at manglende husordensregler vil kunne gå på bekostning av sikkerheten og personvernet, der det kan oppstå uheldige situasjoner. Det fremkommer ingen forskning som tilsier at husordensregler fører til bedre eller dårligere sikkerhet på en akuttpsykiatrisk avdeling. Det er rimelig å anta at et system som for eksempel regulerer hva som skal inn av gjenstander i en avdeling, ivaretar sikkerheten bedre enn det å ikke ha noe system. Det gjelder ikke bare gjenstander som kan være farlige for personalet, men også i forhold til suicidalrisiko hos pasientene.

Finnema, E., Louwrens, J., Slooff, C. & van-den-Bosch, R. (1996) utførte en studie som analyserte sammenhengen mellom utførelsen av husordensregler og nivået av EE (expressed emotion) blant personalet. Studien antyder at pleierne etablerte avdelinger dominert av regler for lettere kunne stå i vanskelige situasjoner med psykotiske pasienter.

En av utfordringene i psykiatrien er holdningene til personalet, både ovenfor husordensreglene og mot atferden hos pasientgruppen. Selv om holdningene er bevisste eller ubevisste, vil de påvirke hvordan en handler i interaksjon med pasientene og dermed hvordan pasientenes atferd utspiller seg (Dix & Page, 2008). Miljøpersonalets individuelle holdninger vil være forskjellig fra person til person, og det vil kunne spille inn på den omsorg en gir i sitt arbeide (Nortvedt, 2012).

Hummelvoll (2014b, s. 228) definerer makt som ”..evnen og muligheten til å gjennomføre sine egne interesser på tross av motstand fra andre”. Dette vil kunne være i form av utførelse

av husordensregler der miljøterapeutene informerer eller korrigerer pasientene. Dette kan beskrive et tankesett som vil være i motsetning til ivaretagelse av pasientenes autonomi, som er et sentralt begrep i sykepleierens etiske grunnlag (Heløe, 2012). På grunn av at miljøpersonalet har ulikt syn og holdninger kan det tolkes slik at det sees på som behandling for noen, mens andre, både personal og pasienter, opplever det som en provokasjon. Det er viktig å ha med seg at ikke alle former for paternalisme er uetisk. Ønsket paternalisme kan benyttes av personalet når en pasient implisitt eller eksplisitt har gitt samtykke. Det kreves både kjærlighet og klokskap om det skal brukes, og det må tilstrebes en balansegang mellom ivaretagelse av pasientens autonomi og plikten til å hjelpe (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 2014).

Bowers et al. (1999) utførte en studie der man intervjuet pasienter som har skrevet seg ut fra psykiatriske akuttavdelinger. Studien viser at pasienter skriver seg ut blant annet på grunn av restriksjoner som de er satt under når de er innlagt.

Bowers et al. (1999) studie samsvarer ikke med resultatene der det fremkommer at det har vært flere reinnleggelse etter at avdelingen kom i nytt bygg uten husordensregler. Samtidig fremkommer det i resultatene at de tror pasientene ble fortere frisk da de hadde de rammene med husordensreglene der de fikk samlet pasientene bedre.

J. Alexander og L. Bowers (2004) har gjort en analyse av 41 publikasjoner som er gjort på husordensregler ved psykiatriske akuttavdelinger i store deler av verden fra 1967 til artikkelen ble gitt ut. Flere studier viste at avdelingene foreslo høy grad av struktur for å redusere aggresjon. Likevel konkluderer en nesten like stor andel med at rigide husordensregler skaper pasientvold. Litteraturen er delt i forhold til fordeler og ulemper med å ha høy struktur på husordensreglene, og studien kan ikke fastslå om rigide eller fleksible husordensregler er den beste måten å håndtere psykiatriske akuttavdelinger på. De fleste av studiene gav ingen god informasjon om det faktiske innholdet i interaksjonen mellom pleier og pasient.

4.4 Miljøterapeutene erfarer økt refleksjonsaktivitet i personalgruppen rundt temaet husordensregler

Sub-kategorier: Presentasjon av husordensreglene, stigmatisering, utviklingen i samfunnet og hva vektlegges?.

Resultatene viser at husordensreglene de hadde ble presentert på en oppslagstavle i fellesarealet. Det fremkommer at enkelte av reglene ikke sto der men i EQS-systemet til personalet. Det var fokus på det etiske rundt ordet husordensregler. Regler er et negativt ladet ord og det kom forslag om å kalle det retningslinjer i stedet. Husordensreglene er viktige for å holde ro og orden og et hjelpemiddel for å strukturere hverdagen og for å ivareta de dårligste pasientene som trenger beskyttelse. Det fremkom et splittet syn på husreglene de hadde. Flere syntes de fungerte greit, mens andre synes noen regler var for strenge. Sikkerheten var det miljøpersonalet vektla som viktigst i forholdet til innholdet av husordensreglene. Enkelte regler kunne bidra til konflikter, for eksempel restriksjoner på tilgang av røyk. Det ble poengtert viktigheten av å ha tydelige og gjennomførbare husordensregler som blir revidert i forhold til samfunnets utvikling. Det fremkom at miljøpersonalet ikke mener pasientene føler seg stigmatisert, men at de kan oppleve krenkelse, irritasjon og sinne ved utførelse av husordensregler dersom man føler seg urettferdig behandlet.

En kvalitativ studie av Letendre (1997) viste at pasienter hadde negative oppfatninger av husordensregler. De følte seg undertrykt ved høy grad av kontroll. Interaksjonen mellom miljøterapeut og pasient ved anvendelse av husordensregler kan tolkes forskjellig ut i fra de individuelle holdningene man innehar. Det noen miljøterapeuter ser på som en god omsorg, vil andre kunne være uenig i. Reaksjoner på anvendelse av husordensreglene sett i lys av dette vil derfor være forskjellige. Noen kan se på bruk av husordensregler som en nødvendighet i behandlingen, at det er noe pasienten trenger for bedring i sykdomsforløpet. Et spenningsfelt pasienter vil befinne seg i, er følelsen av å være sårbar, avhengig og hjelpetrengende, og det å ha muligheten til å ivareta egne interesser (Kristoffersen & Nortvedt, 2012). Pasienter med alvorlig sinnslidelse kan befinne seg i en tilstand der en ikke er i stand til å føre sin sak på en adekvat måte. Pasientene som ikke kan forsvare sin verdighet ved å utøve sin medbestemmelse, må få sikret den gjennom personalet. Betingelsen for at pasientene skal kunne anvende sine rettigheter, er at miljøpersonalet har tilsvarende plikter til å følge opp betingelsene slik at rettighetene kan realiseres (Hummelvoll & Barboda de Silva, 2014). Tar en utgangspunkt i dette, dannes et grunnlag for at mennesket har muligheter for vekst og utvikling også i situasjoner med sykdom og helsesvikt (Kristoffersen & Nortvedt, 2012).

