

Personlig integritet i tvungent psykisk helsevern

En kvalitativ studie av hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av pasientens personlige integritet.

Ann Kristin Bjørkli



Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap

**HØGSKOLEN I BUSKERUD OG
VESTFOLD**

15. September 2015



Navn: Ann Kristin Bjørkli	Dato: 15.09. 2015
Tittel og undertittel: Personlig integritet i tvungent psykisk helsevern – En kvalitativ studie av hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av pasientens personlige integritet.	
<u>Sammendrag:</u>	
<p>Bakgrunn: Sykepleiere ved Regionale sikkerhetsavdelinger som ivaretar pasienter med alvorlig psykisk lidelse, har et profesjonelt ansvar for å yte etisk og juridisk forsvarlig praksis. Forskning viser til sykehusmiljøets betydning i behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse som involverer og engasjerer pasientene, men viser lite til hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av pasientens personlige integritet som yrkesetisk og lovpålagt oppgave.</p> <p>Hensikt: Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av pasientens personlige integritet.</p> <p>Design og metode: Studien har et deskriptivt og tolkende design, og er basert på kvalitativt forskningsintervju av seks sykepleiere i pasientrettet arbeid. Datainnsamlingen ble gjennomført i 2014 ved de tre landsdekkende regionale sikkerhetsavdelingene. Lyddopptakene av intervjuene ble transkribert i sin helhet og analysert i et hermeneutisk perspektiv.</p> <p>Hovedresultat og konklusjon: Sykehusmiljøets strenge krav til sikkerhet, utgjør en kontekst av rammer, rutiner og regler som gjør det vanskelig for sykepleierne å kunne møte pasientens ønsker og behov i det daglige. Pasientens diagnose og alvorlige psykiske lidelse kan også være en utfordring for sykepleierne i relasjons – og pasientrettet arbeid. Ivaretagelse av pasientens personlige integritet i tvungent psykisk helsevern kan forstås som balansekunstens umulighet.</p>	
Nøkkelord: ”sikkerhetspsykiatri”, ”miljøterapi”, ”omgivelser”, ”person sentrert”, ”personlig integritet”, ”sykepleiere”.	
Antall ord: 7700	
Antall ord i artikkelen: 3507	



FACULTY OF HEALTH SCIENCES
Papirbredden Drammen Kunnskapspark
Grønland 58
3045 DRAMMEN

Name: Ann Kristin Bjørkli	Date: 15.09. 2015
Title and subtitle: Personal integrity in forced psychiatric care - A qualitative study on how nurses understand providing the patient's personal integrity.	
<u>Abstract:</u> Background: Nurses at regional security divisions that safeguard patients with critical psychological sufferings, have a professional responsibility to provide a practice that are ethical and judicially acceptable. Research highlights the importance of hospital environment as a part of treatment of patients with severe psychological diseases involving and engaging the patients. The literature shows little to no attention to how nurses understand providing patient's personal integrity as an ethical and law obliged task. Purpose: The purpose of the study was to gain knowledge on how nurses understand providing the patient's personal integrity. Design and method: The study has a descriptive and interpretative design, and is based on qualitative research interviews of six nurses in patient-oriented work. Data collection was completed in 2014 in three of the nationwide regional security divisions. The audio recordings of the interviews were transcribed verbatim, and analysed in a hermeneutic perspective. Main result and conclusion: The hospital environments' strict demands regarding security, constitutes a context of frames, routines and rules that makes it difficult for nurses to fulfil the patient's wishes and needs in daily life. The patient's diagnosis and severe psychological suffering can also be a challenge for the nurse's relation and patient-oriented work. Fulfilment of the patient's personal integrity in forced psychological health care can be understood as the balance impossibility.	
Key words: "forensic psychiatry", milieu therapy", "environment", "person centered", "personal integrity", "nurses".	

FORORD

Studien ble gjennomført ved fakultet for helsevitenskap, Høyskolen i Buskerud og Vestfold.

Takk til de seks sykepleierne ved regionale sikkerhetsavdelinger i Trondheim, Bergen og Oslo som deltok i studien.

En særlig takk rettes til postdoktor og førsteamanuensis Siren E. Kouwenhoven for engasjement, velvilje og støtte.

INNHALDSFORTEGNELSE

KAPITTEL 1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	2
1.3 Avgrensning og presisering	3
1.4 Oppgavens oppbygning	4
KAPITTEL 2 TEORETISK REFERANSERAMME	5
2.1 Pasientgruppen og kontekst	5
2.2 Klargjøring av egen forforståelse	7
2.3 Personlig integritet	7
2.4 Sykepleiens grunnlag	8
2.5 Løgstrups filosofi	8
KAPITTEL 3 DESIGN OG METODE	9
3.1 Studiens forskningsdesign	9
3.2 Utvalg og rekruttering	9
3.3 Kvalitativt forskningsintervju	10
3.4 Gjennomføring av intervju	11
3.5 Transkribering	12
3.6 Analyseprosess	12
3.7 Gjennomføring av analyse	14
3.8 Etiske vurderinger	15
KAPITTEL 4 KVALITET PÅ STUDIEN	17
4.1 Gyldighet og pålitelighet	17
4.2 Troverdighet og refleksivitet	18
4.3 Overførbarhet	18
KAPITTEL 5 PRESENTASJON OG OPPSUMMERING AV MANUSKRIFTET	19
5.1 Metode	19
5.2 Resultater	19
5.3 Diskusjon	21
5.4 Avslutning	23
Litteraturliste	24
ARTIKKELMANUSKRIFT	27

VEDLEGG

Vedlegg 1: Psykisk helsevernloven § 4-2 "*vern om personlig integritet*"

Vedlegg 2: Oversikt systematisk søk

Vedlegg 3: Forespørsel om tilgang til forskerfelt

Vedlegg 4: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 5: Intervjuguide

Vedlegg 6: Eksempler fra analyse med hermeneutisk meningsfortolkning

Vedlegg 7: Forfatterveileder for Tidsskriftet Sykepleien Forskning

KAPITTEL 1 INNLEDNING

I denne studien har jeg valgt å fordype meg i sykepleieres forståelse for ivaretagelse av pasientens personlige integritet. Dette i en kontekst hvor pasienten er underlagt tvunget psykisk helsevern i Regionale sikkerhetspsykiatriske avdelinger (RSA). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999), (Psykisk helsevernloven), hjemler mulighetene for bruk av tvang. Loven er likevel klar på hensyn som skal ivaretas formulert i § 4-2 "*vern om personlig integritet*"(vedlegg1).

I loven er vern om personlig integritet blant annet konkretisert som individuelle rettigheter hvor pasienten skal gis mulighet til å bestemme over seg selv ved å delta i utformingen av institusjonens daglige liv, dyrke egne hobbyer og interesser samt ha tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensregler (Psykisk helsevernloven, 1999).

I Psykisk helsevernloven (1999) kom det i 2012 en tilføyelse ved loven § 4A, som omhandler tiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Formålet er å sørge for tilstrekkelig sikkerhet for pasienter, medpasienter og personale, samt ivareta samfunnsvernet. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse innlagt ved RSA, er underlagt strenge sikkerhetsrutiner og rammer for behandling som påvirker miljøet, men som likevel anses nødvendig som sikring mot vold og rømming (Psykisk helsevernloven, 1999).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som psykiatrisk sykepleier ved RSA, opplever jeg stadig utfordringer i forhold til nytt lovverk, færre sengeplasser, innsparinger og omorganiseringer som vanskeliggjør ivaretagelse av pasientens individuelle ønsker og rettigheter som en del av miljøterapien. Derfor ønsket jeg å få en dypere kunnskap og forståelse av hvordan sykepleiere ivaretar pasientens personlige integritet innenfor strenge rutiner og rammer i tvungent psykisk helsevern.

For å få oversikt over litteratur som omfatter valgt emne, ble det foretatt et systematisk litteratursøk i internasjonale databaser. Matrise er vedlagt, siste søk ble gjort august 2015 (vedlegg 2). Litteratur som ikke omfattet miljøterapi i psykiatriske sykehus ble ekskludert. Litteraturen presenterer først og fremst voksen- og sikkerhetspsykiatri i avdelinger med sammensatt problematikk av alvorlig sinnslidelse.

Internasjonale undersøkelser fant jeg av varierende kvalitet og ikke alltid overførbar til norske forhold. Litteraturen viser til undersøkelser og forskning på sykehusmiljøets betydning for

pasienter i lukkede sikkerhetspsykiatriske avdelinger, og hvilke aspekter pasienten vektlegger som viktige og tilfredsstillende i behandling og miljøterapi. Miljøet bør være støttende, preget av struktur og orden og liten grad av aggressivitet. En bør etterstrebe miljøterapi som involverer og engasjerer pasientene i behandling og aktiviteter (Helsedirektoratet, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Røssberg, 2005; Øye og Skorpen; 2010; Brunt og Rask, 2005; Bressington, Beer & MacInnes, 2011). Det kan likevel synes å være forsket lite på hvordan pasientens personlig integritet blir ivaretatt i tvungent psykisk helsearbeid.

Sikkerhetspsykiatriske pasienter er i følge offentlige myndigheter, spesielt stigmatiserte og sårbare (St. meld.25, 1997). Mange av pasientene har alvorlig og sammensatt psykoseproblematikk, og er som oftest ikke samtykkekompetente. Det vil være vanskelig å finne gode nok - og etisk forsvarlig metoder til gjennomføring av kvalitativt forskningsstudie på denne pasientgruppen. Sykepleiere har et yrkesetisk og moralsk ansvar for å ivareta pasientens personlige integritet (Sykepleierforbundet, 2011). Som Løgstrup (1999) kan vi si at sykepleiere aldri har noe med pasienter å gjøre uten at de har noe av den andres liv i sin hånd (Løgstrup, 1999). Sykepleieres forståelse av vern om personlig integritet til pasienter i tvungent psykisk helsevern, kan knyttes til hvordan denne pasientgruppens stemme kan bli tydeligere. Informanter som kan gi rik informasjon, kan bidra til dypere forståelse av temaet og kunnskapen kan bidra til å bevisstgjøre og bedre praksis.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å få en dypere kunnskap og forståelse av hvordan sykepleiere ivaretar pasientens personlige integritet. Med bakgrunn i valg av tema ble følgende problemstilling formulert:

”Hvordan forstår sykepleiere ivaretagelse av pasientens personlig integritet i tvungent psykisk helsevern?”

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan forstår sykepleiere vern om pasientens personlige integritet?
2. Hva fremmer og/eller hemmer ivaretagelse av pasientens personlige integritet i tvunget psykisk helsevern?

1.3 Avgrensning og presisering

I denne studien utdypes ikke voldsproblematikk hos pasienten og ulike behandlingstiltak med tvangsmidler, som for eksempel mekaniske tvangsmidler, isolasjon og tvungen medikamentell behandling. Dette på grunn av studiens omfang. Det er likevel verdt å presisere at tvangsmidler kun skal anvendes når det ansees som helt nødvendig for å beskytte pasienten selv eller andre mot alvorlige skader (Psykisk helsevernloven, 1999).

Psykiske lidelser kjennetegnes av symptomer og plager som påvirker tanker, følelser, adferd og væremåte, eller som på annen måte kan gjøre at vedkommende havner utenfor fellesskapet med sine omgivelser, for eksempel paranoide tilstander. Ordet lidelse viser betydningen av individets opplevde erfaringer i forbindelse med tilstanden. Med psykisk helsearbeid og behandling i denne sammenheng, vil medikamentell behandling være viktig, men begrenset. Behandlingens mål vil være å hjelpe personen til å bli herre over sine egne følelser og tanker igjen, og dermed oppnå mestring i spillet med andre mennesker (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke, 2002).

Med tvungent psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelser og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever, uten at det er gitt samtykke til det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kap.4).

Formål med loven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekt for menneskeverdet. § 4-2 "*vern om personlig integritet*" definerer hvilke forhold som skal legges til rette for pasienten innenfor restriksjoner og tvang (Psykisk helsevernloven, 1999).

Personlig integritet betyr ukrenkbarhet eller rett til ikke å bli krenket. Psykisk integritet betegnes som samlet kompleksitet av individets vurderinger, forestillinger, hensikter og ønsker, samt individets trosretning og mentale liv (Statens Medicinsk – Etiske Råd, 2015).

For at en person i dag skal kunne underlegges tvungent psykisk helsevern, må pasienten ha en «alvorlig sinnslidelse» (Psykisk helsevernloven, 1999). I rettslig sammenheng er dette vanligvis omtalt som hoved- eller grunnvilkåret (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Norges offentlige utredninger, nr.9, (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) fremhever at begrepet alvorlig sinnslidelse er sterkt knyttet til psykotisk tilstand og karakteriseres som

regel ved at virkelighetsoppfatningen er forstyrret. Det differensieres mellom juridisk og diagnostisk begrepsavklaring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Ved sikkerhetspsykiatriske avdelinger, ligger det til grunn særskilte vilkår og rammer for behandling og opphold. I norsk psykisk helsevern finnes det, i tråd med desentraliseringsplanene fra 1997, sikkerhetsavdelinger og distriktpsykiatriske sentere tilgjengelig for hvert fylke. For å kunne gi et tilbud ved ytterligere utfordringer er det tre regionale sikkerhetsavdelinger i landet som tar i mot pasienter med alvorlig sinnslidelse eller mistanke om alvorlig sinnslidelse, og med aktuell risiko for alvorlig adferd ovenfor andre. Disse ligger i Oslo, Bergen og Trondheim (Stortingsmelding 25, 1997).

Miljøterapi kan defineres som en form for behandling der hovedvekten legges på terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og igangsettes i det miljøet pasienten befinner seg i. Brukermedvirkning i helsesektoren kan defineres som samarbeid mellom pasienter og profesjonelle om behandlingen. I det minste innebærer dette at pasienter har muligheter til å påvirke behandlingen (Vatne, 2006).

I denne oppgaven er sykepleiere valgt som informanter fordi disse representerer felles faglig utgangspunkt med meg. Sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid og/ eller erfaring fra sikkerhetspsykiatri, forventes å ha spesial kunnskaper innen dette fagområdet. Sykepleiere representerer, etter min erfaring, et flertall av de ansatte ved RSA'ene i Norge.

