

# **Å få hjelp til å leve**

Kunnskapsutvikling om pasienttilfredshet i en  
psykiatrisk døgnsesjon basert på en intern evaluering

**Trude Hverven**



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap**

**HØGSKOLEN I BUSKERUD OG  
VESTFOLD**

15.09.15





## FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP

Papirbredden, Drammen Kunnskapspark

Grønland 58

3045 DRAMMEN

<b>Navn: Trude Hverven</b>	<b>Dato: 15.09.15</b>
<b>Tittel og undertittel:</b> Å få hjelp til å leve – kunnskapsutvikling om pasienttilfredshet ved en psykiatrisk døgnsesjon basert på en intern evaluering	
<p><b>Sammendrag:</b></p> <p><b>Bakgrunn:</b> Kvalitetssikring av helsetjenester gjennom å lytte til erfaringene til pasienter og pårørende, er et viktig anliggende. Dette gjelder også innen feltet psykisk helse og rus. Men litteraturen viser at det er gjort lite forskning på erfaringene til pasienter som er innlagt i psykiatriske seksjoner.</p> <p>En døgnsesjon innen psykisk helse og rus i spesialisthelsetjenesten, har gjennom flere år utført brukerundersøkelser for å evaluere og kvalitetssikre egen praksis. Pasientene er blitt intervjuet ved utskrivelse ved hjelp av et standardisert spørreskjema utarbeidet av SINTEF i 2001. Brukerundersøkelsen omfatter spørsmål om opplevelsen av: Respekt og støtte fra personalet, sosialt miljø på avdelingen, medvirkning i egen behandling, planlegging ved utskrivelse, informasjon til pasient og pårørende, samt opplevd nytte av behandlingen. Spørreskjemaet har i hovedsak lukkede svarkategorier, men to spørsmål er åpne.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med studien har vært å belyse hvilke faktorer som oppleves betydningsfulle for pasienttilfredshet ved en psykiatrisk døgnsesjon.</p> <p><b>Design og metode:</b> Dette er en evalueringsstudie der deler av brukerundersøkelsens standardiserte skjema er behandlet. Utvalget er to komplette årganger med intervjuer. Det er gjort en kvalitativ analyse av to åpne spørsmål i skjemaet. Analysen er inspirert av Malteruds systematiske tekstanalyse.</p> <p><b>Resultater:</b> Datamaterialet kan beskrives i fem kategorier. (1) Omgivelser, (2) Behandlingsopplegget, (3) Aktiviteter, (4) Relasjoner, og (5) Meg selv. Resultatene kan sammenfattes i uttrykket «å få hjelp til å leve»</p> <p><b>Konklusjon:</b> Pasientene var mest fornøyd med gode og estetiske fysiske rammer. De fremhevet et godt avdelingsmiljø og fellesskap, der både medpasienter og personale bidrar til bedringsprosessen, men dette forutsetter tilstedeværende personale. Vesentlig var også individuelt tilrettelagt behandling og struktur på dagen, der relasjonen til personalet har stor betydning. Aktiviteter er viktig som avledning og distraksjon. Innleggelsen har en viktig funksjon som en pause fra hverdagen og legger til rette for egne krefter. Pasientene var minst fornøyd med at miljøet blir utrygt når personalet er fraværende. Dette handlet om trygghet og ivaretagelse av dårlige medpasienter. For lite informasjon og forutsigbarhet om behandling, plan og målsetning. Manglende medbestemmelse og dårlig planlagt utskrivelse.</p>	
<p><b>Nøkkelord:</b></p> <p>Inpatient, mental health disorder, psychiatric health care, inpatients, relations, survey, patient participation</p>	



**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
Papirbredden Drammen Kunnskapspark  
Grønland 58  
3045 DRAMMEN

<b>Name: Trude Hverven</b>	<b>Date: 15.09.15</b>
<b>Title and subtitle:</b> Getting help to live - knowledge development on patient satisfaction at a psychiatric section based on an internal evaluation	
<b>Abstract:</b> <b>Background:</b> Quality of health care through listening to the experiences of patients and their families is an important topic. This also applies to the field of mental health and substance abuse. Available literature shows that little research has been done on the experiences of patients who are admitted to psychiatric sections.  A mental health and substance abuse section within the Special Healthcare Service, have for several years conducted user surveys to evaluate and assure the quality of their practice. Patients were interviewed at discharge using a standardized form developed by SINTEF in 2001. The survey includes questions on the patients' experience of: respect and support staff, social environment in the section, participation in their own treatment, how well the discharge was planned, information to patients and their families and perceived usefulness of treatment. The survey has essentially closed answer categories, but two questions are open.  <b>Purpose:</b> The purpose of the study was to elucidate the factors that seem significant for patient satisfaction at a psychiatric section.  <b>Design and Methods:</b> This is an evaluation study where parts of the standardized patient survey form are processed. The range is two full years with interviews. A qualitative analysis is applied to the two open questions in the form. The analysis is inspired by Malteruds systematic text analysis.  <b>Results:</b> The data can be described in five categories. (1) Environment, (2) rehabilitation program, (3) Activities, (4) Relations and (5) Myself. The results can be summarized in the phrase "to get help to live"  <b>Conclusion:</b> Patients were most satisfied with a good aesthetic and physical environment. Patients emphasized a good section environment and community, where both fellow patients and staff contribute to improve the healing process. This presupposes present staff. Another important find was individually adapted treatment plans and structure of the day, where the relationship with the staff has great significance. Activities are important for diversion and distraction. Admission have an important function as a break from everyday life and facilitates for the patient's own powers. Patients were least satisfied with the environment becoming unsafe when staff is absent; this is also about the security and safeguarding of fellow patients. Too little information and predictability of treatment plan and goals. Lack of participation and poorly planned discharge.  <b>Key words:</b> Inpatient, mental health disorder, psychiatric health care, inpatients, relations, survey, patient participation	