Resultatene viser at personalet opplever at pasientene kan føle seg krenket, irritabel og sint. Misbruk av makt kan føre til krenkelser, eller skape en følelse av avmakt hos pasientene. Det er rimelig å anta at jo mer makt en har, jo større misbruk kan utøvelsen av den makten være.

Villand, Bøe & Sæther (2013) viser til at dersom maktforholdet er preget av tillit, trenger ikke denne asymmetrien å være negativ. Da er det viktig at helsepersonellet forvalter sin makt på en forsvarlig måte som er til pasientens beste.

Har personalets for stort fokus på husordensreglene i interaksjon med pasientene, vil det kunne ta bort fokuset fra å se mennesket bak pasienten. En stereotypisk tankegang som ikke fokuserer på menneske bak sykdommen, kan føre til en mangelfull helhetlig behandling (Borg & Topor, 2007). Hvordan personalet utfører presentasjonen av husordensreglene i samhandling med pasientene og hvilke holdninger de representerer har en viktig etisk verdi i jobben de utfører. Sykepleieteoretiker Kari Martinsen påpeker at etikk og etiske verdier er noe en kan lære gjennom teori og utdanning. Hun mener mye av grunnlaget ligger latent i oss som personale, og at det er avgjørende for hva vi vurderer som ”rett” og ”galt” når vi er ute i arbeidslivet. På bakgrunn av dette vil personalets holdninger variere fra person til person, og det vil kunne gjenspeile seg i den omsorg man gir i sitt arbeid som sykepleier (Nortvedt, 2012). Lite forskning sier noe om interaksjonen mellom miljøterapeut og pasient ved utførelse av husordensregler. Hvordan en setting oppleves for både pasient og miljøterapeut avhenger av samhandlingen i situasjonen. En overstyring som en fast prosedyre som husordensreglene er, kan overstyre omsorgsutøvelsens dialog med pasienten. På en slik måte økes risikoen for at pasienten kommer i en avmaktssituasjon. I følge Juritzen og Heggen (2006) kan det utvikles en omsorgspraksis som bryter med omsorgsrasjonaliteten som kunne være utgangspunktet for en omsorgsdialog. Miljøterapeutenes makt kan brukes positivt til også å gi makt til omsorgsmottakeren. Pasientenes avmakt sees ikke som et direkte resultat på miljøterapeutenes maktutøvelse, men som et tildelt formynderi i omsorgsytrollen (Juritzen og Heggen, 2006). For å legge til rette for et samtaledemokratisk perspektiv innenfor en omsorgsrasjonell ramme, er det behov for mer forskning som synliggjør motmakt der hvor strukturell makt kommer i konflikt med pasientenes behov og ønsker (Christensen, 2003).

Bak et al. (2013) viser til avdelinger som inkluderer pasientene i prosessen med utformingen av husordensreglene, har mindre utøvelse av tvang enn avdelinger som ikke inkluderer pasientene på samme måte. Det kan tenkes at pasientene føler medbestemmelse og ansvarlighet i behandlingen, der man skaper en samhandling mellom pasient og personal som bygger på gjensidig respekt (Bak et al., 2013). En svakhet med denne filosofien er at det på en psykiatrisk akuttavdeling er det forholdsvis stor ”gjennomtrekk” av pasienter med kort liggetid. I tillegg er pasientene i en dårlig fase ved innleggelse på en psykiatrisk akuttavdeling

og det vil kunne være etisk uforsvarlig å involvere pasientene i en slik prosess. En mulighet er ved avdelinger som deltar i brukertilfredshetsundersøkelse ved utskrivelse der momenter rundt bruken av husordensregler kunne være tatt med.

Resultatene er hentet inn fra kun en institusjon. Innholdet i resultatene vil kunne være preget av institusjonskulturen og holdningene til personalet ved denne institusjonen. Det kan tenkes at resultatene hadde sett annerledes ut dersom studien hadde blitt gjennomført ved en annen institusjon. Husum et al. (2011) viser til at kolleger har en tendens til å påvirke hverandre, både i forhold til personlighet og verdier. Dermed kan det tenkes at ansatte adopterer hverandres holdninger og meninger, slik at utførelsen av husordensreglene kan blir påvirket ut i fra hvem som er på jobb. Sammensetningen av alder og kjønn på ansatte på skiftene, deres etiske, faglige og juridiske vurderinger og deres holdninger, vil kunne være en avgjørende faktor for hvordan husordensreglene blir anvendt. Psykiatri, etikk & tvang (PET)- prosjektet (Skjeldal, 2018) har undersøkt holdningsvariasjoner til tvang blant fagfolk i helsevesenet.. Det ble funnet relativt store forskjeller i holdninger til bruk av tvang. Psykologer og psykiatere var på hver sin fløy, med de andre yrkesgruppene mellom seg. Psykologer var mest kritiske til å bruke tvang. Psykiatere og sykepleiere var derimot mer positive i holdningene sine til å benytte tvang i behandlingen.

Betydningen av tydelige regler fremkom i en studie (Bensley, L., Nelson, N., Kaufman, J., Silverstein, B. & Shields, J. 1995) som sammenlignet synspunktene til miljøpersonalet og pasientene i forhold til husordensreglene. Studien viste at pasienter og ansatte delte mange bekymringer, men pasientene alene identifiserte mangel på tydelige regler som en primær faktor for konflikter og utageringer. Konklusjonen av studien stemmer godt overens med resultatene. Det kan tenkes at diffuse og tvetydige regler fører til ytterligere forvirring hos pasientene som igjen fører til frustrasjon som gir seg utslag i emosjoner som for eksempel sinne.

Store deler av forskningen som er gjort rundt husordensreglene er av eldre dato. Samfunnet og det psykiatriske fagfeltet er i konstant utvikling. Det er rimelig å anta at feltet hadde vært tjent med oppgradert forskning sett fra flere perspektiver. Mer informasjon og åpenhet rundt psykisk helse med fokus på pasientrettigheter og brukermedvirkning kombinert med strengt lovverk som skal ivareta personale og pasienter, gjør husordensreglene til et kompleks fenomen.

4.5 Metodediskusjon

Det er nødvendig å ha et bevisst forhold og analytisk distanse til egen forforståelse og hvordan en som forsker kan påvirke kunnskapsutviklingen gjennom de valg som gjøres gjennom forskningsprosessen. Forforståelsen er ofte en stor del av motivasjonen for valg av tema, og refleksiviteten rundt dette bidrar til større transparens. I dette avsnittet diskuteres studiens holdbarhet og metodiske kvalitet. Det brukes ulike begreper i forskningslitteraturen for hvordan en studies holdbarhet vurderes (Polit & Beck, 2012). I denne studien er det valgt å benytte Graneheim og Lundmann (2004) sin teori som relaterer begrepene troverdighet, pålitelighet og overførbarhet til en studies holdbarhet.