1.4 Oppgavens oppbygging

Masteroppgaven er utført som artikkelform, og utgjør sammen med artikkelmanuskriptet dette essayet. Etter rammevilkår fra Høyskolen i Buskerud og Vestfold, er refleksjoner og beskrivelser av anvendt metode med drøftelser og kritiske vurderinger utdypet i essayet. Essayet inneholder også en presentasjon av de sentrale ideer og drøftelser i manuskriptet. For å oppnå en viss logikk og struktur i essayet, vil det være noen gjentakelser fra det som presenteres i artikkelen. Første del av essayet presenterer bakgrunn for valg av tema som viser relevans for tema. I kapittel 2 beskrives teoretisk referanseramme som grunnlag for teoretisk ståsted. Kapittel 3 utdyper studiens rammeverk med anvendt metode gjennom hele forskningsprosessen. I kapittel 4 beskrives kvalitet på studien. I siste del presenteres og oppsummeres manuskriptet med relevans for det kliniske felt og avslutning.

KAPITTEL 2 TEORETISK REFERANSERAMME

Teoretisk referanseramme i studien er valgt på bakgrunn av problemstillingens essens, og grunnlag for teoretisk ståsted. ”Den teoretiske referanserammen er de briller vi har på når vi leser vårt materiale og identifiserer våre mønstre. På denne måten er den en integrert del av vår forskningsmetode” (Malterud, 2011 s. 42).

2.1 Pasientgruppen og kontekst

Målgruppen ved Regionale sikkerhetsavdelinger er menn/kvinner med alvorlig sinnslidelse eller mistanke om dette, og vedvarende utagering eller alvorlige voldshandlinger. Majoriteten av pasientene har diagnosen paranoid schizofreni, og en overvekt av tilstandene er komplisert med ulike rusrelaterte lidelser. Målsettingen for virksomheten er utredning, stabilisering og påbegynnende behandling av pasientene. Dette gjøres ved hjelp av observasjoner og miljøarbeid samt medisinsk og psykologisk kartlegging (Oslo- Universitetssykehus, 2015; Stortingsmelding 25, 1997).

Schizofreni er den alvorligste og mest undersøkte av psykoselidelsene. Schizofreni er hentet fra gresk og betyr ”fragmentert sinn”. Det er en langvarig og omfattende lidelse (Helsedirektoratet, 2013). Schizofreni er en undergruppe av psykoselidelsene, med dyptgående forstyrrelse i selvopplevelsen med de effekter det har på fremtidig tilpasning og relasjonsevne (Cullberg, 2005). Psykose kan betegnes som en psykisk tilstand hvor en ikke klarer å skille mellom det som er virkelig og det som ikke er virkelig. Psykoser arter seg forskjellige fra person til person, men det er noen felles symptomer som kriterier for å kunne stille en diagnose (Berge og Repål, 2004).

Diagnosekriteriene regnes ut fra observasjoner av personens atferd og det personen formidler av opplevelser. For å kunne stille diagnosen schizofreni må det være omfattende symptomer til stede mesteparten av tiden over en periode på minst en måned, uavhengig av behandling. Paranoid schizofreni er en undergruppe av schizofrenilidelsene. Paranoid schizofreni kjennetegnes hovedsakelig av vrangforestillinger, spesielt med hørselshallusinasjoner. Vrangforestillingene er ofte preget av forfølgelses- eller forgiftningsforestillinger (Helsedirektoratet, 2013).

I boken ”*drøm i våken tilstand*”, beskrives psykisk lidelse i et fenomenologisk perspektiv basert på syv kvinners unike og personlige psykoseerfaringer. Ved å betrakte lidelsen som

sensitivitet og talent, ønsker bidragsyterne å utfordre det psykiske helsefeltet til å tenke mer kreativt og løsningsorientert i samhandling med de som erfarer psykose (Kristiansen, G.H, Rydheim, S.H, Thyness, E.M, 2013). Redaksjonen i tidsskriftet psykisk helse, nr.2., (2008), sier psykisk helse er et flervitenskapelig og tverrfaglig felt. Psykisk helsearbeid skal fokusere på å fremme og bedre menneskers psykiske helse, og endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og gir muligheter for å mestre hverdagens utfordringer (Redaksjonen i tidsskrift psykisk helse, 2008).

Gjennom helse – og sosialpolitiske endringer og lovendringer, er de generelle brukerrettighetene styrket, samtidig som kravet om beskyttelse av samfunnsvernet har økt. Spenningsfeltet mellom behandling og samfunnsvern er kjernen i den sikkerhetspsykiatriske avdelingen, og behandlingen blir tilpasset dette. Rammene for sikkerhetsenheter er stramme og reaksjonene konsekvente. Dette gjør at pasientenes individuelle frihet under innleggelsen blir begrenset, men den er forutsigbar (Hatling & Maguire, 2010).

Ved regionale sikkerhetsavdelinger er det ulike rammer, sikkerhets – og husregler som må følges. På grunn av oppgavens begrensning nevnes kun noen av disse for å belyse noen av de utfordringer og hensyn sykepleiere må ta i arbeidshverdagen. Avdelingen har åpne fellesarealer som stue og gang. Pasientene har ikke tilgang til kjøkkenet, spisesal, gymsal eller andre områder uten følge av personalet. Her er dørene låst.

I miljøet, der pasientene oppholder seg, må det minimum være to personal til stede til enhver tid, der disse to må kunne se hverandre og ha øyekontakt for å kunne gi umiddelbar bistand og utløse alarm ved en eventuell utagering. Alle ansatte går med alarm. Dersom en pasient opptrer truende fysisk eller verbalt, eller utviser tydelige forvarsler på eventuell utagering utløser personalet alarm. Flere personale, også fra andre avdelinger kommer umiddelbart for å bistå. Ut i fra situasjonen beslutter ansvarlig sykepleier nødvendige tiltak. Ved risiko for skade mot andre eller seg selv kan bruk av tvangsmidler være nødvendig.

Er pasienten verbalt eller fysisk ukritisk, mangler kontroll på egne tanker og følelser og er kaotisk i fellesskap med andre, kan skjerming fra omgivelsene være et behandlingstiltak. Det skal da være til pasientens eller omgivelsenes beste der andre lempeligere midler er forsøkt (Psykisk helsevernloven, 1999).

2.2 Klargjøring av egen forforståelse

Da jeg fra 2005 har jobbet som psykiatrisk sykepleier ved RSA, er min forforståelse preget av den kunnskapen og kompetansen jeg har ervervet i mitt arbeid til pasienter underlagt tvungen psykisk helsevern. ”Forforståelse er den ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter” (Malterud, 2011 s.40)

Hvordan sykepleiere forstår vern om personlig integritet, og hvordan denne rettigheten blir ivarettatt hos pasientene vakte interesse hos meg. Det ble følgelig nødvendig å reflektere over egen forforståelse og forståelse av begrepet personlig integritet som kan knyttes til en persons menneskeverd og verdighet (Sykepleierforbundet, 2011; Da Silva, 2006). Forforståelsen er ofte et viktig motiv for å sette i gang forskning omkring et tema, og kan være nyttig i forskningsprosessen. Samtidig kan mine erfaringer, hypoteser og faglige perspektiv bidra til at jeg går inn i prosjektet med begrenset horisont, eller manglende evne til å lære av datamaterialet. Dette har jeg forsøkt å forebygge ved å ha et bevisst forhold til egen forforståelse blant annet ved å diskutere med veileder egne tanker og faglige bakgrunn (Malterud, 2011).

2.3 Personlig integritet

Innholdet i menneskeverdbegrepet ligger nært inntil det vi mener med *integritet* (Hummelvoll, 2008). Å respektere et menneskes menneskeverd vil si at man alltid og under alle omstendigheter betrakter det og behandler det som et individ, som det mennesket er i seg selv, og ikke i egenskap av det mennesket har eller gjør (Statens Medicinsk – Etiske Råd, 2015). Det er en persons iboende verdighet som gjør personen likeverdig med alle andre personer. Den personlige integriteten er altså en *integritet* som finnes i alle mennesker (Da Silva, 2006).

En grunnverdi i helsetjenesten er at sykepleie og behandling skal bygge på pasientens rett til autonomi og integritet. I denne sammenheng står integritet for menneskers rett til å få opprettholde sin verdighet uansett ytre forhold. Dette innebærer at personer med alvorlig psykisk lidelse som ikke er i stand til å føre sin egen sak, likevel skal få sin integritet respektert. Hvert menneske har også rett til selvbestemmelse (autonomi). De som selv ikke kan forsvare sin verdighet gjennom å utøve sin selvbestemmelse ved for eksempel alvorlig psykisk lidelse, må få sikret den av andre som for eksempel sykepleiere (Hummelvoll, 2008). Selvbestemmelse kan derfor overlates til en annen person, men det kan aldri *integriteten*. Integriteten kan bare respekteres eller krenkes, for eksempel gjennom uverdigg behandling og pleie (Statens Medicinsk – Etiske Råd, 2015).

2.4 Sykepleiens grunnlag

I *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (2011), står det at grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som unødig bruk av tvang eller annen rettighetsbegrensning. Gjennom profesjonen har sykepleieren et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Sykepleierforbundet, 2011).

Yrkesutøvelsen handler om *oss selv* og de erfaringene vi bringer med oss, som gjør oss i stand til å møte menneskene som søker hjelp hos profesjonsutøvere (Henriksen og Vetlesen, 2006). Hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av personlig integritet kan derfor være individuelt. Enhver relasjon mellom mennesker innebærer på en eller annen måte en form for makt. Makten i det profesjonelle møte er først og fremst basert på den profesjonelles faglige kompetanse og på at vedkommende representerer en institusjon. Denne formen for profesjonell makt betyr at makten i forholdet er asymmetrisk fordelt. Den profesjonelle har en makt pasienten ikke har (Christoffersen, 2011).

2.5 Løgstrups filosofi

Løgstrups teori og tanker om det som er værende og eksistensielt ved vår tilværelse har stor relevans i forståelsen av utøvende sykepleie i en samhandlende relasjon med pasienter. Hans teorier om nærhetsetikk har vært betydningsfulle i yrker som sykepleie, hvor essensen er etisk tenkning og tradisjon som omhandler å se medmennesker og respektere de som enkeltstående individer. I dette samspillet er vi med på å styre hverandres skjebner. Enkelte ganger er vi i situasjoner hvor den gode relasjonen settes på prøve. Den relasjonen og ansvaret sykepleiere har til pasienter kan bidra til at de står ovenfor etiske fordringer (Løgstrup, 1999).

Å ha tilhørighet i et fellesskap krever samarbeid basert på gjensidig respekt for de ulike menneskers integritet. I fellesskapet stilles mennesket stadig ovenfor nye problemstillinger og situasjoner som krever at det foretar et valg eller en handling, noe som kan illustreres i møtet mellom sykepleiere og pasienter med psykisk lidelse. De etiske utfordringene har ulike størrelser, og de møter oss i alle sammenhenger. Utfordringene inntreffer fordi vi som medmennesker står i et avhengighetsforhold til hverandre, våre liv er avhengige av hvordan andre møter oss og hvordan vi alle er med på å innvirke hverandres liv. De etiske fordringene er gitt oss uten at vi ber om dem (Løgstrup, 1999).

KAPITTEL 3 DESIGN OG METODE

Studien er forankret i hermeneutisk vitenskapsteoretisk tradisjon innen humanvitenskapen. Humanvitenskapen har fokusert på kvaliteter ved tilværelsen og forståelsen av hvordan vi kan tenke og oppføre oss mot hverandre. Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster, hvor formålet er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr (Aadland, 2011).

3.1 Studiens forskningsdesign

Studien har en hermeneutisk forståelsesramme og tilnærming med deskriptivt og tolkende design. Målet har vært å få en dypere kunnskap ved å fortolke sykepleieres forståelse av hvordan pasientens personlige integritet ivaretas. Gjennom fortolkning søkes forståelse av meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte selv, innen deres naturlige kontekst (Malterud, 2011). Gadamer (2010) legger stor vekt på å klargjøre vilkårene for forståelse i hele den menneskelige livserfaring og praksis. Derfor benyttes den filosofiske hermeneutikken slik den er utviklet av den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer som rammeverk i studien (Gadamer, 2010).

3.2 Uvalg og rekruttering

Et utvalg av seks offentlig godkjente sykepleiere av begge kjønn deltok i studien. Sykepleieres beskrivelser ble forventet å kunne belyse hva som er viktige faktorer i forhold til problemstillingen (Malterud, 2011). For å få informasjonsrike data som kunne gi innsikt og dybde til studiens forskningsspørsmål, fant jeg det hensiktsmessig å gjennomføre intervjuer ved alle de tre regionale sikkerhetsavdelingene som dekker hele landet, ”purposefull sampling” (Patton, 2002). Inklusjonskriteriene var klinisk arbeid i 50- 100 % stilling og minimum 2 års erfaring. Bakgrunn for valg av homogent utvalg av sykepleiere som informanter er at jeg anser de for å utgjøre et flertall av miljøpersonale i avdelingene, samt at jeg som sykepleier selv kan identifisere meg med profesjonsgruppen (Malterud, 2011). Med bakgrunn i teoretisk referanseramme og problemstilling, anså jeg seks individuelle intervjuer som tilstrekkelig data for å belyse temaet i dybde og gi svar på mine forskningsspørsmål. ”There are no rules for sample size in qualitative inquiry” (Patton, 2002, s. 244).

Erfaring ved RSA`ene antok jeg å ha betydning for i hvilken grad informantene kunne utale seg om sikkerhetsrutiner, husregler, rammer og struktur, samt gi en faglig, etisk og juridisk

begrunnelse for den praksisen som utføres. I tillegg til egne forventninger til sykepleieres faglige kompetanse, mener jeg de også er rollemodeller for annet miljøpersonell. Forskningsetisk kan det være en svakhet å undersøke et fagfelt man kjenner godt fra før. Samtidig kan god forhåndskunnskap bidra til bedre forståelse av informantenes uttalelser. Refleksivitet i forhold til egen posisjon har vært gjennomgående under forskningsprosessen for å tilstrebe god vitenskaplig kvalitet (Malterud, 2011).