## FORORD

Takk til Hege og Britt for uforglemmelige studieturer i inn-, og utland. Turene har virkelig gitt mening til begrepene «psykisk helsearbeid» og «recovery» i praksis. Alt handler om å finne ressursene i seg selv, med og uten en «krykke» underveis.

Takk til min seksjonsleder Turid Nordvik som har lagt til rette for at dette prosjektet har vært mulig å gjennomføre. Du har strukket deg lenger enn langt, og lagt til rette for forelesninger, masterseminarer, veiledninger og skrivepermisjon.

Takk til alle gode kollegaer som har tolerert mitt stadig hyppigere fravær og som har applaudert med vekselvis hurrarop og trøst.

Noen kollegaer har også strukket seg enda lenger og bidratt til et svært godt miljø, gitt meg følelsen av et nært fellesskap, støttet opp under hyggelige aktiviteter samt gitt meg tilgang til mer eller mindre terapeutiske samtaler, og slik støttet opp under betydningen av «meg selv».

Takk til min veileder Postdoktor/ Førsteamanuensis Siren Eriksen som med sin faglige dyktighet, kunnskap om forskning, og sin ro i alle situasjoner har gitt meg vennlige dytt, og et spark i rumpa når det har vært nødvendig.

Takk til veiledningsgruppa ved høyskolen: Tanja, Evy, Kristine og Ann Kristin. Dere fire inspirerte meg til å fortsette arbeidet når det buttet imot som verst. Læringskurven har tidvis vært bratt, men følelsen av å tilhøre et miljø og et fellesskap har vært uvurderlig.

Takk til Eva Kristin som har hjulpet meg med korrektur. Det var også du som først så den helhetlige forståelsen i denne studien- å få hjelp til å leve.

Takk til alle venner som stadig har fått høre at «beklager, jeg kan ikke». Ofte etterfulgt av; «ikke glem meg».

Takk til Vidar, Cecilie og Marlene som har latt meg holde på med dette i tide og utide.

## INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for studien.....	2
1.1.1 Offentlige føringer knyttet til brukermedvirkning .....	2
1.1.2 Brukermedvirkning i psykisk helsevern .....	3
1.1.3 Brukermedvirkning ved åpen akuttseksjon.....	4
1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål .....	5
1.3 Begrepsavklaringer.....	6
1.4 Oppgavens oppbygging .....	8
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME .....	9
2.1 Litteratursøk.....	9
2.2 Tidligere forskning om pasienttilfredshet .....	10
2.3. Psykisk helsearbeid .....	16
2.3.1 Sentrale begreper om brukermedvirkning .....	18
2.4 Brukerundersøkelser I Norge .....	19
2.5 Intervjuprotokollen.....	21
2.6 Recovery – eller bedringsprosessen .....	24
3.0 DESIGN OG METODE.....	26
3.1 Forskningsdesign .....	26
3.1.1 Evaluering .....	26
3.1.2 Tverrsnittstudie.....	27
3.1.3 Gjenbruk av kvalitative data .....	27
3.1.4 Kvalitativt studiedesign .....	28
3.2 Vitenskap teoretisk forankring.....	29
3.3 Metodologi.....	30
3.3.1 Fenomenologi.....	30
3.3.2 Forforståelse.....	30
3.3.3 Å forske på eget felt .....	32
3.4 Rekruttering, utvalg og gjennomføring av intervjuene .....	32
3.4.1 Rekruttering .....	32
3.4.2 Utvalg .....	33
3.4.3 Gjennomføring av intervjuene .....	34
3.5 Analyse .....	35