For å oppnå troverdighet i kvalitativ forskning spiller valg av meningsbærende enheter en stor rolle (Graneheim og Lundmann, 2004). I løpet analyseprosessen må man ta mange valg. Det at forskeren er bevisst på sin forforståelse har betydning for hvordan en velger å tolke materialet. Det har blitt etterstrebet å være så tro mot de opprinnelige intervjuene og konteksten som mulig. Man kan både miste og unnlate meningsbærende enheter og forfatteren velger hvor korte eller lange enhetene skal være, samt hvor mye substans som hvert enkelt vektlegges. Det materialet som ikke blir tatt med i analysen, enten systematisk eller uforvarende gir mulighet for å miste funn. Enkelte sitater kan også være ment å ha en annen kontekst enn det forfatteren mener de har. Derfor er det viktig å være bevisst sitt ståsted gjennom hele analyseprosessen, samtidig som de meningsbærende enhetene blir sett i sammenheng med problemstillingen.

Det å bare være en forfatter kan i følge Graneheim og Lundmann (2004) være en svakhet som kan svekke troverdigheten da en ikke har noen å føre dialog med igjennom prosessen. Det å ha en medforfatter som hadde vært med i prosessen å finne meningsbærende enheter hadde vært interessant for å se på samstemningen av funnene. Som et resultat av dette ble veiledningene sammen med veileder og medstudent/moderator/observator benyttet for å diskutere og bekrefte/avkrefte funnene i studien. Resultatene ble beriket fortløpende med direkte sitater, dette for å vise hvordan det er tenkt gjennom kondenseringen og hvordan materialet ble delt inn i kategorier. Dette mener forfatteren kan være med på å fremme og bevare troverdigheten til studien.

I følge Graneheim og Lundmann(2004) er det viktig at de fire kategoriene som ble laget, dekker det som skal være med av eventuelle funn. Derfor synliggjør tabellene 1 og 2

analyseprosessen. Gjennomføring av pilotintervju og utforming og videreutvikling av intervjuguiden viste seg å være viktig for å tydeliggjøre hva som var ønskelig å undersøke i studien.

Rekrutteringsprosessen bød på utfordringer i form av å kartlegge hvilke kriterier ovenfor informantene som var viktige og hvorfor. Det var ønskelig å få til en sammensetning der et fokusgruppeintervju besto av miljøpersonale som jobbet natt og et fokusgruppeintervju som besto av miljøpersonale fra dag og aften. Dette for å se på om det var variabler mellom disse to gruppene, samt få frem hva de vektla rundt utførelsen av husordensreglene. Det lot seg ikke gjennomføre da informantene ble tatt ut av den daglige driften mens intervjuene ble gjennomført. Samtlige informanter hadde erfaringer fra å jobbe natt, men de klare skillene mellom å jobbe natt versus dag og aften fremkom ikke i studien.

Studiens ønske med å få til 4-5 informanter til hvert fokusgruppeintervju ble innfridd. Kriteriene for å være informant i studien var at de snakket norsk, hadde helsefaglig bakgrunn og at de har jobbet minimum 1 år i minimum 50 % stilling. Samtlige informanter hadde minimum bachelor-grad, hvor den med minst fartstid hadde jobbet der i 4 år. Det kan tenkes at studien hadde fått et annet utfall dersom informantene hadde en lavere grad av helsefaglig bakgrunn og mindre erfaring fra yrkeslivet i en psykiatrisk akuttavdeling. En fordel med det kan være at de ikke hadde vært påvirket av kollegaenes og arbeidsplassens kultur. I tillegg ville de hatt mindre erfaring med husordensreglene og sett på de med nye øyne. Likefullt ble det prioritert å ha en viss erfaring på feltet, samt at de skulle ha med seg forståelsen av feltet ervervet gjennom utdanning.

Intervjuene var utfordrende med tanke på å opprettholde fokus, være bevisst på hvordan man stilte spørsmål, hvordan man stilte konstruktive oppfølgingsspørsmål, samt hvor oppmerksom en var på det informantene formidlet. Det første intervjuet ble noe påvirket av usikkerhet og samtidig teknisk orientert gjennom å planlegge oppfølgingsspørsmål, svare, lytte og opprettholde struktur. Det medførte at spørsmål som skulle fungere som støttespørsmål, ble brukt fortløpende gjennom intervjuet.

En utfordring med fokusgrupper kan være at det hemmer enkeltindivider til å ytre meninger eller betraktninger, samt å tørre å tre frem (Johannesen et al 2010). Erfaringene fra intervjuene viste at ingen av informantene ble anonyme, heller ikke for dominerende. Det kan være utslagsgivende at gruppene var relativt små i fokusgruppesammenheng.

Om intervju i en studie er reliabel er i følge Krumsvik (2014) knyttet opp til om spørsmålsformuleringene er tydelige og om forskeren har vært med på å forme informantenes svar. Pilotintervjuet som ble gjennomført førte til at en stilte bedre forberedt både mentalt og intervjuteknisk på hva som ventet. Det forekom at spørsmålene ble mistolket og måtte omformes for informantene. I noen situasjoner ble det registrert av moderator at forskerens formuleringer ble for ledende, dette på grunn av manglede erfaring hos forskeren. Det ble også erfart at utålmodighet hos forskeren kunne føre til ledende spørsmål, selv om dette ble forsøkt unngått.

En ulempe med å gjennomføre studien ved et annet helseforetak enn forskerens arbeidssted kan være at informantene er ukjente og at en lettere kunne gjort seg forstått om man hadde kjennskap med hverandre. På en annen side følte forfatteren at det var ukomplisert å stille kritiske spørsmål, få de til å uttrykke ”det underforståtte” og kanskje få ærligere svar når informantene var ukjente. Kunnskapen om eget praksisfelt kan sees i lys av et habilitetsspørsmål og utfordringer knyttet til å innta en annen rolle overfor sine kollegaer.

Forskeren har stilt seg selv spørsmålet om hvilken betydning intervjutidspunktet hadde for resultatene. Miljøpersonalet har vært vant med å forholde seg til husordensregler alle år de har jobbet ved institusjonen. En brå overgang til å ikke ha noen skrevne regler i ukjent bygg har ført til store endringer for personalets praksis, som har medført en turbulent innkjøringsfase, uklarheter, utfordringer og egentolkning av instruksjer og lovverk. Det kan tenkes resultatet hadde hatt blitt annerledes om de gikk fra å ikke ha, til å ha husordensregler. Likeledes hadde det vært spennende å sett utfallet om innkjøringsfasen har fått bero og gjort intervjuene 1-2 år senere.