For å rekruttere informanter, sendte jeg forespørsel om tilgang til forskningsfelt med informasjonsskriv om studiet til avdelingssjef eller fagansvarlig ved de ulike sykehusene (Vedlegg 3). Ledere ved fire forskjellige avdelinger, på tre ulike sykehus, delte ut informasjonsskriv med forespørsel om deltagelse i studien til aktuelle informanter ut i fra inklusjonskriteriene, hvor informantene fikk anledning til å rekruttere seg selv (Vedlegg 4).

3.3 Kvalitativt forskningsintervju

Kvalitativt forskningsintervju er valgt for å få en dypere forståelse og beskrivelse av problemstillingen, som kan lede frem til ny erkjennelse og kunnskap. I følge Kvale og Brinkmann (2012) skal intervjuet innhente beskrivelser av informantens livsverden. Det kvalitative forskningsintervjuet bygger på en dialog mellom forsker og informant. Innhold i samtalen har en struktur og et bestemt formål. Kunnskap skapes sosialt gjennom interaksjon mellom intervjuer og informant gjennom å stille spørsmål og lytte (Kvale og Brinkmann, 2012). Malterud (2011) hevder at det kan diskuteres hvor ”dypt” en samtale er realistisk å gjennomføre og følgelig er avhengig av prosjektets problemstilling og av relasjonen mellom intervjuer og deltaker. Individuelle intervju ble valgt på grunn av geografiske avstander mellom informantene, min erfaring er også at det er vanskelig å kunne avse flere personale fra avdelingen samtidig på grunn av sikkerhetsaspektet. Derfor vurderte jeg ikke fokusgruppeintervju som metode.

I denne studien er det benyttet en utarbeidet intervjuguide som tematiserer forskningsspørsmål (vedlegg 5). Dette for å klargjøre formålet med studien og som et hjelpemiddel for å holde fokus på det som utforskes, da intervjusspørsmålene har til hensikt å åpne opp slik at temaet blir belyst fra ulike perspektiv og vinkler (Kvale og Brinkmann, 2012). Da formålet har vært å innhente ny kunnskap og gjennomføre en samtale som skal bidra til å åpne opp for nye

spørsmål angående problemstillingen, er ikke intervjuguiden fulgt slavisk slik Malterud (2011) advarer mot ved bruk av strukturert intervjuguide.

3.4 Gjennomføring av intervju

Kvalitative forskningsmetoder innebærer møter mellom mennesker fra ulike levekår, med ulike livserfaringer, normer og verdier. Relasjon og kontekst utgjør viktige elementer av den kunnskapen som utvikles (Malterud, 2011). Konteksten er ikke uvesentlig da rommet, omgivelsene og livssituasjonen til forsker og informant vil påvirke intervjusituasjonen. Før intervjuene startet, ble optimale rammer med egnet rom og avtalt tidspunkt for gjennomføring av intervju, planlagt med avdelingsledelse. Intervjuene kunne derved foregå uforstyrret i informantenes arbeidstid. Informasjon om studien og samtykkeskjema fra informantene var på forhånd underskrevet ved to av stedene. Det siste stedet ble samtykkeskjemaet underskrevet rett før intervjuet startet, derfor fikk de en mer utdypende informasjon om studien.

I følge Kvale og Brinkmann (2012), er lydopptak hensiktsmessig, fordi jeg som forsker kan være tilstede i hele samtalen uten å notere underveis og være konsentrert i dialogen mellom informant og meg som forsker. For å være forberedt ble lydopptaker og spørsmålene i intervjuguiden på forhånd testet på en kollega.

Før intervjuene startet, hadde jeg en kort introduksjon og gjennomgang av temaet med informantene for å sikre felles forståelse av temaet.

Under intervjugjennomføringen forsøkte jeg å skape en hyggelig atmosfære, og ha en imøtekommende tone for å få informantene til å slappe av. En åpen tilnærming hvor både informant og intervjuer er engasjert ble tilstrebet. Dette ved blant annet å bekrefte informantens utsagn og føre en dagligdags tale med naturlig flyt i samtalen. Utfordringen var å la informanten få tale ut og ikke avbryte med mine perspektiv, men ha en åpen innstilling og møte informantens utsagn og forståelse med utdypende og oppfølgende spørsmål. Det ga mulighet til økt forståelse og nyanseutvidelse mellom meg som forsker og informant. Ved å gjenta de viktigste ordene i svarene ble informantene invitert til en fordypning i temaet. Det er ved denne fordypningen at fleksibiliteten blir synlig da man har mulighet til å løfte frem variasjoner og nyanser (Drageset og Ellingsen, 2010).

Kvale og Brinkmann (2012) refererer både til en innebygget analyse i selve intervjusituasjonen og i tiden mellom intervjuene. Umiddelbare inntrykk og refleksjoner knyttet til utsagn eller nonverbalt språk ble raskt nedfelt fra hvert enkelt intervju. Dette ga mulighet til ettertanke, justeringer underveis og verdifulle innspill til analysearbeidet som startet da intervjuene var ferdig. Samtidig fikk jeg testet ut min forståelse og forforståelsen i spørsmålene overfor informantene og tolkningen ville være på tryggere grunn. Den fortløpende tolkningsprosessen bidro til å avsløre forutinntatthet hos meg som forsker og bidro til nye perspektiver som hadde vært skjult/tilslørt i min bevissthet (Kvale og Brinkmann, 2012). Eksempelvis etter gjennomføring av de to første intervjuene, tolket jeg informasjon om studien gitt på forhånd som noe mangelfull i forhold til svarene som ble gitt. I samråd med veileder, valgte jeg derfor å sende intervjuguiden til de to neste informantene. Informantene hadde derfor helt ulike utgangspunkt for forberedelse, hvilket utfordret og stilte krav til min gjennomføring av intervjuene.

3.5 Transkribering

Transkribering av intervjumateriale ble foretatt fortløpende av meg for å sikre detaljer i verbalt og nonverbalt språk. Dette var også viktig for å sikre refleksjon rundt egen forforståelse og tolkning i det som ble sagt av informanten. Alle seks intervjuene ble lyttet gjennom flere ganger, og ble skrevet ned ordrett av meg og ga rundt femti sider tekst. Den som Transkriberer er underlagt mange begrensninger som er vanskelige å etterfølge. Derfor har jeg etter beste evne forsøkt å være tro mot alt som kommer opp i intervjuet, samtidig som intervjuet ikke er redusert til kun å gjelde det som er tatt opp på bånd. Det er mye som blir formidlet i taushet, i pausene mellom ordene, i sukk og av kroppens fremtoning, som blir fraværende ved ordrett transkribering (Dragset og Ellingsen, 2010). Mine tolkninger og vektlegging av ord og uttrykk samt det som formidles mellom ordene, kan likevel ha en annen betydning enn om en annen forsker hadde utført samme prosessen (Malterud, 2011).

3.6 Analyseprosess

Den opprinnelige betydningen av ordet metode er “veien til målet” (Kvale og Brinkmann, 2012). Derfor valgte jeg å støtte meg til Austgard (2012), som systematiserer en fire trinns analyse basert på grunnleggende begreper i Gadammers hermeneutiske filosofi. Det understrekes at Gadammers bidrag til dette feltet kun er filosofisk, og at han aldri utviklet en

metode for tolkning (Austgard, 2012). Når Gadamer utfordret den sterke vektleggingen av *metoden* innenfor de humanistiske fagene, avviste han ikke metodologiens berettigelse, men fremhevet at sannheten (forståelse) ikke kommer som et resultat av teknikk alene (Gadamer, 2010).

Første steg består av utarbeidelse av den hermeneutiske situasjon, for å få tak i fenomenene eller temaene som ønskes undersøkt. Hva er bakgrunnen for spørsmålene, er spørsmålene relevante, hva er hensikten og er det åpne spørsmål? Det første steget gir et grunnlag for hvordan hele den hermeneutiske prosessen vil påvirkes.

Andre steg består av hermeneutisk forberedelse: identifisering av forforståelse. Forforståelse vil fremkomme gjennom konfrontering av ulike meninger hos andre forskere, verdensbilde og epistemologiske standpunkt. Den hermeneutiske forberedelsen tillater forskeren til å entre den hermeneutiske sirkel, være bevisst på den hermeneutiske situasjon, og gå over i neste trinn som er dialog med teksten.

Trinn tre består av hermeneutisk dialog med teksten. I følge Gadamer (2010) er tolkning selve handlingen for forståelse, og forståelse vil alltid involvere en søken etter å forstå en tekst ut i fra tolkerens nåværende situasjon (Gadamer, 2010; Austgard, 2012).

Det mest utfordrende aspektet ved bruk av Gadamers filosofi i en metodologisk tilnærming er relatert til analysen, fordi det er ingen regler å følge eller metode som kan guide gjennomføringen. Likevel mener Gadamer at forskeren skal streve for å oppnå nøyaktighet og struktur. I følge Gadamer er dialog en refleksiv handling. Dette er den viktige oppgaven å uttrykke denne kognitive bevegelsen så leseren forstår hvordan analysen er gjennomført og resultater oppnådd. Ettersom den hermeneutiske prosess foregår bakover og forover, vil min forforståelse hele tiden forandre seg ettersom de varierende delene vil bli sett i lys av en dypere forståelse av meningen med teksten.

Denne dialektiske bevegelsen utgjør analysen av teksten, og det vil alltid være en utfordring og gjøre teksten så transparent som mulig for å sikre at studien er til å stole på. Å uttrykke denne kognitive prosessen via ord er vanskelig og tolkeren må gjøre forsiktige valg underveis. Dette finner jeg utfordrende ved å benytte Gadamers hermeneutikk. Søken etter mening inneholder alltid tematiske tråder eller sentrale funn som åpner opp for dypere forståelse og mening av forskningsspørsmålene. Meningsfulle enheter kan underbygges av direkte utsagn fra sykepleierne, på denne måten gjøres analysen transparent og mer tilgjengelig for leseren.

Steg fire er horisontsammensmelting. Tolkeren vil gradvis nå et punkt hvor sentrale tema kan identifiseres i teksten. Slike funn i denne type studie menes en sammensmelting av horisont, hvor noe nytt og noe gammelt oppnås under en ny horisont. Forskeren er nå i posisjon til å kunne være enig eller uenig i tekstens forutsetninger. Det siste steget i den hermeneutiske prosessen kan ny kunnskap produseres og åpne for videre forskning og dypere forståelse (Austgard, 2012; Gadamer, 2010).

3.7 Gjennomføring av analyse

Datainnsamlingen er benyttet i en kvalitativ analyse ut i fra et hermeneutisk perspektiv. Målet med analysen har vært å organisere, fortolke og sammenfatte datamaterialet slik at data og resultater henger sammen (Malterud, 2011). Min fortolkning av teksten bærer preg av refleksjon omkring egen forforståelse for tematikken og hvilken kontekst teksten fortolkes ut i fra. Eksempelvis hva det vil si å jobbe i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling.

Som en følge av studiens hermeneutiske meningsfortolkende design, foregikk analysen i flere faser. Etter den fortløpende analysen fra intervjuene og transkriberingen var avsluttet, startet en induktiv tilnærming med åpen lesning av teksten for å få et inntrykk av helheten. I denne første fortolkende fase av analysearbeidet, ble hver enkelt av sykepleiernes utsagn i sin helhet analysert med fokus på å få et helhetsinntrykk.

Dialog med teksten ga mulighet til intuitiv forståelse av hva teksten formidlet og trender i det jeg leste. Deretter leste jeg på nytt igjennom med mer fokus på detaljer. Deretter gikk analysen over til en undersøkelse på tvers av sykepleiernes utsagn og endte opp med å klarlegge sentrale temaer om hvordan ivaretagelse av personlig integritet forstås.

Valget av en slik tilnærming i flere trinn fremmet og understøttet samtidig en systematisk, nøyaktig og oversiktlig gjennomgang av et stort materiale, som ellers lett kunne være vanskelig å håndtere på en meningsfull måte (Kvale og Brinkmann, 2012; Eilertsen, 2005).

I neste trinn ble uttalelser fra hver av sykepleierne, ”naturlige meningsenheter”, relatert til spørsmålene fra intervjuguiden i studien, trukket ut og kategorisert innunder hvert av spørsmålene (Kvale og Brinkmann, 2012). Deretter ble denne ekstraherte teksten analysert og fortolket med tanke på å utvikle en mer omfattende og dypere forståelse av tekstens umiddelbare betydning.

Hensikten i neste fortolkende fase var å utvikle en dypere og mer nyansert forståelse for det hver deltager hadde beskrevet. I en ”spørrende samtale” med den ekstraherte teksten, ble fokus rettet mot å skape mening i det foreliggende materialet. Eksempelvis; ”Hva handler dette egentlig om?” Ved stadig å utfordre egen forforståelse i møte med teksten, ble det søkt etter å avdekke meningsmangfold og temaer som fanget inn dypere lag i tekstmaterialet. Som et resultat av dialogen med teksten, trådte gradvis flere temaer frem. Litt etter litt utviklet det seg en forståelse for at det i materialet var flere meningsenheter som innholdsmessig var beslektet med hverandre, på tvers av spørsmålene i intervjuguiden. Disse meningsenhetene ble organisert tematisk under foreløpige overskrifter. En meningsenhet ga flere tolkningsmuligheter. De ulike tolkningsalternativene ble skrevet ned og dannet gradvis grunnlaget for utviklingen av temaer relatert til sykepleiernes forståelse av ivaretagelse av personlig integritet og ulike aspekter innfor områder fra forskningsspørsmålene (vedlegg 6) (Eilertsen, 2005).

Til sist i denne fasen, etter at tekstmaterialet var tolket og tematisert, startet en ny gjennomlesning, for å undersøke om det forelå et innbyrdes slektskap og meningsrelasjoner i temaene, slik at en mer komplett analyse kunne utvikles (Kvale og Brinkmann, 2012; Eilertsen, 2005). Ved å sette i gang en analytisk bevegelse mellom de ulike temaene og de naturlige meningsenhetene, trådte det frem en klar sammenheng mellom fire sentrale temaer presentert som resultater i studien.