Studiens tidsperspektiv og omfang kan sees på som en begrensning. Graneheim og Lundmann (2004) beskriver at pålitelighet i kvalitative studier avhenger av tiden en bruker på datainnsamlingen. Dersom datainnsamlingen går over lengre tid, er det en fare for at forfatterens perspektiv og tilnærming endres under veis i prosessen. Det kan ha styrket oppgavens pålitelighet at datainnsamlingen var kort. Samtidig påpeker Graneheim og Lundmann (2004) at å ha en moderator og observator gjennom intervjuprosessen oppnår en ny innsikt i fenomenet som undersøkes og at dette kan påvirke fokuset i intervjuene.

Utgangspunktet for denne studien var å få tak i miljøpersonalets erfaringer med husordensregler i en psykiatrisk akuttavdeling. I forkant av fokusgruppediskusjonene ble

perspektivet utvidet til å også ta med miljøpersonalets erfaringer med å ikke ha husordensregler. Årsaken til det var at det var en like stor erobring å fremskaffe erfaringer av å ikke ha husordensregler. Forfatteren var bevisst denne endringsprosessen og mener det bidro til å få et rikere materiale.

Overførbarheten styrkes gjennom detaljerte beskrivelser av studiens utvalg, datainnsamling, kontekst og analyseprosess. I hovedsak er det leseren som bestemmer studiens overførbarhet, ved å se på gjennomføringen av studien (Graneheim & Lundmann, 2004). I følge Malterud (2012) kan ikke funn gjort ved fokusgruppeintervjuer generaliseres, men kan ha en overføringsverdi til lignende situasjoner.

Studien viser miljøterapeutenes erfaringer med å ha og ikke ha husordensregler på en psykiatrisk akuttavdeling. I og med at alle informantene er valgt ut fra samme avdeling, sier ikke studien noe om forskjellene mellom avdelinger. Det å være igjennom en prosess, å gå inn i en ny avdeling uten husordensregler vil gjerne møte utfordringer og uklarheter i innkjøringsperioden. Alle psykiatriske avdelinger vil være berørt av eksponering og reguleringer fra samfunnet på utsiden, men synspunktene vil kunne variere. Sikkerhet er noe alle akuttpsykiatriske avdelinger verdsetter høyt, både overfor pasientene og personalet. Gjennomføringen og erfaringer ved å ha og ikke ha husordensregler vurdert etter fordeler og ulemper vil naturligvis variere fra personal til personal og fra avdeling til avdeling. Det er flere faktorer som kan påvirke personalets vurderinger som postkulturen, fartstid, utdanning, avdelingens føringer, personlige verdigrunnlag og den enkeltes erfaringer. Selv om informantene i denne studien representerer en psykiatrisk akuttavdeling kan det tenkes at man kan trekke paralleller til andre typer avdelinger som distriktpsykiatriske senter, allmenne åpne avdelinger og sikkerhetsavdelinger.

5.0 Konklusjon

Hensikten med studien var å få kunnskap om miljøpersonalets erfaringer med å ha og ikke ha husordensregler ved psykiatriske akuttavdelinger. De mest sentrale funnene som kan bidra til å besvare problemstillingen er drøftet underveis i kapittel 4. I det følgende sammenfattes funn av mer overordnet karakter, knyttet til problemstillingen.

Funn i denne studien kan ikke generaliseres, men kan ha en overføringsverdi til lignende situasjoner.

Alle informantene var samstemte i at de ønsker å få tilbake noen av de skriftlige husordensreglene de hadde. Spesielt ønsket miljøpersonalet regler av det som gikk på sikkerheten både overfor personalet og pasientene og ivaretagelse av de dårligste pasientene. Analysearbeidet viste at det var delte erfaringer av det som ble benevnt som fordeler og ulemper, både når det gjaldt å ha husordensregler eller ikke. Konsekvensene av å ha det som ble omtalt som unødvendige husordensregler, for eksempel regulering av røyk, var ofte forbundet med konflikter som skapte negativt ladete emosjoner hos pasientene. Overgangen fra å ha til å plutselig ikke ha husordensregler, skapte store frustrasjoner blant miljøpersonalet i forhold til hvordan de skulle forholde seg til situasjoner som tidligere ble regulert gjennom husordensreglene. Analyse materialet viste at psykiatrien kan ha blitt påvirket av medias søkelys mot for mye tvang i psykiatrien og at de psykiatriske fagfeltene har vært med i for liten grad i lovendringene som har blitt gjort i det psykiske helsevernet.

I tråd med Alexander og Bowers (2004) analyse av 41 publikasjoner som er gjort ved psykiatriske akuttavdelinger, viste denne studien at litteraturen er delt i forhold til fordeler og ulemper med å ha høy struktur på husordensreglene. Studien kan ikke slå fast om det er rigide eller fleksible husordensregler som er den beste måten å jobbe etter i en psykiatrisk akuttavdeling. Likevel viste deres studie at personalet foreslo høy grad av struktur ved flere av avdelingene.

Implikasjonene ut fra studiens funn er at det anbefales at institusjonen tar en gjennomgang av hva som skal være gjeldende praksis for utøvelse av rutiner som tidligere ble regulert gjennom husordensreglene. Likeledes, skal miljøterapeutenes stemme høres anbefales det at det innføres husordensregler som ivaretar personalets og pasientenes sikkerhet, samt ivaretar de dårligste pasientene i en sårbar fase.

Videre forskningsområder: Innledningsvis refererer redaktør i Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, Odd Volden (Volden, 2013), at husordensregler burde vært et spennende materiale å dykke ned i. Det finnes svært lite forskning på husordensregler ved psykiatriske akuttavdelinger. Det hadde vært interessant å sett på resultatene gjort ved å intervju miljøterapeuter som hadde vært i en annen situasjon, der de for tiden har husordensregler. Likeledes hadde det vært spennende å sett på funn dersom innkjøringsfasen hadde fått bero seg, og tatt intervjuene 1-2 år etter overgangen. Det finnes ingen oversikt over omfanget og bruken av husordensregler på psykiatriske akuttavdelinger i Norge. En kartleggingsstudien på området hadde gitt en pekepinn på omfanget. Forfatteren støtter Alexander & Bowers (2004) teori om at det som er gjort av forskning på feltet gir ingen god informasjon om det faktiske innholdet i interaksjonene mellom pleier og pasient ved utførelsen av husordensregler. Sist men ikke minst, hvilke erfaringer har pasientene med husordensreglene?

Litteraturliste

- Alden, L. (1978). *Treatment environment og patient improvement. Journal of nervout and mental disorders* 166, s. 327-334.
- Alexander, J., & Bowers, L. (2004). *Acute psychiatric ward rules: a review of the literatur. Journal of psychiatric and mental health nursing*, 11, s. 623-631.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmiljøloven> (sist sjekket 28.02.2018)
- Arbeidstilsynets publikasjoner. (2009). *Vold og trusler på arbeidsplassen*. Publikasjon nr. 597.
<https://www.arbeidstilsynet.no/contentassets/0cbb3bc6069a4008a3e4873900177c2f/veiledere---vold-og-trusler-i-forbindelse-med-arbeidet.pdf> (sist sjekket 25.03.2018)
- Bak, J., Zoffman, V., Sestoft, D.M., Almvik, R., & Brandt-Christensen, M. (2013) Mechanical Restriant in Psychiatry: *Preventive Factors Theory and Practice*. A Danish-Norwegian Association. *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol.50(3), 155-166. doi: 10.1111/ppc.12036
- Bensley L., Nelson N., Kaufman J., Silverstein B. & Shields J. (1995) Patient and staff views of factors influencing assaults on psychiatric hospital employees. *Issues in Mental Health Nurs- ing* 16, 433–446.

Berg, T.O., & Knudsen, F.O. (2014). *Makt*. I Store Norske Leksikon. <http://snl.no/makt> (sist sjekket 25.03.2018).

Borg, M. & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner: Bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.

Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N., Kiyimba, F., & McFarlane, L. (1999). *Absconding: why patients leave*. *Journall of psychiatric and Mental Health Nursing* 6, s. 199-205.

Bremnes, R., Pedersen, P. B., Hellevik, V., Urfjell, B., Solberg, A., Vedvik, M.A.E. (2016) Helsedirektoratet. *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014*. Rapport IS-2452. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport%20om%20vang%20IS-2452.pdf> (sist sjekket 20.03.2018).

Christensen, K. (2003) *"De stille stemmer – om kjønnerelatert magt i offentlige omsorgstjenester."* s. 22-48. Oslo, Gyldendal Akademiske

Curran, S. (2007) Staff resistance to restraint reduction: Identifying and overcoming barriers. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, Vol.45(5), 45-50. url: <http://search.proquest.com/docview/225536781?accountid=31880>

Dix, R., & Page, M. J. (2008). De-escalation. I: Beer, D., Pereira, S., & Paton, C. *Psychiatric Intensive Care* (ss. 28-29). Cambridge: Cambridge University Press.

Dommerud, T. (2016. 12. April). *Bent Høie vil gjøre det mye vanskeligere å bruke tvang*. Aftenposten. <https://www.aftenposten.no/norge/i/bK52A/Bent-Hoie-vil-gjore-det-mye-vanskeligere-a-bruke-tvang> (sist sjekket 21.03.2018).

Eriksen, C. (2011). *Lovskravet*.
<http://www.uio.no/studier/emner/jus/jus/JUS2211/h14/undervisningsmateriale/iii-lovskravet.pdf> (Sist sjekket 15.03.2018)

Finnema, E., Louwerens, J., Slooff, C. & van-den-Bosch, R. (1996) *Expressed emotion on long-stay wards*. *Journal of advanced nursing* 24, s. 473-478.

Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N., & Bleich, A. (2009) Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, Vol.30(12), 758-763. doi: 10.3109/01612840903159777

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2).

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Heggen, F. (2016, 23 november). *Hvorfor det fortsatt beltelegges folk i psykiatrien*.
http://fredheggen.blogg.no/1479848666_hvordan_klare_reduse.html (sist sjekket 25.03.2018)

Helgeland, G. (2015, 30.januar). Ref. 14/3602.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing--lov-og-forskrifter-om-gjennomforing-av-rusomsorgen/id2365124/> (sist sjekket 15.03.2018)

Helsedirektoratet, avdeling psykisk helse. (2008). *Informasjonsskriv til medlemmer av kontrollkommisjoner i psykisk helsevern*. Oslo: Trykksaksekspedisjonen.

Helsedirektoratet (2012). *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer*. (IS-9/2012). <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer/seksjon?Tittel=kapittel-4-gjennomforing-av-11228#§-4-2.-vern-om-personlig-integritet> (Sist sjekket 20.03.2018)

Helsedirektoratet (2016) Avdeling psykisk helse og rus. 11/2016. *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2015*. Oslo.

Helsenorge (2014) *Kontrollkommisjonen*. Sist oppdatert 13.10.2014. Hentet ut 04.05.2017.
<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/kontrollkommisjonen>

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Heløe, L.A. (2012) *Fra paternalisme til pasientrettigheter*. Tidsskrift for Den norske legeforening, 132, 434-436. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/2218496>

Hummelvoll, J. K. (2012). HELT- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykiatrisk helse. 7. Utg. Kap 18. *Et miljø for vekst og utvikling*. s 465-498. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J. K. (2014a) Et miljø for vekst og utvikling I: Hummelvoll, J. K. Helt– ikke stykkevis og delt. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hummelvoll, J. K. (2014b). Aggresjon. I: Hummelvoll, J. K. Helt-ikke stykkevis og delt (ss.251-273). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hummelvoll, J. K., & Barbosa da Silva, A. (2014). Relevante etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver i psykisk helsearbeid. I: Hummelvoll, J.K. Helt - ikke stykkevis og delt (ss. 83-108). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Husum, T.L., Bjørngaard, J.H., Finset, A., & Ruud, T. (2011) Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol.46(9), 893-901. doi: 10.1007/s00127-010-0259-2

Johannesen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. Utgave) Oslo: Abstrakt forlag.

Juritzen, T. I., og Heggen, K. (2006) *Omsorgsmakt. Relasjonære sonderinger mellom makt og avmakt*. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.

<http://ojs.novus.no/index.php/SID/article/view/906/900> (Sist sjekket 04.04.2018)

Kjølseth, T. K., (2008) *Ta etikken med inn i mediene*. Tidsskrift for norsk psykologforening.

5. Utg. S. 594-597.

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Cocoman, A., Turpeinen, S., Kuosmanen, L., & Joffe, G. (2009) *Nurses' and Physicians' Educational Needs in Seclusion and Restraint Practices. Perspectives in Psychiatric Care*, Vol.45(3), 198-207. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00222.x

Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2012) *Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, P., & Skaug E-A. Grunnleggende sykepleie, Bind 1 (ss.83-127). Oslo: Gyldendal Akademisk.*

Krueger, R.A., Casey, M.A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Los Angeles: Sage; 2009.

Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode – Ei innføring*. Kap. 5. Validitet. s. 151-162. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Kap. 5. Conducting an interview. s. 51-66. SAGE Publications Ltd.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. Utgave) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lanza M. (1988) Factors relevant to patient assault. *Issues in Mental Health Nursing* **9**, 239–257.

Lanza, M., Kayne, H., Hicks, C. & Milner, J. (1994) *Environmental characteristics related to patient assault. Issues in Mental Health Nursing* 15, s. 319-335.