3.8 Ethiske vurderinger

Et overordnet mål for studien var å ivareta de etiske prinsippene for medisinsk forskning som omfatter mennesker (Statens forvaltningstjeneste, 2001). Dette ved å ha en reflektert holdning til etikk og formelle krav, samt gjøre mine rådata tilgjengelig for etterprøving. Før studien startet, ble godkjenning gitt av Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste 18.06.14 (ref. nr. 38901).

I skriv om forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt, fikk informantene informasjon om hensikt med studien. Informasjon om frivillig deltagelse, og at de til enhver tid kunne trekke seg fra studien uten begrunnelse. Annen informasjon som fremkom var informantenes rett til innsyn samt forsvarlig oppbevaring og sletting av data ved utgangen av 2015 (vedlegg 4). For å sikre informantene konfidensialitet, har informasjon fremkommet i studien vært begrenset til meg og veileder, og informantene ble forsikret om at dataene som blir publisert

ikke avslører deres identitet. Som forsker har jeg tatt ansvar for at resultater er aidentifisert i ferdig materiale; eksempelvis er dialekt i utsagn og sitater omgjort til bokmål.

Denne studien er initiert av meg, og har ingen økonomiske rammer eller bidrag.

Kvale og Brinkmann (2012) peker på det etiske dilemma som ligger i å skulle ivareta informantenes integritet samtidig som resultatet av studien skal offentliggjøres. For å lykkes med dette er man avhengig av å skape en sosial relasjon der informantene fritt kan fortelle om personlige erfaringer, vel vitende om at disse skal publiseres. Informantene er derfor informert om dette før selve intervjuingen startet. Det er også viktig å ivareta informantene når kunnskapen skal presenteres. Som forsker har jeg forsøkt å være varsom i formidling av resultater ved å drøfte studien med veileder og veiledningsgruppe. For å ivareta informantene på best mulig måte har jeg valgt og ikke navngi de ulike avdelingene ved sykehusene der informantene var ansatt. Det får bli opp til den enkelte om kunnskapen som er produsert gjennom studien vil bli brukt for å bevisstgjøre og eventuelt bedre praksis på de aktuelle sykehusene (Kvale og Brinkmann, 2012).

KAPITTEL 4 KVALITET PÅ STUDIEN

Et overordnet mål med studien har vært å frembringe resultater fra det kvalitative forskningsmaterialet som er pålitelige, gyldige og overførbare. Dette for å styrke studiens troverdighet. I kvalitativ forskning er troverdighet det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet og omfatter hele studien. Gyldighet peker på om man har undersøkt det man skulle undersøke. Pålitelighet omfatter konsistens og nøyaktighet og overførbarhet dreier seg om funnene er relevante og anvendbart i andre situasjoner. (Kvale og Brinkmann, 2012; Drageset og Ellingsen, 2010). Refleksivitet er en avgjørende holdning gjennom den kvalitative forskningsprosessen, og er et viktig element for å ivareta pålitelighet og troverdighet (Malterud, 2011).

4.1 Gyldighet og pålitelighet

For å sikre gyldighet underveis i intervjuene er egen oppfatning regelmessig sjekket med spørsmål som: ”Har jeg forstått deg rett når du sier at?”. Dette kan bidra til at råmaterialet i størst mulig grad representerer en felles forståelse mellom meg som forsker og informant. For eksempel ble personlig integritet som et begrep svært lite utdypet. Dette kan selvfølgelig ha sammenheng med hvordan innholdet i ”forespørsel om deltagelse til studien” er formulert, og at informantene har svart det de tror jeg forventer de skal svare. Egen egnethet og kompetanse kan være avgjørende for data som skapes. Den håndverksmessige kvaliteten referer til min kompetanse. Eksempelvis hvordan intervjuet er utført, om nødvendige notater er gjort underveis og hvordan intervjumaterialet er transkribert og dokumentert. Det viktigste har vært å begrunne veivalgene. Da jeg har liten erfaring med intervjuing og ingen erfaring som forsker, kan dette være en svakhet ved studien.

Påliteligheten er forsøkt styrket ved at alle praktiske forhold vedrørende forskningsintervjuet som for eksempel lyd kvalitet på intervjuopptak, har vært nøye gjennomtenkt. I presentasjon av studien, har det vært et mål at andre også skal kunne følge den stien jeg som forsker har gått. For å styrke påliteligheten er det tilstrebet å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten og en detaljert fremstilling av fremgangsmåten under hele forskningsprosessen. For sterk fokusering på pålitelighet kan imidlertid motvirke kreativitet og variasjon (Drageset og Ellingsen, 2010; Kvale og Brinkmann, 2012).

4.2 Troverdighet og refleksivitet

Troverdigheten i et kvalitativt forskningsintervju er knyttet til en åpen tilnærming, nøyaktighet, refleksivitet og evne til å møte dynamiske utfordringer i intervjusituasjonen. Mitt vitenskapsteoretiske ståsted, verdi og kunnskapssyn har hatt betydning for de data som skapes (Drageset og Ellingsen, 2010). Hele forskningsprosessen og det dynamiske aspekt i intervjusituasjonen er derfor forsøkt tydeliggjort da den har stor betydning for troverdigheten. Det er sentralt om forskningen er relevant og har betydning. I denne studien er det forsøkt oppfylt gjennom dokumentert refleksivitet, med et kritisk blikk på egne ideer, rolle, bruk av metoder, møtet med informanter, tolkning og så videre (Drageset og Ellingsen, 2010).

Funnene i studien er et resultat av den unike kontakten som oppstår i møtet mellom informant og forsker, og min forståelse av teksten i analyseprosessen. ”Spørsmålet er ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan” (Malterud, 2011 s. 174). Hvordan egen forforståelse er anvendt aktivt og hvordan den har påvirket er derfor forsøkt tydeliggjort underveis i studien. Det har vært et avgjørende kriterium at jeg har vært bevisst min egen forforståelse. Dette har for meg vært den mest utfordrende prosessen hele veien. Det kan være deler av min forforståelse jeg selv ikke har erkjent, eller er bevisst på og derfor ikke er synliggjort. Jeg har tilstrebet å være ærlig rundt forforståelsens påvirkning og reflektert over egen forskerrolle med veileder og veiledningsgruppe, for å ivareta studiens troverdighet.

4.3 Overførbarhet

Overførbarhet er en forutsetning for kunnskap som skal kunne deles med andre. I kvalitativ forskning er overførbarhet knyttet til om man kan kjenne igjen meningen og om denne meningen gir innsikt av betydning (Drageset og Ellingsen, 2010; Kvale og Brinkmann, 2012). Utvalget i denne studien besto av seks sykepleiere hvor deres beskrivelser ble forventet å kunne belyse viktige faktorer i forhold til problemstillingen (Malterud, 2011). Det er viktig å bemerke at tolkningen i studien er en av mange mulige, og at studiens funn ikke kan generaliseres, men sees som et argument som kan indikere noen perspektiver i sykepleieres arbeid innenfor tvunget psykisk helsevern. Detaljerte beskrivelser av en intervjuundersøkelse gir leseren en selvstendig anledning til å vurdere om funnene er overførbare. Om leseren opplever at studiens resultat gir bedre innsikt i egen praksis kan det sies at resultatene blir styrket med hensyn til overføringsverdi utover studien (Kvale og Brinkmann, 2012).

KAPITTEL 5 PRESENTASJON OG OPPSUMMERING AV MANUSKRIFTET

5.1 Metode

Hensikten med studien er å undersøke hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av personlig integritet i klinisk arbeid til pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Studien har et *deskriptivt* og tolkende design, og er utført innenfor et hermeneutisk rammeverk basert på Gadamer's filosofi om meningsfortolkning av tekst (Gadamer, 2010).

Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av seks kvalitative dybdeintervjuer. Metoden egner seg godt for studier av meninger og erfaringer, og skal innhente beskrivelser av informantens livsverden (Malterud, 2011; Kvale og Brinkman, 2012).

Hensikten med å intervjuer er å få en dypere forståelse og beskrivelse av problemstillingen, som kan lede frem til ny erkjennelse og kunnskap.

Lyddopptak av intervjuene ble transkribert i sin helhet og analysert i tråd med et hermeneutisk perspektiv basert på Gadamer's filosofi. Teksten ble analysert og tolket gjennom en dialektisk bevegelse mellom helhet og del, og mellom det teksten sier og det den handler om. Først ble hele teksten lest igjennom, for å få tak i hva den handlet om. Den naive lesningen ble etterfulgt av en strukturell analyse som inkluderte ulike utforskninger av deler av teksten med hensikt å oppnå en dypere forståelse av hva teksten egentlig forteller, med resultat i ulike tolkningsalternativ, *sentrale temaer*. De sentrale temaene ble til slutt samlet i en dypere tolkning, *en helhetsforståelse*, basert på den naive lesningen og den strukturelle analysen sett i lys av tekstens fortolket meningsinnhold (Gadamer, 2010; Gadamer, 2003; Austgard, 2012)

5.2 Resultat

Førsteintrykket av de transkriberte intervjuene, var at sykepleierne forstår ivaretagelse av pasientens personlige integritet ut i fra hvilke muligheter pasienten har for livsutfoldelse og aktivitet, innenfor strenge sikkerhetsrutiner og rammer. Nyansene i livsutfoldelse og rammer, synes å handle om fire temaer presentert i figur 1:

Figur 1:

Tema er konstruert fra strukturell analyse med hermeneutisk meningsfortolkning (vedlegg 6).

”Hvordan forstår sykepleiere ivaretagelse av personlig integritet i tvunget psykisk helsevern?”				
Sentralt tema	1. Å balansere sikkerhetskrav og pasientens ønsker og behov	2. Å skape allianse og ivareta pasientens lidelse	3. Å utøve omsorg og å ha makt	4. Å ivareta pasientens interesser under avdelingens rammer

Tema 1: Å balansere sikkerhetskrav og pasientens ønsker og behov

Hvordan sykepleierne ivaretar pasientens ønsker og behov er en utfordring i deres arbeidshverdag. Pasientens ønsker og behov kan bare dekkes om det ikke går utover kravene til å ivareta sikkerheten, og fremmes og formidles av sykepleierne på ukentlige behandlingsmøter.

Tema 2: Å skape allianse og ivareta pasientens lidelse

For å ivareta pasientens personlige integritet mener sykepleierne de har et ansvar for å skape en relasjon med pasienten. Pasientens lidelse kan forstås som en hemmende faktor. Tillitt og trygge rammer og grenser er forutsetninger for å skape en allianse med pasienten.

Tema 3: Å utøve omsorg og å ha makt

Lovverket skaper rammer for den omsorg og behandling som gis, og grunnlag for etiske dilemmaer. Sykepleierne har en arbeidshverdag hvor det utøves skjønn med etiske og faglige begrunnelser og vurderinger. Det at pasientene er underlagt tvunget psykisk helsevern, kan forstås som utfordrene i forhold til sykepleiernes mulighet til utøvelse av makt og det å være sannferdig.

Tema 4: Å ivareta pasientens interesser under avdelingens rammer

Sykepleierne forstår pasientens egen motivasjon og dagsform som avgjørende for at de benytter seg av de aktiviteter og muligheter som tilbys. Det å motivere pasientene samt tilrettelegge for aktivitet og interesser synes å være fremmende faktorer. Strenge rammer i avdelingen, personalressurser og organisering forstås som hemmende faktorer for pasientenes livsutfoldelse, som kan medføre økende uro og eventuell fysisk utagering hos pasienten.

Med bakgrunn i egen forforståelse, forskningsspørsmål, den naive forståelsen, de ulike temaene fra den strukturelle analysen, litteratur og veiledning ble følgende helhetsforståelse formulert: *Personlig integritet i tvunget psykisk helsevern – Balansekunstens umulighet.*

5.3 Diskusjon

Hensikten med studien var å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av personlig integritet til pasienter som er underlagt tvunget psykisk helsevern. Målet har vært å undersøke sykepleiernes forståelse av hva som fremmer eller hemmer ivaretagelse av pasientens personlige integritet, slik det oppleves for dem selv innen deres naturlige kontekst (Malterud, 2011).

Sykepleierne beskrev en arbeidshverdag hvor strenge krav til sikkerhetsrutiner i avdelingen må følges og går foran pasientenes behov. Sykepleierne balanserer pasientens ønsker og behov innenfor rammene, ved å formidle og fremme pasientenes anliggende i ukentlige behandlingsmøter. Pasientens mulighet til deltagelse i utforming av institusjonens daglige liv i henhold til lovverket, kan en derfor stille seg undrende til. Blir pasientens personlige integritet egentlig ivaretatt når ønsker eller behov blir vurdert i behandlingsmøte en gang i uken uten pasienten tilstede? På en annen side kan det spekuleres i pasientens opplevelse av å bli krenket og avvist ved å delta på møter, hvor ønsker og behov muligens avslås med bakgrunn i for eksempel farlighetsvurdering og/ eller samfunnsvernet. Sikkerhetsaspektet legger føringer for hvilke ønsker og behov som kan vurderes og begrenser pasientens mulighet til livsutfoldelse.

Det er grunn til å understreke at sykepleiernes beretninger verken er identiske med praksis eller representerer hverdagen til alle sykepleiere ved sikkerhetsavdelinger. Allikevel kan en anta at sykepleierne, med sine erfaringer har innblikk i en kultur og hverdag som berører flere enn dem selv.

Som Løgstrup (1999), beskriver sykepleierne tillitt som forutsetning for å skape en allianse med pasienten, og for å kunne hjelpe pasienten best mulig (Løgstrup, 1999). Pasientens lidelse kan forstås som en hemmende faktor. For eksempel paranoide tilstander hvor pasienten er mistenksom og feiltolker omgivelsene. Relasjonsarbeidet krever derfor tålmodighet slik at pasienten skal få tillitt til at sykepleierne ønsker å hjelpe dem. Trygge rammer og grenser kan være forutsigbart for pasienter og personale i miljøterapeutisk sammenheng, på en annen side

kan for stor grad av kontroll og korrigerende være problematisk for pasientens opplevelse av terapi (Røssberg, 2005; Vatne 2006). Korrigerende og grensesetting av pasientens adferd, slik at pasienten opplever det til sitt eget beste og ikke som en krenkelse, kan derfor sies å være en utfordring for sykepleierne.