Larsen, I.B., og Terkelsen, T.B. (2014) *Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. Nursing Ethics*, Vol.21(4), 426-436. Doi: 10.1177/0969733013503601

Laverty, Susann M. (2003). *Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations*. International Journal of Qualitative Methods.

Letendre, R. (1997). *The everyday experience of psychiatric hospitalisation: the users' viewpoint. International journal of social psychiatry* 43.

Lindstrøm, U.Å. (1997). Pasientens opplevelse av vårdkultur og vårdrelation-motsatsernas dialektikk. I.J. Hummelvoll og U.Å. Lindstrøm, *Nordisk perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Lopez, Kay A, & Willis, Danny G. (2004). *Descriptive versus interpretive phenomenology: Their contributions to nursing knowledge. Qualitative health research*, 14(5), s. 726-735.

Malt, U., Retterstøl, N., Dahl, A. (2010). *Lærebok i psykiatri*. (8. Utgave) Oslo: Gyldendal akademisk.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. (3. Utgave) Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo. Universitetsforlaget.

Markusen, J. A. (2016, 14. desember). *Økt stigmatisering av psykiatrien?*
<https://www.dagbladet.no/kultur/okt-stigmatisering-av-psykiatrien/66083331> (sist sjekket 14.03.2018)

Morrison, E. (1989). *Theoretical modeling to predict violence in hospitalised psychiatric patients. Research in nursing and health* 12, s. 31-40.

Nortvedt, P. (2012) *Selvbestemmelse og medbestemmelse. I: Nortvedt, P. Omtanke. En innføring i sykepleierens etikk* (ss.132-173). Oslo: Gyldendal akademisk

Norvoll, R., Hatling, T., Hem, K-G. (2008). *Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet "Brukerorientert alternativer til tvang i sykehus"*. (A8450).
https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/sintef_a8450_hovedrapp_bat.pdf (sist sjekket 20.03.2018).

NOU, Norges Offentlige Utredning (2011:9). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo: Helse og Omsorgsdepartementet.
<http://www.regjeringen.no/pages/16658899/PDFS/NOU201120110009000DDDPDFS.pdf> (sist sjekket 25.02.2018)

Nyeng, F.(2012) *Nøkkeltbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Oslo.
Fagbokforlaget.

Olkowska, A, Landmark, B. 2016. *Miljøterapi. Prinsipper, perspektiver og praksis*. Oslo:
Fagbokforlaget.

Pilgrim D. & Rogers A. (1994) *Service users' views of psychiatric
nurses*. British Journal of Psychiatric Nursing 3.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for
nursing practice* (9. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Polit, Denise F., & Beck, Cheryl Tatano. (2010). *Essentials of nursing research: appraising
evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams
&Kilkins.

Prinsen, E.J.D. & van Delden, J.J.M (2009). Can we justify eliminating coercive measures in
psychiatry? *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 69-73.
<http://jme.bmj.com/content/35/1/69.full.pdf+html> (sist sjekket 25.02.2018)

Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-
62?q=psykisk%20helsevernloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven)

Schømer-Olsen, S.R./NSF (2015). *Høringssvar*. (ref. 634443).

https://www.regjeringen.no/contentassets/be0d1df669cc4456a0933f4101181676/norsk-sykepleierforbund_rusomsorgen.pdf (sist sjekket 20.03.2018).

Sivilombudsmannen (2011) Sak 2011/694. *Uttalelser. Husordensregler for rutinemessig undersøkelse av pasientrom, eiendeler og post m.v. ved St.Olavs hospial, avdeling Brøseth.*

https://www.sivilombudsmannen.no/uttalelser/?search_referer=statements&s=2011%2F694&case_type=&period=

Skjeldal, E. (13.03.2018) *Forskeren forklarer: Store holdningsvariasjoner til tvang blant fagfolk.* <http://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/forskeren-forklarer-store-holdningsvariasjoner-til-tvang-blant-fagfolk/> (Sist sjekket 04.04.2018).

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Torp, I. S. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra:*

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/3-utvalgsstrategi/> (Sist sjekket 27.03.2018).

Vatne, S (2009). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi.* Kap 1. Miljøterapi s 23-31. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Villand, D., Bøe, D.T. & Sæther, O. (2013). Begreper, kunnskap og makt innen feltet psykisk helse. Mesel, T. & Leer-Salvesen, P. (red.), *Makt og avmakt. Etiske perspektiver på feltet psykisk helse.* S. 15-27. Kristiansand: Portal Akademisk Forlag.

Vgtv. Red. Steiro G. (2016, 9. Desember) <https://www.vgtv.no/video/134852/spoerretimen-om-tvangsbruk-i-psykiatrien>. (sist sjekket 25.03.2018)

Volden, O. (2013, 3. April). *Om å møte pasienter med respekt del 3*.
<https://www.napha.no/content/12535/Om-a-mote-pasienter-med-respekt---del-3> (sist sjekket 20.03.2018)

Weingart, P. (1998). Science and the media. *Research Policy*, 27 (8), s. 869-879.

Wynn, R. (2006) *Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies*.
International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 10(4), 247-251.
<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/13651500600650026> (sist sjekket 25.02.2018)

Østenstad, H.B. (2011). Fråvar av avgjerdskompetanse som moglege vilkår for tvunge psykisk helsevern og tvangsbehandling m.m. Vedlegg 3 i Norges Offentlige Utredninger (2011:9). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
<http://www.regjeringen.no/pages/16658899/PDFS/NOU201120110009000DDDPDFS.pdf> (sist sjekket 25.02.2018)

Vedlegg 1

Jon Kenneth Slind

XXXXX

XXXXXXXX

30.11.2017

Til avdelingssjef og fagutvikler ved akuttavdelingen xxxxxxxxxxxxxx

Dette er en formell forespørsel om bistand til å rekruttere informanter og gjennomføring av fokusgruppeintervju. Undertegnede har tidligere vært i dialog med avdelingsleder og fagutvikler som har sagt seg villig til å være behjelpelig med rekruttering av informanter til min, Jon Kenneth Slind's, masteroppgave i psykisk helsearbeid som gjennomføres ved Nord Universitet, fakultet for sykepleie og helsevitenskap.

Som nevnt i tidligere samtaler dreier studien seg om å belyse miljøpersonalets erfaringer av husordensregler ved psykiatriske akuttavdelinger.

Det vil være en kvalitativ studie, i form av to fokusgruppeintervjuer. Det tas sikte på minigrupper på 4-5 deltakere i hver gruppe. Hvis mulig er det ønskelig å få til en fokusgruppe med nattpersonale og en fokusgruppe med personale som jobber dag/aften.

Informantene som rekrutteres skal være ansatte på psykiatriske akuttavdelinger, der de har jobbet minimum 1 år i minimum 50 % stilling og at de snakker norsk. Det er ønskelig å rekruttere profesjoner som har helsefaglig bakgrunn og at dem jobber i miljøet på en akuttavdeling.

Ved forespørsel om å delta i studien ønskes det at informantene får vedlagte dokument: "Informasjon og forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet". Informantene melder så tilbake sin interesse til fagutvikler som i samarbeid med informantene og undertegnede finner tidspunkt for intervjuene.

Ved at xxxxxxx rekrutterer informantene, trenger undertegnede ingen personidentifiserbare opplysninger. Det gjøres oppmerksom på at informantene har taushetsplikt på sin yrkespraksis, slik at sensitive og personidentifiserende opplysninger ikke skal formidles under intervjuene. Dersom opplysninger av en slik art skulle fremkomme vil de bli anonymisert ved transkribering av lydopptakene.

I tillegg til hjelp til rekruttering, ønskes det at institusjonen stiller møterom til disposisjon til intervjuene.

Med vennlig hilsen

Jon Kenneth Slind
Masterstudent i psykisk helsearbeid

Siv Grav
Veileder

Vedlegg 2

FORMALISERING AV SAMARBEIDET MELLOM PSYKIATRISK AKUTTAVDELING XXXXX OG MASTERSTUDENT JON KENNETH SLIND VED NORD UNIVERSITET.

Fagutvikler xxxxx ved psykiatrisk akuttavdeling ved xxxxx har sagt seg villig til å være behjelpelig med rekruttering av informanter til masteroppgave i psykisk helsearbeid til Jon Kenneth Slind.

Masteroppgaven dreier seg om å belyse miljøpersonalets erfaringer med husordensregler ved psykiatriske akuttavdelinger.

Studiens problemstilling: *"Hvilke erfaringer har miljøpersonalet på psykiatriske akuttavdelinger med husordensreglene?"*.

Det vil være en kvalitativ studie, i form av to fokusgruppeintervjuer. Det tas sikte på minigrupper på 4-5 deltakere i hver gruppe.

Informantene som rekrutteres skal være ansatt i minimum 50 % stilling på psykiatriske akuttavdelinger. Kriteriene er at informantene har jobbet ved psykiatrisk akuttavdeling i minimum 1 år, samt at dem snakker norsk.

Ved at enhetsleder rekrutterer informantene, trengs ingen identifiserbare personopplysninger eller helseopplysninger av informantene i studien.

Diktafon blir benyttet under intervjuene. Lydopptaket blir transkribert på passordbeskyttet pc som ikke er koblet til internett. Datamaterialet blir anonymisert ved transkribering. Pc og diktafon vil være innelåst i safe. Lydopptak og datamaterialet vil bli slettet ved avsluttet studie –april 2018.

All deltakelse i studien er frivillig og informantene kan når som helst trekke seg fra studien før intervjuet.

xxxxxx har sagt seg villig til å stille et møterom til disposisjon til intervjuene.

Vedlegg 3

Informasjon og forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Husordensregler på psykiatriske akuttavdelinger”

Bakgrunn og formål

Denne studien er en mastergradsstudie i psykisk helsearbeid ved Nord Universitet, og gjennomføres av undertegnede, Jon Kenneth Slind. Bakgrunnen for studien er å få innsyn og forståelse av hvilke erfaringer miljøpersonalet har med husordensreglene på psykiatriske akuttavdelinger. Formålet er å få miljøpersonalets erfaringer med husordensreglene ved psykiatriske akuttavdelinger.

Studiets problemstilling er:

”Hvilke erfaringer har miljøpersonalet med husordensreglene på psykiatriske akuttavdelinger?”.

Problemstillingen ønskes belyst gjennom gruppeintervjuer med miljøpersonale ved psykiatriske akuttavdelinger. Rekrutteringen vil bli gjort gjennom akuttavdelingens fagutvikler med godkjenning av avdelingssjefen. Du mottar denne henvendelsen gjennom fagutvikler og er forespurt til å delta i studien på bakgrunn av at du har vært fast ansatt ved avdelingen mer enn et år, jobber over 50 % stilling og snakker norsk.

Hva innebærer deltakelse i studien og hva skjer med informasjonen om deg?

Det vil gjennomføres gruppeintervjuer med varighet på 40 -60 minutter og som deltaker vil du få tildelt eksempler på husordensregler. Med gruppeintervjuer, menes her minigrupper på 4-5 deltakere som vil bestå av miljøpersonale ved en psykiatrisk akuttavdeling.

Intervjuene vil bli tatt opp på lydband som senere blir nedskrevet og analysert. Din deltakelse i undersøkelsen vil være anonym, og du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i studien. Intervjuene planlegges gjennomført 5. januar 2018.

I og med at dere blir rekruttert gjennom en tredjepart, fagutvikler, trenger ikke undertegnede identifiserende personopplysninger eller helseopplysninger.

Studien er i forkant søkt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og er godkjent av dem.

Studiet skal etter planen avsluttes april 2018, og innsamlede data vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse

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

Ønsker du å delta, informerer du fagutvikler om dette. Fagutvikler videreformidler din interesse for deltakelse til undertegnede. Alle som ønsker å delta må signere på et vedlagt skjema som sier at du samtykker til å delta i studien. Samtykkeskjemaet tar du med til intervjuet.

Tidspunkt av intervjuet vil bli nærmere avklart i samarbeid med fagutvikler.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med fagutvikler, xxxxx ved akuttavdelingen på xxxxx. Veileder på prosjektet, Siv Grav ved Nord Universitet, kan også kontaktes på telefonnr: 74212321 eller på e-post: siv.grav@nord.no

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jon Kenneth Slind
Psyk. Sykepl. v/seksjon for allmenn og akutt psykiatri,
Sykehuset Namsos.
Student ved Nord Universitet.

Vedlegg 4

Utdrag av husordensregler fra psykiatriske akuttavdelinger i Norge.