Å være sykepleier som yrkesutøver med omsorg som grunnlag for profesjon og samtidig måtte utøve makt kan tolkes som et paradoks og et umulig etisk dilemma. Sykepleierne må utøves skjønn med etiske og faglige begrunnelser og vurderinger. I noen tilfeller vil tvangsinngrep kunne oppleves som nødvendig hjelp og omsorg, men i andre tilfeller oppleves som krenkelse og overgrep (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Noe som overrasket i studiens empiri var at sykepleierne beskrev en mulig praksis hvor man ikke alltid er ærlig ovenfor seg selv og andre i begrunnelser av handlingsvalg; eksempelvis sykepleiere som argumenterer for hva som er til pasientens beste og bruker det som en unnskyldning for hva som egentlig er til sitt eget beste.

Sykepleierne i denne studien viser til betydning av faglig kunnskap og kompetanse for å begrunne valg både etisk, faglig og juridisk. Maktaspektet i sykepleier – pasient forholdet, med tanke på å ivareta pasientens personlige integritet, er likevel asymmetrisk fordelt. Den profesjonelle har en makt pasienten ikke har (Christoffersen, 2011).

Flere av sykepleierne i studien problematiserer balansegangen mellom å ivareta pasientens interesser under avdelingens rammer. For det første må sykepleiere motivere pasienten og legge til rette for aktivitet. Hvis det på grunn av ressurser i avdelingen ikke lar seg gjøre å gjennomføre de aktiviteter som pasienten har krav på, må sykepleierne prioritere hvem av pasientene som skal få gjennomført sin aktivitet. Det at pasienten ikke får gjennomført en aktivitet som i utgangspunktet var planlagt, kan forstås å kunne medføre økende uro og eventuell fysisk utagering hos pasienten, noe som vil være en ekstra påkjenning for personale og pasienter. Det å ha nok ressurser skaper en trygghet for både personale og pasienter. Økonomiske og organisatoriske rammer kan derfor være en konsekvens av at sykepleiere ikke får ivaretatt pasientens personlige integritet som en lovpålagt oppgave.

5.4 Avslutning

Sykepleiernes forståelse av ivaretagelse av pasientenes personlige integritet tvungent psykisk helsevern, kan forstås som de blir utfordret på seg selv som mennesker. Studien fokuserer på hva som fremmer og hemmer ivaretagelse av personlig integritet. Studien viser at sykepleiere forstår dette temaet som en utfordrende balansegang som krever kunnskap, erfaring og faglighet. Refleksjon over bruk av tvang og ansvar for å opprette relasjon med pasienten er noen av flere personlige egenskaper som er påkrevet for å møte pasientens ønsker og behov på best mulig måte. Streng sikkerhetsrutiner og rammer i avdelingen er likevel av så stor betydning at det vanskeliggjør sykepleieres oppgave med å ivareta pasientens personlige integritet. Pasientens diagnose og alvorlige psykiske lidelse kan også være en utfordring for sykepleierne i relasjons – og pasientrettet arbeid. Gjennom større forståelse av hvilke etiske dilemmaer sykepleiere står overfor i deres arbeidshverdag, kan studien bidra til at behandling og omsorg i tvungent psykisk helsevern får et større fokus. Da kan sykepleiere gis mulighet til å ivareta pasientenes personlige integritet på en lovpålagt, etisk og faglig forsvarlig måte. Denne studien kan bare si noe om disse sykepleiernes forståelse av å ivareta pasientens personlige integritet. Det er fortsatt behov for mer kunnskap om dette temaet som kan bidra til bevisstgjøring og bedret praksis for å ivareta pasientens personlige integritet.

Litteraturliste:

- Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg... Vitenskapsteori i Helse- og Sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Austgard, K. (2012) Doing it the Gadamerian way – using philosophical hermeneutics as a methodological approach in nursing science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2012; 26; 829-834.
- Berge, T., og Repål, A. (2004). *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bressington, D., Stewart, B., Beer., D., & MacInnes, D. (2011) Levels of service user satisfaction in secure settings – A survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. *International Journal of Nursing Studies* 48 (2011) 1349-1356.
- Brunt, D. & Rask, M. (2005) Patient and staff perceptions of the ward atmosphere in a Swedish maximum-security forensic psychiatric hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, June 2005; 16(2): 263- 276.
- Christoffersen, S.A. (red.) (2011) *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Cullberg, J. (2005). *Psykoser. Et integrert perspektiv*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Da Silva, A.B. (red.).(2006) Humanistiske og ikke humanistiske menneskesyn. I: Da Silva A.B. *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Drageset, S., Ellingsen, S. (2010) Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*; 5(4):332-35.
- Eilertsen, Grethe. (2005). *“Alt er som før, men ingenting er som det var” Gamle kvinners opplevelser av livet etter hjerneslag*. (Doktoravhandling). Oslo: Unipub AS
- Gadamer, H.G. (2003). *Forforståelsens filosofi*. Utvalgte hermeneutiske skrifter: Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Gadamer, H.G. (2010) *Sannhet og Metode – Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. (Oversatt av Lars Holm-Hansen). Falun: Pax Forlag
- Hatling, T., Douzenis, A. & Maguire, J. (2010). Diversity and Consistency in the Legal Management of Involuntary Admissions and Treatment Across Europe. I: D. Richter & R. Whittington (Red.), *Violence in Mental Health Settings*. s. 95-110. New York: Springer Science

- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J.A.(2002) *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. IS-1957. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. NOU 2011:9. Oslo: Departementet.
- Helse Sør-Øst. (2015). Målgruppebeskrivelse for døgnbehandling i Regional sikkerhetsseksjon (RSA) Lastet ned fra: www.Oslo-Universitetssykehus.no/rsa (lest: 25.08. 2015)
- Henriksen, J-O., Vetlesen, A.J. (2006) *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal akademiske
- Hummelvoll, J.K. (2008) *HELT – ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Kristiansen, G.H.(red)., Rydheim, S.H, Thyness, E.M. (2013). *Drøm i våken tilstand*. Oslo: Abstrakt forlag
- Kvale, Steinar; Brinkmann, Svend. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Løgstrup, K.E. (1999) *Den etiske fordring*. Gjøvik: J.W. Cappelens Forlag a.s.
- Malterud, Kirsti. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring (3.utgave)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. (3rd- ed). USA: Sage
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. Juli 1999*, sist endret 14. Juni 2013.
- Redaksjonen. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2008(02), s. 102.
- Røssberg, J.I. (2005). *Evaluation of inpatient Units with Emphasis on the Ward Atmosphere Scale*. (Doktoravhandling). Oslo: Unipub AS
- Sosial- og helsedepartementet. (1996). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. St. meld. nr 25 (1996-1997). s. 98-107. Oslo: Departementet.
- Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning (2001). *Biobanker. Innhenting, oppbevaring, bruk og destruksjon av humant biologisk materiale* NOU 2001:19. Oslo: Sosial – og helsedepartementet.

Statens medicinsk – etiske råd (2015) *integritet*. URL: <http://www.smer.se/etik/integritet/>
(Lest: 25.08.15)

Sykepleierforbundet – NSF. (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler*. 46 sider. URL: https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Lest: 15.02.15)

Vatne, S. (2006) *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Øye, C., & Skorpen, A. (2010) Miljøterapi som kollektiv eller individrettet fenomen? En etnografisk studie av dagliglivet i et psykiatris sykehus i individualismens tidsalder. *Vård i Norden* 3/2010. publ. No. 97 Vol.30 s. 25-29

ARTIKKELMANUSKRIFT

Personlig integritet i tvunget psykisk helsevern. En kvalitativ studie.

Informasjon om forfatter:

Ann Kristin Bjørkli, psykiatrisk sykepleier, mastergradstudent i psykisk helsearbeid. Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Norge.

Korrespondanse: Ann Kristin Bjørkli, Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Papirbredden, Drammen kunnskapspark Grønland 58, 3045 Drammen, Norge.

E-mail: Ann.Kristin.Bjørkli@student.hbv.no

Informasjon om manuskript:

Antall tegn: 19486

Antall ord i norsk sammendrag: 195

Antall ord i engelsk sammendrag: 227

Antall ord i hovedtekst: 3507

Sammendrag

Bakgrunn: Sykepleiere ved Regionale sikkerhetsavdelinger som ivaretar pasienter med alvorlig psykisk lidelse, har et profesjonelt ansvar for å yte etisk og juridisk forsvarlig praksis. Forskning viser til sykehusmiljøets betydning i behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse som involverer og engasjerer pasientene, men viser lite til hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av pasientens personlige integritet som yrkesetisk og lovpålagt oppgave.

Hensikt: Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av pasientens personlige integritet.

Design og metode: Studien har et deskriptivt og tolkende design, og er basert på kvalitativt forskningsintervju av seks sykepleiere i pasientrettet arbeid. Datainnsamlingen ble gjennomført i 2014 ved de tre landsdekkende regionale sikkerhetsavdelingene. Lydopptakene av intervjuene ble transkribert i sin helhet og analysert i et hermeneutisk perspektiv.

Hovedresultat og konklusjon: Sykehusmiljøets strenge krav til sikkerhet, utgjør en kontekst av rammer, rutiner og regler som gjør det vanskelig for sykepleierne å kunne møte pasientens ønsker og behov i det daglige. Pasientens diagnose og alvorlige psykiske lidelse kan også være en utfordring for sykepleierne i relasjons – og pasientrettet arbeid. Ivaretagelse av pasientens personlige integritet i tvungent psykisk helsevern kan forstås som balansekunstens umulighet.

Nøkkelord: Sikkerhetspsykiatri, miljøterapi, omgivelser, personlig integritet, hermeneutikk.

Abstract

Background: Nurses at regional security divisions that safeguard patients with critical psychological sufferings, have a professional responsibility to provide a practice that are ethical and judicially acceptable. Research highlights the importance of hospital environment as a part of treatment of patients with severe psychological diseases involving and engaging the patients. The literature shows little to no attention to how nurses understand providing patient's personal integrity as an ethical and law obliged task.

Purpose: The purpose of the study was to gain knowledge on how nurses understand providing the patient's personal integrity.

Design and method: The study has a descriptive and interpretative design, and is based on qualitative research interviews of six nurses in patient-oriented work. Data collection was completed in 2014 in three of the nationwide regional security divisions. The audio recordings of the interviews were transcribed verbatim, and analysed in a hermeneutic perspective.

Main result and conclusion: The hospital environments' strict demands regarding security, constitutes a context of frames, routines and rules that makes it difficult for nurses to fulfil the patient's wishes and needs in daily life. The patient's diagnosis and severe psychological suffering can also be a challenge for the nurse's relation and patient-oriented work. Fulfilment of the patient's personal integrity in forced psychological health care can be understood as the balance impossibility.

Key words: forensic psychiatry, milieu therapy, environment, personal integrity, hermeneutics.

INTRODUKSJON

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven) hjemler både mulighetene for bruk av tvang og ivaretagelse av pasientens *personlige integritet* (1).

I loven er vern om personlig integritet blant annet konkretisert som individuelle rettigheter hvor pasienten skal gis mulighet til å bestemme over seg selv ved å delta i utformingen av institusjonens daglige liv, dyrke egne hobbyer og interesser samt ha tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensregler (1).

Psykisk helsevernloven, som bærer av en allmenn moral, trekker altså opp visse grenser for behandling. Formål med loven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte, i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper.

Loven verner om den enkeltes integritet i en situasjon der personen er utsatt, sårbar og stilles overfor tvangstiltak (2). Dermed er det særlig viktig at det legges nødvendige restriksjoner på hvor langt omsorgspersonell kan gå i bruk av tvang (3).

Psykiske lidelser kjennetegnes av symptomer og plager som påvirker tanker, følelser, adferd og væremåte, eller som på annen måte kan gjøre at vedkommende havner utenfor fellesskapet med sine omgivelser, for eksempel paranoide tilstander (4).

Med tvungent psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelser og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever, uten at det er gitt samtykke til det (5).

For at en person i dag skal kunne underlegges tvungent psykisk helsevern, må pasienten ha en «alvorlig sinnslidelse» (1). I rettslig sammenheng er dette vanligvis omtalt som hoved- eller grunnvilkåret (6). Helse- og omsorgsdepartementet (2011) fremhever at begrepet alvorlig sinnslidelse er sterkt knyttet til psykotisk tilstand og karakteriseres som regel ved at virkelighetsoppfatningen er forstyrret. Det differensieres mellom juridisk og diagnostisk begrepsavklaring (6).

Begrepet integritet ligger nært opptil begrepet menneskeverd (7). Å respektere et menneskes verd vil si at man alltid og under alle omstendigheter betrakter og behandler det som et individ, det vil si som det mennesket er i seg selv – og ikke i egenskap av det mennesket har eller gjør (8).

Da Silva (2006) beskriver at det er en persons iboende verdighet som gjør personen likeverdig med alle andre personer. Den personlige integriteten er altså en *integritet* som finnes i alle mennesker (9).

Yrkesutøvelsen handler om *oss selv* og de erfaringene vi bringer med oss, som gjør oss i stand til å møte menneskene som søker hjelp hos profesjonsutøvere (10). Yrkesetiske

retningslinjer slår fast at grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet(11).

Det er sykepleierens oppgave å vareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (11). I denne sammenheng står integritet for menneskers rett til å få opprettholde sin verdighet uansett ytre forhold. Dette innebærer at personer med alvorlig psykisk lidelse som ikke er i stand til å føre sin egen sak, likevel skal få sin integritet respektert. I tvungent psykisk helsearbeid møter man mange som opplever sin autonomi begrenset og sykepleiere fungerer ofte som deres «advokater». Hvert menneske har rett til selvbestemmelse (autonomi). De som selv ikke kan forsvare sin verdighet gjennom å utøve sin autonomi, for eksempel ved alvorlig psykisk lidelse, må få sikret den av andre som for eksempel sykepleiere (7). Autonomi kan derfor overlates til en annen person, men det kan aldri *integriteten*. Integriteten kan bare respekteres eller krenkes, for eksempel gjennom uverdigg behandling og pleie (8).