- Medbrakte medisiner oppbevares i postens medisinrom.
- Bruk og oppbevaring av rusmidler er ikke tillatt. Ved mistanke om oppbevaring av rusmidler vil det bli utført ransaking og beslag av funn.
- Posten vil regelmessig gjennomføres med narkotikahund. Ved markering vil det bli utført ransaking og beslag av funn.
- Finn av større mengder illegale rusmidler kan bli politianmeldt.
- Kjøp, salg og bytte av gjenstander er ikke tillatt.
- Lån av penger fra medpasienter er ikke tillatt.
- Det er forbudt å oppholde seg på andres rom.
- Innskrenking av telefonbruk kan vedtas.
- Mobiltelefon skal stå på lydløs og kan kun brukes på eget rom.
- Skade, tyveri og hærverk aksepteres ikke, og du kan bli stilt rettslig eller økonomisk ansvarlig hvis slikt skjer.
- Farlige gjenstander vil bli beslaglagt.
- Ønsker du å gå ut, og dette er avklart med behandler, gjør du avtale med miljøkontakt om dette. Du må være tilbake i enheten før klokken 21.30.
- Det skal være ro i enheten etter klokken 23.00. I forbindelse med dette er røykerommet stengt om natten.
- Som pasient har du ikke tilgang til rom som disponeres av personalet, som kjøkken og vaktrom. Du har heller ikke tilgang til andre pasienters rom.
- Lån av seksjonens telefon har varighet på 15 minutter, dette gjelder for innkommende og utgående samtaler.
- Pasienten kan etter avtale ha eget musikkanlegg/tv, men lydnivået skal ikke være til sjeanse for andre. Seksjonen har ikke ansvar for denne type eiendeler.

- Det er ikke anledning til å snakke om rus og rusmidler i seksjonens fellesarealer, der andre pasienter er tilstede. Pasienten kan prate med personalet om dette hvis ønskelig.
- Det er ikke tillat å ta med farlige gjenstander inn i døgnetenheten.
- Når du kommer til avdelingen vil bagasje og klær gjennomgås av personalet, og eventuelt etter utgang og permisjoner.
- Lighter og fyrstikker disponeres av personalet.
- Kun en pasient kan oppholde seg på røykerommet av gangen.
- Av hensyn til dine medpasienter ber vi om at du ikke utleverer opplysninger om andre. Det er ikke tillatt med filming, fotografering og lydopptak i avdelingen.
- Telefonsamtaler skal foregå på eget rom.
- Besøk skal foregå på eget rom, besøksrom eller utenfor avdelingen.
- Krav om utskriving bør skje på hverdager mellom kl. 08.30-15.00, i helgene før kl. 12.00. Utskriving skjer etter samtale med behandler. I helgene etter samtale med vakthavende lege.
- Pasienter anmodes om ikke å snakke om medpasienters problemer og historie til utenforstående.
- Besøk er begrenset til en time. Besøkende som er påvirket av alkohol eller andre rusmidler vil bli avvist. Det kan vurderes at personalet må være til stede under besøk. Besøkende må kunne legitimere seg ved forespørsel.
- Koffeinholdig drikke serveres ikke etter kl. 15.30. Enhetene har ikke mulighet til å oppbevare eller tilberede egen mat til pasientene. Pasienter har ikke mulighet til å bestille mat til enhetene fra cateringfirmaer.
- TV kan benyttes mellom kl. 15.30-23.00 på hverdager. Personalet forbeholder seg retten til å styre valg av TV-program og filmer av hensyn til fellesskapet.

- Det skal som hovedregel ikke brukes hodeplagg og yttertøy i fellesmiljøet av hensyn til fellesskapet. I fellesarealene er det påkrevet at man er normalt antrukket.
- Det er ikke anledning til å bytte eller låne penger, røyk, snus, eller andre eiendeler av hverandre. Verdisaker og overflødig bagasje bør sendes hjem eller overleveres pårørende. Pasienter oppfordres til å deponere pengebeløp over 1000,- i ekspedisjonen.
- Det skal være ro i seksjonen mellom kl. 23.00 og 07.00. Pasienten skal være på sine respektive rom etter kl. 24.00 om ikke annet er avtalt.
- Vi ønsker at rommene skal være rene og ryddige. Be personalet om hjelp om du trenger det.

Vedlegg 5

Intervjuguide fokusgruppeintervju:

Fase 1: Rammesetting	1. Uformell prat og servering av forfriskninger. (ca. 2 min)
	2. Informasjon (ca. 5-10 min) <ul style="list-style-type: none">• Si litt om temaet før intervjuet (bakgrunn, formål).• Forklar begreper og definer emneordene.• Forklar hva intervjuet skal brukes til og forklar taushetsplikt, frivillighet og anonymitet.• Spør om noe er uklart og om respondentene har noen spørsmål.• Forklar hvorfor fokusgruppeintervju.• Informer om opptak.• Start opptak.
Fase 2: Erfaringer	3. Overgangsspørsmål: (ca. 10-15 min) <ul style="list-style-type: none">• Hva tenker dere når dere hører ordet husordensregler?• Har dere en historie som dere har opplevd i sammenheng med husordensregler?• Hva er egentlig en husordensregel?
Fase 3: Fokusering	4. Nøkkelspørsmål: (ca.20-35 min) <ul style="list-style-type: none">• Når dere ble ansatt, hvordan ble husordensreglene presentert? Når oppdaget dere at det eksisterte husordensregler på avdelingen?• Hvordan ble husordensreglene presentert? (I pasientmappe, gjennom skriftlig oppslag, muntlig presentert av personalet, eller annet?)• Hva tenker dere om husordensreglene som var på avdelingen?• Har dere erfart at husordensregler er nødvendige?

	<ul style="list-style-type: none"> • Har dere erfart trygghet i husordensreglene? • Hva ser dere som fordel/ulempe med og uten husordensreglene? • Hvordan erfarer dere at husordensreglene blir fulgt opp av pasientene? • Hva tenker dere er ”hensiktsmessige” husordensregler og hva tenker dere er ”uhensiktsmessige” husregler? • Hvordan fungerer avdelingen uten husordensregler?
Fase 4: Tilbakeblikk	<p>5. Oppsummering (ca. 5 min)</p> <p>Er det noe dere vil legge til?</p> <p>Er det noe som er uklart?</p>

Vedlegg 6



Siv Grav
Helsevitenskap Nord Universitetet
Høgskoleveien 27
7600 LEVANGER

Vår dato: 02.05.2017

Vår ref: 53746 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.03.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>53746</i>	<i>Husordensregler på psykiatriske akuttavdelinger</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Nord universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Siv Grav</i>
<i>Student</i>	<i>Jon Kenneth Slind</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.11.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 7

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Viser til endringsskjema registrert 10. juli 2017.

Personvernombudet har nå registrert at formålet er endret fra å beskrive pasienters erfaring med husordensregler til ansattes erfaringer med husordensregler ved en psykiatrisk akuttavdeling.

Ombudet finner at prosjektet fortsatt vil være meldepliktig da det vil brukes lydopptak og gjennomføres gruppeintervju. Vi minner om at informantene fortsatt er underlagt taushetsplikt og at deltakelse i forskningsprosjektet ikke unntar dem fra dette, vi anbefaler at utvalget minnes på om dette før intervjuet starter.

Vi ber om at intervjuguide for det nye utvalget ettersendes av dokumentasjonshensyn.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger.

Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

--

Vennlig hilsen | Best wishes

Audun G. Løvlie

rådgiver | Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

T: (+47) 55 58 23 07

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD –

Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17