I sitt daglige arbeid, møter sykepleieren pasienter ansikt til ansikt (12). I kraft av å være sykepleieren har hun eller han et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Profesjonsetikk dreier seg altså om normativ handling. Sykepleieren skal ikke bare reflektere, men også handle og gjøre valg. Til grunn for møtet mellom sykepleiere og pasienten ligger den faglige kompetansen. Ulikhetene i kompetanse og kunnskap og at sykepleieren representerer en institusjon, medfører at makten i forholdet mellom pasient og sykepleier er asymmetrisk fordelt. Den profesjonelle har en makt pasienten ikke har (12).

Som Løgstrup kan vi si at den profesjonelle alltid har noe av den andres liv i sin hånd. Vi er utlevert til hverandre. Derfor har vi aldri noe med andre mennesker å gjøre uten at vi har et ansvar for den andre. Løgstrup beskriver den etiske fordring ved å vise til sykepleieres moralske ansvar for å ivareta pasientens personlige integritet, hvor makten over pasienten ikke brukes til egen nytte, men til å ta vare på vår nestes liv (13, 12).

Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av personlig integritet i klinisk arbeid til pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern. Studien har følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan forstår sykepleiere vern om pasientens personlige integritet?
- Hva fremmer og/eller hemmer ivaretagelse av pasientens personlige integritet?

Teoretisk referanseramme

Den etiske fordring av Knud E. Løgstrup (13), omhandler innsiktsfulle refleksjoner om forhold i livet. Hans teori og tanker har stor relevans i forståelsen av utøvende sykepleie i samhandlende relasjon med pasienter. Løgstrups (13) hovedanliggende er at reell selvstendighet og autonomi alltid springer ut av- og bygger på at; «vi er hverandres liv og hverandres skjebne» (13, s.12).

Det hører menneskelivet til at vi i utgangspunktet møter hverandre med tillit. Å være tillitsfulle er ikke et valg vi gjør, men en livsbetingelse vi er kastet ut i. I tilliten er vi ikke sperret inne i oss selv, vi strekker oss ut mot den andre med et behov for å bli tatt imot, ikke avvist (13). I tilliten ligger derfor en sårbarhet som innebærer at den andre har makt over meg, og et ansvar for meg (13). Løgstrup (13) avviser at det skulle finnes fasitsvar og oppskrifter på hvordan vi skal møte fordringen som ligger i menneskemøtet – fordringen om å gjøre det beste for den andre. Men han er ingen godhetsfanatiker. For ham er ikke etikk og pasientrettet tilnærming det samme som evig snillisme og etterplapring. Ikke så sjelden er forholdet en eneste utfordring om å gå imot det pasienten forventer og ønsker, fordi dette er det eneste han er tjent med (13).

For å forstå fordringen må vi tenke uselvisk - det vi sier og gjør skal vi gjøre for vår nestes skyld og ikke for egen skyld. Det innebærer ikke bare å ta vare på den nestes liv når det passer oss, men også når det koster og er ubehagelig for oss. Det å ta vare på vår nestes liv som vi har i vår hånd, *er den etiske fordringen* (13,12).

METODE

Studien har et *deskriptivt* og tolkende design, og er basert på dybdeintervjuer av seks sykepleiere ansatt ved landets tre regionale sikkerhetsavdelinger (14-16). Studien er utført innenfor et hermeneutisk rammeverk basert på Gadammers filosofi om meningsfortolkning av tekst (17, 18). Studien plasserer seg derfor under humanistisk vitenskapstradisjon der mennesker er forstått som unike og gjensidig avhengig av hverandre (19).

.

Uvalg

Seks offentlig godkjente sykepleiere, tre menn og tre kvinner, hvorav fire med videreutdanning i psykisk helsearbeid deltok i studien. De hadde i gjennomsnitt 6 års erfaring innen psykisk helsearbeid. Alder varierte fra 25- 50 år. Informantene ble rekruttert fra fire avdelinger på tre ulike sykehus. Samtlige arbeidet i 100 % stilling og hadde direkte pasientkontakt.

Datainnsamling

Forfatteren gjennomførte høsten 2014 seks kvalitative forskningsintervjuer av rundt 45 minutters varighet. En intervjuguide basert på forskningsspørsmålene, ble anvendt (14-16). Det ble gjort lydopptak av intervjuene og disse ble transkribert ordrett av forfatteren. Intervjuene foregikk som en samtale mellom forsker og informant etter hermeneutisk tradisjon. Min rolle var å delta som forsker og sykepleier med egen forforståelse og tolkninger før, under og etter intervjuene, som utgangspunkt for videre refleksjon og meningsfortolkning av transkribert materiale. En konstant utfordring har vært å være bevisst egen selektiv forståelse slik at det ikke ble en skjev fortolkning av sykepleiernes unike forståelse og betydninger. Åpenhet og sensitivitet for å omfavne sykepleiernes beskrivelser er tilstrebet, og egen forforståelse har under prosessen stadig vært i endring (16-18, 14).

Dataanalyse

Analysen av materialet er basert på Gadammers filosofi, og foregikk i flere trinn i tråd med hermeneutisk meningsfortolkning av tekst (17, 20). Teksten ble analysert og tolket gjennom en dialektisk bevegelse mellom helhet og del, mellom det teksten sier og det den handler om (17, 14, 16). Først ble hele teksten lest igjennom, for å få tak i hva den handlet om (14-20). Den naive lesningen ble etterfulgt av en strukturell analyse som inkluderte ulike utforskninger av deler av teksten med hensikt å oppnå en dypere forståelse av hva teksten egentlig forteller, med resultat i ulike tolkningsalternativ, *sentrale temaer*. De sentrale temaene ble til slutt samlet i en dypere tolkning, *en helhetsforståelse*, basert på den naive lesningen og den strukturelle analysen sett i lys av tekstens fortolket meningsinnhold (17, 20).

Etikk

Godkjenning til gjennomføring av studien ble gitt fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (juni 2014). Søknad om tilgang til forskningsfelt med informasjonsskriv om studien ble sendt til de aktuelle sykehusene. Avdelings – og forskningsledere ga muntlig og skriftlig informasjon og innhentet skriftlig samtykke. Informantene deltok frivillig og kunne til enhver tid trekke seg fra studien. Informantene sikres konfidensialitet ved at sitater eller uttalelser ikke kan knyttes til bakgrunnsinformasjon. Data er oppbevart og slettet i henhold til Personvernombudets retningslinjer.

RESULTATER

Førsteinntrykket av de transkriberte intervjuene, var at sykepleierne forstår ivaretagelse av pasientens personlige integritet ut i fra hvilke muligheter pasienten har for livsutfoldelse og aktivitet, innenfor strenge sikkerhetsrutiner og rammer. Nyansene i livsutfoldelse og rammer, synes å handle om fire temaer: 1) Å balansere sikkerhetskrav og pasientens ønsker og behov, 2) Å skape allianse og ivareta pasientens lidelse, 3) Å utøve omsorg og å ha makt, og 4) Å ivareta pasientens interesser under avdelingens rammer.

Å balansere sikkerhetskrav og pasientens ønsker og behov

Hvordan sykepleierne ivaretar pasientens ønsker og behov er en utfordring i deres arbeidshverdag. Ønsker og behov kan bare dekkes om det ikke går utover kravene til å ivareta sikkerheten i avdelingen. Sykepleierne forsøker derfor så godt de kan å balansere dette ved å fremme og formidle pasientens anliggende til faglige ansvarlige behandlere, på ukentlig behandlingsmøte, som avgjør om det er sikkerhetsmessig forsvarlig at en pasient får godkjent et ønske: Dette kan for eksempel være å få besøk eller få flere utganger i løpet av dagen. Samtidig må sykepleierne følge husregler og rutiner i avdelingen, noe som gjør det vanskelig å møte pasientens ønske og behov; «Jeg tenker at dagene deres bør ha et betydningsfylt innhold som de kan ta del i selv(..) innenfor de rammene(..) regler og rutiner vi må forholde oss til med tanke på sikkerhet».

Å skape allianse og ivareta pasientens lidelse

For å ivareta pasientens personlige integritet mener sykepleierne de har et ansvar for å skape en relasjon med pasienten. Pasientens lidelse kan forstås som en hemmende faktor.

Relasjonsarbeidet krever derfor tålmodighet slik at pasienten skal få tillitt til at sykepleierne ønsker å hjelpe. Å være i dialog med pasienten, men samtidig sette grenser, beskrives som viktige faktorer for å oppnå tillitt hos pasienten. Tillitt og trygge rammer og grenser er forutsetninger for å skape en allianse med pasienten;

«Jeg prøver jo først og fremst å bli kjent med pasienten da, snakke med pasienten, finne ut av hva det er han eller hun liker,(..). Lage en relasjon til pasienten slik at han eller hun kan stole på meg».

Å utøve omsorg og å ha makt

Sykepleierne forstår omsorg for pasienten i lys av sin yrkesutøvelse og fagkunnskap.

Lovverket skaper rammer for den omsorg og behandling som gis, og grunnlag for etiske dilemmaer. I sykepleiernes arbeidshverdag utøves skjønn med etiske og faglige begrunnelser og vurderinger. Hvis det på grunn av ressurser i avdelingen ikke lar seg gjøre å gjennomføre de aktiviteter som er definert i behandlingsplan til pasienten, må sykepleierne prioritere hvem av pasientene som skal få gjennomført sin aktivitet; «Det blir veldig vanskelig å si hvem skal få sin aktivitet og hvem skal ikke».

Det synes å være enighet blant sykepleierne at ufaglærte kan ha en personlig egnethet som gjør at de kan utøve en vel så god jobb som faglærte. Sykepleierne forstås likevel å vektlegge erfaring, kunnskap og ferdigheter som sentrale elementer i forståelse av ivaretagelse av pasientens personlige integritet; «Jo mer erfaring jeg fikk med å kommunisere med pasienter (..) jo enklere er det å forstå at selv om de har en psykisk lidelse i form av psykose, er de personer som har humor og ønsker og spørsmål om livet(..)».

Det at pasientene er underlagt tvungent psykisk helsevern, kan forstås som utfordrene i forhold til sykepleiernes mulighet til utøvelse av makt og det å være sannferdig; «Med utdanning kan det også følge med en skråsikkerhet(..) så i det en går inn i bruk av tvang, så synes jeg jo at en skal være ganske reflektert i forhold til det en holder på med».

Å ivareta pasientens interesser under avdelingens rammer

For å kunne ivareta pasientens interesser under avdelingens rammer, forstår sykepleierne pasientens egen motivasjon og dagsform som avgjørende for at de benytter seg av de aktiviteter og muligheter som tilbys; «(..)ofte så er det enkelte som ikke klarer å bestemme seg for hva de har lyst til(..) Så man må ha en del tålmodighet (..) Noen ganger må vi bare smi mens jernet er varmt». Det å motivere pasientene samt tilrettelegge for aktivitet og interesser, synes å være fremmede faktorer. Strengt rammer i avdelingen, mangel på personalressurser, og organisering forstås som hemmende faktorer for å få gjennomført aktivitet eller andre interesser. Sykepleierne må utvise fleksibilitet og skjønn innenfor rammene og rutinene for å møte pasientenes behov som er godkjent i en behandlingsplan. Det at pasienten ikke får gjennomført en aktivitet som i utgangspunktet var planlagt, forstås å kunne medføre økende uro og eventuell fysisk utagering hos pasienten, noe som vil være en ekstra påkjenning for personale. Det å ha nok ressurser skaper en trygghet for både personale og pasienter.

Helhetsforståelse

Sykepleiere må utøve praksis og gjøre vurderinger i en kontekst der rammer, rutiner og regler i avdelingen, samt pasientens diagnose og sykdomsproblematikk, blir fremtredende og vanskelig å møte i henhold til yrkesfaglig retningslinjer. Med bakgrunn i egen forforståelse, forskningsspørsmål, den naive forståelsen, de ulike temaene fra den strukturelle analysen, litteratur og veiledning ble følgende helhetsforståelse formulert: *Personlig integritet i tvungent psykisk helsevern – Balansekunstens umulighet.*

DISKUSJON

Hensikten med studien er å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av personlig integritet til pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Kunnskap og refleksjon omkring temaet kan føre til bevisstgjøring og eventuell bedring av praksis.

Nasjonale og internasjonale studier beskriver sykehusmiljøets betydning i behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Miljøet bør være støttende, preget av struktur og orden og liten grad av aggressivitet, samt involvere og engasjere pasientene i behandling og aktiviteter (6, 21-25).

Studien viser at sykepleierne fremmer og formidler pasientens ønsker og behov på ukentlige behandlingsmøter. Men blir pasientens personlige integritet egentlig ivare tatt når ønsker eller behov blir vurdert i tverrfaglig behandlingsmøte en gang i uken uten pasienten tilstede?

Øye og Skorpen (26), fremhever i sin studie spenningsfeltet mellom kollektivt fundert miljøterapi og individuell tilpasning av miljøet i et psykiatrisk sykehus. Avdelinger tilrettelagt for flere tiår siden for å kunne behandle mange pasienter samtidig, er følgelig verken tilrettelagt for demokratisk fundert miljøterapi eller med tanke på å ta individuelle hensyn og tilpasninger (26, 27).

Denne studien viser at sykepleiere forstår ivaretagelse av pasientens personlige integritet som en balansekunst i arbeidshverdagen hvor strenge krav til sikkerhetsrutiner i avdelingen må følges og går foran pasientenes behov. Studien kan derfor støtte seg til Øye og Skorpens (26) oppfordring til sykepleiere om å forske på miljøterapiens nytteverdi i en tid med stadige færre sengeplasser, krav til brukermedvirkning og individuell tilpassning av behandlingen (26).

Miljøet i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling er tilrettelagt for å sikre struktur, forutsigbarhet og trygghet for pasientene. Sykepleie til denne pasientgruppen tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg, men innebærer også en viss grad av kontroll og korrigering.

Å sette grenser handler om å korrigere pasientenes adferd og kan medføre bruk av tvang. (28,7). Røssberg (25) finner i sin studie at høy grad av kontroll i en miljøterapeutisk sammenheng er problematisk for pasienters opplevelse av terapi.

Løgstrups (13) teori og sykepleiernes forståelse av at grensesettende informasjon til pasientene, samt tiltak som for eksempel å skjerme en pasient for blamerende adferd overfor andre, kan ses på som tiltak til pasientens eget beste. Det er for eksempel forskjell på å være sint og være aggressiv og fysisk utagerende. Grensesetting er en nødvendighet og en eventuell nødrett (29).

Empirien viser, som Løgstrup (13) hevder, at tillit er en forutsetning for å skape allianse med pasienten og for å kunne hjelpe pasienten best mulig.

Å være i dialog med pasienten, men også det å sette tydelige grenser, er viktig for å oppnå tillit og gi pasienten trygghet og mulighet til å være med på å forme egen hverdag. Ved å spørre og lytte til pasienten, kan pasientens ressurser og interesser kartlegges, utvides og styrkes. Det innebærer også at sykepleierne evner å kjenne på egen redsel i møte med pasienter med voldsproblematikk og har et reflektert forhold til det å tørre å snakke med pasientene. Sykepleie innebærer å ta utgangspunkt i pasientens livshistorie og verdier (11,28). Slik forkunnskap bidrar til forståelsen av pasienten som person og mulighet til å se mennesket bak diagnosen eller handling som er begått. På en annen side kan kunnskap om pasientens utfordringer og problematikk i forkant, gjøre sykepleiere forutinntatt. Det igjen kan føre til at sykepleieren kun har fokus på lidelsen, og utelukker å legge merke til pasientens ressurser, subjektivitet og integritet (30).

Å være sykepleier som yrkesutøver med omsorg som grunnlag for profesjon og samtidig måtte utøve makt, er et paradoks og kan oppleves som et umulig etisk dilemma i deres arbeidshverdag. I noen tilfeller vil tvangsinngrep kunne oppleves som nødvendig hjelp og omsorg, men i andre tilfeller oppleves som krenkelse og overgrep (6).

Noe som overrasket i studiens empiri var at sykepleierne beskrev en mulig praksis hvor man ikke alltid er ærlig ovenfor seg selv og andre i begrunnelser av handlingsvalg; Eksempelvis sykepleiere som argumenterer for hva som er til pasientens beste og bruker det som en unnskyldning for hva som egentlig er til sitt eget beste. Som Løgstrup (13) forstår sykepleierne derfor nødvendighet av å ha et reflektert forhold til sitt maktforhold og begrunne handlingsvalg sannferdig; hvorfor de velger det ene fremfor det andre.

Holtskog diskuterer i sin studie hva som kan forebygge og eventuelt begrense bruken av tvang mot pasienter i regionale sikkerhetsavdelinger. Funnene dokumenterer tydelig at dette krever høy kompetanse innad i personalgruppen (31). Sykepleierne i denne studien viser

til betydning av faglig kunnskap og kompetanse for å begrunne valg både etisk, faglig og juridisk (11-13). Slik kan grunnlaget for sykepleie ved å utøve omsorg og samtidig ha makt forstås som en integrert og bevisstgjort handling i sykepleiernes arbeidshverdag.

Å ivareta pasientens interesser under avdelingens rammer kan være en utfordring. Ofte må sykepleierne motivere og tilrettelegge for aktivitet. Når pasientene først ønsker å benytte seg av et tilbud, er det kanskje ikke ressurser eller mulighet for det. Sykepleierne synes å ha en holdning om å diskutere og imøtekomme pasientens ønsker og behov som er besluttet godkjent i behandlingsplan. Dette på tross av rammene i avdelingen hvor reglene kan tilpasses om ressursene i avdelingen tilsier at det kan la seg gjøre. Individuelle forskjeller hos sykepleierne som har ansvarsfunksjon, kan derfor medføre ulike vurderinger. Eksempelvis kan en sykepleier ut i fra et pliktetisk perspektiv, avslå ønske fra pasient som må ha følge av personal om å gå ut å røyke, med begrunnelse i bemanningssituasjon i avdelingen. En annen sykepleier kan ut i fra et konsekvensetisk perspektiv, velge å omgå reglene ved for eksempel å låne personale fra en annen avdeling eller utsette annen aktivitet, for å imøtekomme pasientens behov og mulig unngå frustrasjon hos pasienten (10-11,19). Løgstrup (13) hevder at etiske regler brukes rett når vi lar dem vise bort fra seg selv som den avgjørende grunn for å følge dem. Det er trolig en av de viktigste forskjellene på juridiske og etiske regler. Regler er viktige fordi de sier oss hva vi skal gjøre og ikke gjøre, men reglene skal ikke erstatte forståelsen. Denne evnen til å forstå kan vi kalle dømmekraft eller skjønn (12).

KONKLUSJON

Sykepleiernes forståelse av ivaretagelse av pasientenes personlige integritet kan forstås som de blir utfordret på seg selv som mennesker. Studien viser at sykepleiere forstår dette som en utfordrende balansegang som krever kunnskap, erfaring og faglighet. Refleksjon over bruk av tvang og ansvar for å opprette relasjon med pasienten er noen av flere personlige egenskaper som er påkrevet for å møte pasientens ønsker og behov på best mulig måte, samt ivareta deres personlige integritet. Gjennom større forståelse for hvilke etiske dilemmaer sykepleiere står overfor i deres arbeidshverdag, kan studien bidra til at behandling og omsorg i større grad vektlegger viktigheten av forhold som ligger til grunn for å kunne gjennomføre dette på en lovpålagt, etisk og faglig forsvarlig måte. Da kan sykepleierne gis mulighet til å ivareta pasientenes personlige integritet. Denne studien kan bare si noe om disse sykepleiernes forståelse av å ivareta pasientens personlige integritet. Det er fortsatt behov for mer kunnskap om ivaretagelse av personlig integritet i tvungent psykisk helsevern.

Referanser

1. **Lovdata.** Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. 2. juli 1999; nr. 62. Sist endret 14. juni 2013. [Psykisk helsevernloven]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>. (Nedlastet 12. 08.2015).
2. **Sosial- og helsedepartementet.** Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. St. meld. nr 25 (1996-1997). s. 98-107. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 1996.
3. **Johannesen, K.I.,** Moelven, O., Roalkvam, S. Godt Rett Rettferdig. Etikk for sykepleiere. Oslo: Akribe AS; 2007.
4. **Haugsgjerd, S.,** Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J.A. Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle. Gyldendal Akademiske: Oslo; 2002.
5. **Pasient – og brukerrettighetsloven.** 1999. Lov pasient – og brukerrettigheter av 2. Juli 1999. nr. 63. Endringslov til pasient og brukerrettighetsloven (2012). Lov om endringer i lov 7. 1999 nr. 63 om pasient – og brukerrettigheter m.v. av 14.desember 2012. nr.63.
6. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. NOU 2011:9. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
7. **Hummelvoll, J.K.** HELT – ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal akademiske; 2008.
8. **Statens medicinsk – etiske råd.** (2015) integritet
Lest: 25.02.15
URL: <http://www.smer.se/etik/integritet/>
9. **Da Silva, A.B.** Humanistiske og ikke humanistiske menneskesyn. I: Da Silva A.B. (red.) Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006.
10. **Henriksen, J.O., Vetlesen, A.J.** Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademiske; 2006
11. **Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere** ICNs etiske regler (2011)
Sykepleierforbundet – NSF. 46 sider.
Lest: 15.02.14
URL: https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
12. **Christoffersen, S.A.** (red.) Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
13. **Løgstrup, K.E.** Den etiske fordring. Gjøvik: J.W. Cappelens Forlag a.s.; 1999.

14. **Kvale, S., Brinkmann, S.** Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2012.
15. **Drageset, S., Ellingsen, S.** Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. Sykepleien Forskning 2010; 5(4):332-35.
16. **Malterud, Kirsti.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
17. **Gadamer, H.G.** Sannhet og Metode – Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk. (Oversatt av Lars Holm-Hansen). Falun: Pax Forlag; 2010.
18. **Gadamer, H.G.** Forforståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter: Oslo: Cappelen Akademisk forlag; 2003.
19. **Aadland, E.** Og eg ser på deg... Vitenskapsteori i Helse- og Sosialfag. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
20. **Austgard, K.** Doing it the Gadamerian way – using philosophical hermeneutics as a methodological approach in nursing science. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2012;26; 829-34.
21. **Helsedirektoratet.** Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Nasjonal faglige retningslinjer IS-1957. Helsedirektoratet; 2013.
22. **Brunt, D. & Rask, M.** Patient and staff perceptions of the ward atmosphere in a Swedish maximum-security forensic psychiatric hospital. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology 2005; 16(2): 263-76.
23. **Bressington, D., Stewart, B., Beer, D., & MacInnes, D.** Levels of service user satisfaction in secure settings – A survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. International Journal of Nursing Studies 2011; 48: 1349-56.
24. **Neset, M.B., Rossberg, J.I., Almvik, R., & Friis, S.** Can a focused staff training program improve the ward atmosphere and patient satisfaction in a forensic psychiatric hospital? A pilot study. Scand J Caring Science 2009; 23: 117-27.
25. **Røssberg, J.I.** Evaluation of inpatient Units with Emphasis on the Ward Atmosphere Scale. (Doktoravhandling). Oslo: Unipub AS; 2005.
26. **Øye, C., & Skorpen, A.** Miljøterapi som kollektiv eller individrettet fenomen? En etnografisk studie av dagliglivet i et psykiatris sykehus i individualismens tidsalder. Vård i Norden. publ. No. 97 Vol.30 2010; 3: 25-29
27. **Skorpen, A., & Øye, C. (2010).** Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 2010; 12: 3, 15-27

28. **Vatne, S.** Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S; 2006.
29. **Lovdata.** Lov om straff. 20. mai 2005; nr.28. Sist endret 19. juni 2015. [Straffeloven]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>. (Nedlastet: 11.09. 2015)
30. **Lillevik, O.G. og Øien, L.** Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2014
31. **Holtskog, T.E.** Når erfarne psykiatriske sykepleiere håndterer høy voldsrisiko. [masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2011

Vedlegg 1:

§ 4-2. *Vern om personlig integritet*

Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket.

Ved psykisk helsevern i institusjon skal oppholdet så langt det er forenlig med formålet og den enkeltes tilstand gjennomføres slik at pasientens mulighet til å bestemme over seg selv blir ivarettatt.

Med de begrensninger som er nevnt, skal forholdene legges til rette for at pasienten får:

- a. delta i utformingen av institusjonens daglige liv og andre forhold som berører den enkelte pasient,
- b. anledning til å dyrke sine private interesser og hobbyer,
- c. tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensreglene,
- d. anledning til daglige uteaktiviteter.

Det skal også tas hensyn til den enkeltes livssyn og kulturelle bakgrunn.

Kongen kan gi nærmere forskrifter om husreglement for institusjon for psykisk helsevern.
(Psykisk helsevernloven, 1999)

Vedlegg 2: Oversikt systematisk søk

DATABASE	Swemed+		EMBASE 1980-2015	Cochran Library	Norart		Psych Info 1806- August 2015	Cinahl (2000 – 2015)
MESH TERMS								
Forensic psychiatry	737		12598	181	75		4283	1100
Milieu therapy	26 (2)		962	397	87 (1)		829	613
Exp Environment/ or exp Hospital Environment/ or exp Therapeutic Environment/ or exp Facility Environment	87		481709	8457	93		265379	82053
Exp individual differences/ individual differences mp.			22950	17503	4		46777	2473
Person centered.mp.			1207	6770	0		2891	691
Mental health/ or nurse patient relationship/ or person centered.mp./ or mental deficiency.	490		188173	16514	71		157728	69963
Personal Integrity.mp./ exp. Integrity/ or exp professional ethics	8		158	323	5		238/ 58 592	43
Nurses							24460	
COMBINATIONS								
Forensic psychiatry AND Milieu therapy	0		9	1	0		5	13
Forensic psychiatry AND Environment	1(1)		106	3	0		161 (2)	8
Forensic psychiatry AND person centered			2	0			3	0
Forensic psychiatry AND Mental health	4		3361	27			1098	282
Forensic psychiatry AND nurses			0	0			84 (1)	
Forensic psychiatry AND personal integrity	0		4	0			2	0

Vedlegg 3:

Til Avdelingssjef/ forskningsleder
Regional sikkerhetsavdeling
.....

Asker, 20.06.14

Forespørsel om tilgang til forskerfelt.

Sender etter avtale informasjonsskriv om min studie til avdelingssjefen. Det er ønskelig å intervju to sykepleiere ved..... Jeg håper dette går i orden, og vil kontakte avdelingsleder for nærmere avtale. Avdelingsleder eller fagansvarlig videreformidler kontakten/ informasjonen på vegne av student, slik at det legges opp til at informantene rekrutterer seg selv.

Med vennlig hilsen

Ann Kristin Bjørkli
Psykiatrisk sykepleier

Regional sikkerhetsseksjon
tlf: 48046514/ 66908770



IKKE SENSITIVT INNHOLD

Personlig integritet i tvungent psykisk helsevern

I forbindelse med min mastergrad i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, gjennomfører jeg en studie innenfor fagfeltet sikkerhetspsykiatri. Studiens hensikt er å få økt kunnskap om- og forståelse for hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av pasientens personlig integritet, hvor pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern. Resultatene ønsker jeg å bruke til bevisstgjøring og eventuell forbedring i pasientrettet klinisk arbeid.

Inklusjonskriteriene er at er offentlig godkjent sykepleier ansatt ved Regional sikkerhetsavdeling i mer enn 50 % stilling, og som har mer enn 2 års erfaring med klinisk arbeid i sikkerhetspsykiatri. Det understrekes at student ikke kjenner de som forespørres sin identitet før de eventuelt samtykker til deltakelse.

Studien er en kvalitativ studie med bruk av intervju som metode. Dette innebærer intervju på bakgrunn av spørsmål fra en veiledende intervjuguide. Spørsmålene vil omhandle forståelse av "*vern om personlig integritet*" (jf. psykisk helsevernloven §4-2) og hva som fremmer eller hemmer ivaretagelse av pasientens personlige integritet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og videre transkribert (overført fra muntlig til skriftlig form) av meg. Intervjuteksten vil danne utgangspunktet for en etterfølgende dataanalyse av materialet. Intervjuet vil ha en varighet på ca.45 min.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun student og veileder som har tilgang til denne informasjonen. Lydbåndopptak fra intervju vil lagres på en passordbeskyttet datamaskin som kun student har tilgang til. Data fra det transkriberte intervjuet vil student og veileder ha tilgang til. Opplysninger som kan lede tilbake til personer vil bli gjort om i transkriberingsprosessen. Datamaterialet vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Ved prosjektslutt anonymiseres datamaterialet, og ingen enkeltpersoner vil være gjenkjennbar i publikasjoner. Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2015. Ved prosjektslutt vil alle data og intervju slettes permanent fra lydbåndopptaker og datamaskin.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, med prosjektnummer: 38901

Veileder for prosjektet er postdoktor/ førsteamanuensis Siren E. Kouwenhoven ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Med vennlig hilsen Ann Kristin Bjørkli

Vedlegg 4:

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt: *Personlig integritet i tvungent psykisk helsevern*

Bakgrunn og formål:

I forbindelse med min mastergrad i psykisk helsearbeid ved Høyskolen i Buskerud og Vestfold, gjennomfører jeg en studie innenfor fagfeltet sikkerhetspsykiatri. Studiens hensikt er å få økt kunnskap om- og forståelse for hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av pasientens personlig integritet, hvor pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern. Resultatene ønsker jeg å bruke til bevisstgjøring og eventuell forbedring i pasientrettet klinisk arbeid.

Du forespørres om å delta i studien fordi du innfrir inklusjonskriteriene for deltakelse. Inklusjonskriteriene er at du er offentlig godkjent sykepleier ansatt ved Regional sikkerhetsavdeling i mer enn 50 % stilling, og du har mer enn 2 års erfaring med klinisk arbeid i sikkerhetspsykiatri. Det understrekes at student ikke kjenner de som forespørres sin identitet før de eventuelt samtykker til deltakelse.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien er en kvalitativ studie med bruk av intervju som metode. Dette innebærer at du ved deltakelse i studien vil intervjues på bakgrunn av spørsmål fra en veiledende intervjuguide. Spørsmålene vil omhandle din forståelse av ”vern om personlig integritet” (jf. psykisk helsevernloven §4-2) og hva som fremmer eller hemmer ivaretagelse av pasientens personlige integritet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og videre transkribert (overført fra muntlig til skriftlig form) av meg. Intervjuteksten vil danne utgangspunktet for en etterfølgende dataanalyse av materialet. Intervjuet vil ha en varighet på ca. 45 min.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun student og veileder som har tilgang til denne informasjonen. Lydbåndopptak fra intervju vil lagres på en passordbeskyttet datamaskin som kun student har tilgang til. Data fra det transkriberte intervjuet vil student og veileder ha tilgang til. Opplysninger som kan lede tilbake til personer vil bli gjort om i transkriberingsprosessen. Datamaterialet vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Ved prosjektslutt anonymiseres datamaterialet, og ingen

enkelpersoner vil være gjenkjennbar i publikasjoner. Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2015. Ved prosjektslutt vil alle data og intervju slettes permanent fra lydbåndopptaker og datamaskin.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste, med prosjektnummer: 38901

Veileder for prosjektet er postdoktor/ førsteamanuensis Siren E. Kouwenhoven ved Høyskolen i Buskerud og Vestfold.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Opplysninger fra gjennomført intervju vil da slettes.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål vedrørende prosjektet, ta kontakt med Ann Kristin Bjørkli på tlf: 48046514 eller på mail: annkre@hotmail.com

Med vennlig hilsen

Ann Kristin Bjørkli

Drengsrudhagen 92

1385 ASKER

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt:

Navn:

Telefon:

E – mail adresse:

(Signert av prosjektdeltager, dato)

Vedlegg 5.

INTERVJUGUIDE

1. I yrkesetiske retningslinjer (for sykepleiere) står det at sykepleieren skal verne om pasientens personlig integritet; Hva tenker du om det? / Hvordan forstår du det?
(Fortell! / Kom med eksempler fra din arbeidshverdag!)

2. Hvordan jobber dere (evt. du) for å ivareta pasientens personlige integritet på din arbeidsplass / i din arbeidshverdag?

For eksempel:

På hvilke måte deltar pasientene i utformingen av institusjonens daglige liv?

3. Får pasientene anledning til å dyrke sine (private) interesser og hobbyer, eller være i aktivitet ved din avdeling? Hvordan, fortell!

4. Hvordan ivaretas hensynet til den enkeltes livssyn og kulturelle bakgrunn?

5. Hva krever det av kunnskap og / eller erfaring hos sykepleier for å legge til rette for vern om pasientens personlige integritet?

For eksempel ved:

- Deltagelse i utforming av institusjonens daglige liv?
- Gjennomføring av ulike aktiviteter/ hobbyer?
- Tilrettelegging av livssyn og kultur?

6. Hvordan kartlegges pasientens behov og interesser som verner om pasientens integritet, muntlig og skriftlig?

7. Kan økonomiske eller organisatoriske forhold som påvirke pasientens vern om personlig integritet? Fortell!

8. Hvis dere er for få personale på jobb? hvordan prioriteres det med hensyn til sikkerhetsrutiner og pasientens rett til utfoldelse og aktivitet?

9. Hvordan har tilbudet, eksempelvis aktiviteter, skole, arbeidstrening eller annet, til pasientene vært eller variert i den tiden du har vært ansatt ved avdelingen?

10. Hvilke forbedringsområder med hensyn til vern om pasientens integritet, ville du vektlagt hvis du fikk lov til å bestemme?

Vedlegg 6: Eksempler fra analyseprosess med hermeneutisk meningsfortolkning

Meningsenheter -tekstutdrag/sitater	Tolkningsalternativer	Sentralt tema til hvordan sykepleiere forstår ivaretagelse av personlig integritet
<p>(..) Vi må jo balansere det mellom det vi kan få til for pasientene med de begrensninger som sikkerhetsavdelingen har. Pasientene kan snakke med miljøkontaktene sine, ta opp ønsker og så kan vi formidle videre(..) til ukentlig møte (..)vi får jo være med å påvirke på møter hvis det er saker som vi anbefaler i forhold til ønsker for pasienten (..) Så når behandlerne har godkjent en aktivitet, så skal teamene planlegge detaljene etterpå.(..) For eksempel butikktur, mer tid på internett.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientens ønsker og behov balanseres innenfor rammer og sikkerhetsrutiner - Sikkerhetsaspektet i avdelingen begrenser muligheter for pasientene - Pasientens ønsker formidles til behandlingsmøte - Behandlerne kan godkjenne pasientens ønsker og behov som fremmes i behandlingsmøte 	<p>Å balansere sikkerhetskrav og pasientens ønsker og behov</p>
<p>(..) jeg tenker egentlig at relasjonsbygging er noe av det viktigste vi gjør med pasientene våres, for å skape en kontakt med dem(..) man må prøve å skape et tillitsforhold(..) for å kunne hjelpe de best mulig.</p> <p>(..)Også synes jeg det er litt det og ikke tre ting ned over hodet på folk, men litt over tid, hvis de ikke har spesielle ønsker, kan vi jo kartlegge(..) hva som kan være en ide å bygge videre på.</p> <p>Hvis det er veldig(..) negative symptom</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relasjon skapes ved at sykepleiere tar ansvar for kontakt. - Tillitt er nødvendig for en god relasjon. - Pasientens symptompreg kan hemme kontakt - informasjon og forklaring fremmer kontakt. 	

<p>preg, så prøver vi å fiske ut hva som kan være av interesser(..) og selvfølgelig å være i dialog med dem(..) hvis de er uenige da, hvorfor vi gjør som vi gjør og det å klare å holde en dialog med pasientene(..). Det er jo også det med hvor vi setter grenser i forhold til det med bruk av tvang. Forskjellen på det å være sint og det å være aggressiv synes jo jeg er en ganske viktig(..) At pasientene faktisk for lov til å være sint, men det å skade andre(..) så går det over til bruk av tvang.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Å sette grenser kan være forutsigbarhet og trygghet - Grensesetting kan være bruk av tvang og krenkelse 	<p>Å skape allianse og ivareta pasientens lidelse</p>
<p>(..) Hvis det er ønske om utgang eller ting som er i husregler og sånne ting, så tar vi jo det fortløpende(..) for å ivareta pasientens ønsker som ikke allerede er i behandlingsplanen, så kommer det an på dagsform og det blir gjort en del vurderinger i løpet av vakta(..) Det å ha en faglig forståelse(..) av hvordan sykdommen påvirker pasientene i forhold til impulskontroll(..) det å kunne snakke med folk i rolige faser om hvordan en gjør det når ting er vanskeligere(..)det at en klarer å holde den forståelsen, og ikke går over i det her med at det er faenskap det de holder på med(..) og det å ha tålmodighet og tåle at de er syke og være sammen med dem(..) Med noe utdanning så følger det med også noe makt(..) Så det en går inn i bruk av tvang, så synes jeg jo at en skal være ganske reflektert i forhold til det en holder på med.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Skjønn og vurderinger gjøres fortløpende innenfor husregler og rammer i avdelingen. - Pasientens dagsform og farlighetsvurdering er avgjørende for godkjent aktivitet vurderes til å kunne gjennomføres. - Faglig forståelse og holdninger påvirker vurdering - Sykepleiere har en makt hvor refleksjon over bruk av tvang er nødvendig 	<p>Å utøve omsorg og ha makt</p>

<p>(..)Det kommer helt an på hva de interessene og hobbyene er da.(..)</p> <p>Interesser som de har som ikke er veldig ressurs krevende får de jo mulighet til da, som for eksempel å spille gitar, eller male(..) Det er jo det at det ikke alltid er noe interesse da, så det å finne de interessene som en positiv ressurs og prøve å bygge videre på det.</p> <p>(..)Vi har en del husregler som begrenser hva man kan foreta seg på avdelingen, og så er det og begrensninger i forhold til hvilket utgangsnivå pasientene våres har. Det er ikke alle som har mulighet til å gå på butikker og handle selv (..) Så da må vi finne alternative løsninger og foreslå det(..), men ofte så er det enkelte som ikke klarer å bestemme seg for hva de har lyst til (..) Så man må ha en del tålmodighet og på en måte prøve å time de, sånn at vi klarer å få de med ofte (..) Noen ganger så må vi bare smi mens jernet er varmt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientenes egne interesser er avgjørende for hvilket tilbud de få - Pasientenes ressurser må fremmes for å skape interesse - Avdelingens tilbud og ressurser begrenses av pasientens muligheter - Sykepleiere fremmer aktivitet ved å tilrettelegge - Pasientens ambivalens kan hemme gjennomføring av aktivitet 	<p>Å ivareta pasientens interesser under avdelingens rammer</p>
---	---	---

Vedlegg 7:

Forfatterveiledning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer fom 14.03.2014 på internett i manuskriphåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster du opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. *Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.*

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (over 100.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er fritt tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIFTET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften **Skrivetips**. Artiklene struktureres etter **IMRAD-prinsippet**. For ytterligere veiledning anbefaler vi ”best praksis” sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:

STOBE (ulike kvantitative studier)

COREQ (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper)

CONSORT (randomiserte studier)

COSMIN (utvikling av måleinstrumenter)

TREND (ikke-randomiserte forsøk)

PRISMA (SF) og **Reinar og Jamtvedt 2010** (kunnskapsoppsummeringer)

QUADAS 2 (diagnose)

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholaOne skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 90 tegn inkludert mellomrom).

Forfatterens(forfatternes) navn, stilling og arbeidssted.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn inkludert ordmellomrom (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser).

Antall figurer og tabeller.

2. Sammendrag

Et norsk og et engelsk sammendrag fremstilles på hver sin side.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Lengde: maksimalt ha 1500 tegn inkludert mellomrom. Neders på siden oppgir du 3–5 nøkkelord fra listen du kan velge fra. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign.

Det engelske sammendrag (abstract) fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige tittel fremstilles øverst på siden (maksimalt 90 tegn).

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Lengde: maksimalt 1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst på siden oppgir du 3–5 engelske nøkkelord (key words).

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstreves og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodedel (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

Resultater. Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker **kvantitativ metode** får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Kun en tabell eller figur pr. siden. Disse kan lastes opp som endel av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Flytdiagrammer i artikler som bruker flytdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av **CONSORT-gruppen**

Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang men ikke utgave oppgis. Ved insendigen lenker manuskripthåndteringsprogrammet referanselisten til andre databaser. Dette forutsetter at forfatterne oppgir referansene korrekt. Dette er spesielt viktig for referanser til artikler på engelsk.

Eksempel:

1. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. J Adv Nurs 2006;55:215–29.
2. **Fraser DM,** Cooper MA. Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.
3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. **Foucault M.** Truth and power. I: Gordon C. (red). Power/Knowledge: Michel Foucault. Pantheon Books, New York. 1980 (s 78 – 101).
5. **Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
6. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).
7. **Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem på få følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Følgerebrev til redaktør

Følgerebrevet kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

I tillegg må forfatterne oppgi:

Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.

Forslag på minst to aktuelle habile fagfeller (navn og kontaklinformasjon).

Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskripthåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt.

Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfellevurdering. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle denne veiledningen til forfattere. Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen vil bli returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier før eventuell publisering hos Sykepleien Forskning. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.

Krav til medforfatterskap

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis.

Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at signerte erklæringer om interessekonflikter fra alle forfattere laster opp før manuskriptet sendes inn (som Supplemental file NOT for Review).

Adresse til tidsskriftet:

Sykepleien Forskning

P.O. Box 456, Sentrum

0104 Oslo