3.5.1. Danne helhetsinntrykk .....	36
3.5.2. Fra tema til kode .....	37
3.5.3. Fra kode til mening .....	38
3.5.4. Fra kondensering til beskrivelse og begrep .....	39
3.6 Etikk .....	40
3.6.1 Samtykke og konfidensialitet .....	40
3.6.2 Asymmetrisk maktforhold .....	41
3.6.3 Studiens kvalitet .....	42
3.6.4 Svakheter og styrker ved studien .....	44
4.0 PRESENTASJON AV FUNN .....	47
4.1 Omgivelsene .....	48
4.1.1 Gode fysiske rammer er viktig .....	49
4.1.2 Miljø og fellesskap har mye å si for bedring .....	51
4.2 Behandlingsopplegget .....	55
4.2.1 Livredning .....	55
4.2.3 Tilpasset behandling .....	61
4.3 Aktiviteter .....	63
4.3.1 Noen dager tomme – andre veldig fulle .....	63
4.4 Relasjoner .....	65
4.4.1 Rolig og kompetent .....	65
4.4.2 Det beste er menneskene her .....	66
4.4.3 Pårørende kommer på besøk og blir ønsket velkommen .....	66
4.5 Meg selv .....	67
4.5.1 Håp og mestring .....	67
4.5.2 Hjelp til å leve .....	69
5.0 DRØFTING .....	70
5.1 Omgivelser .....	70
5.1.1 Gode fysiske rammer .....	71
5.1.2 Miljø og fellesskap .....	74
5.2 Behandlingsopplegget .....	77
5.2.1 Livredding .....	77
5.2.1 Rammene for behandling .....	78
5.2.2. Tilpasset behandling .....	81

5.3 AKTIVITETER .....	84
5.4 RELASJONER .....	85
5.4.1 Rolig og kompetent .....	86
5.4.2 Det beste er menneskene her.....	86
5.4.3 Pårørende kommer på besøk og blir ønsket velkommen.....	87
5.5 Meg selv .....	87
5.5.1 Lært mye om meg selv .....	88
5.5.2 Håp og mestring .....	90
6.0 KONKLUSJON .....	91
6.1 Tanker om videre forskning.....	92
LITTERATURLISTE .....	93

VEDLEGG 1: Intervjuprotokollen. Statens helsetilsyn. Utredningsserien 6:2001

VEDLEGG 2: Oversikt over meningsbærende enheter, subkategorier og kategorier

VEDLEGG 3: Registreringsskjema Vestre Viken. Godkjenning av prosjekt



## 1.0 INNLEDNING

«Brist i alle ledd», var en av konklusjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse (Forskningsrådet, 2009; Helsedirektoratet, 2011). Forbedring av kvaliteten på helsetjenestene er et kontinuerlig tema, og brukernes tilfredshet med tjenestene har vokst frem som en indikator på tjenestenes kvalitet (Svensson og Hansson, 2006).

For å utvikle og forbedre tjenesten i tråd med det pasientene opplever som god kvalitet, må pasientenes erfaringer innhentes og vektlegges (Sosial- og helsedepartementet, 2006, Helsedirektoratet, 2014).

Det foreligger også en plikt til å etablere systemer for å innhente disse erfaringene (Helsedirektoratet, 2014). Erkjennelsen av at pasientenes erfaringskunnskap er en verdifull ressurs, og en forutsetning for at behandlingen av psykiske lidelser skal være virkningsfull, er en utvikling som har skjedd i etterkant av opptrappingsplanen (Sosial- og Helsedepartementet, 1999- 2008). Denne utviklingen omtales som et «paradigmeskifte» (Helsedirektoratet, 2013).

Høsten 2015 legger Regjeringen frem en *nasjonal helse- og sykehusplan* for Stortinget. Planen er utarbeidet med utgangspunkt i hvordan pasienter og brukere mener helsetjenesten bør se ut, og skal reflektere brukernes erfaringer, kompetanse og synspunkter. Pasientopplevd kvalitet skal være likestilt med medisinsk kvalitet (Regjeringen.no, 2015), og brukerundersøkelser er en av flere anerkjente metoder for å innhente denne erfaringskunnskapen (Gilbert, Ross & Slade, 2008; Svensson & Hansson, 2006; Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Helsedirektoratet, 2013). Pasientenes tilfredshet med tjenesten er et resultatmål som i liten grad er brukt systematisk innen psykisk helsevern i Norge (Helsedirektoratet, 2011, Helsedirektoratet, 2013).

Utgangspunktet for denne studiens tema er egen erfaring fra klinisk arbeid i en psykiatrisk døgnsesjon innen spesialisthelsetjenesten der brukerundersøkelser er satt i system. Alle pasientene blir intervjuet ved utskrivelse om sine erfaringer med innleggelsen. Hensikten er å evaluere og kvalitetssikre egen praksis. Denne mangeårige rutinen har generert store mengder med data, og denne studien har som mål å belyse hvilke faktorer pasientene selv, med egne ord, har fremhevet som betydningsfulle, og som dermed er viktig for pasienttilfredsheten i denne døgnsesjonen.

## 1.1 Bakgrunn for studien

Det økte fokuset på brukermedvirkning i form av lover, reformer, veiledere og retningslinjer har ført til at brukernes ønsker anses som grunnleggende, og at en må lytte til det de sier (Helsedirektoratet.no, 2015).

### 1.1.1 Offentlige føringer knyttet til brukermedvirkning

Kravet om at pasientenes perspektiv skal være en viktig del av helsetjenesten synliggjøres på ulike måter fra helsemyndighetene side blant annet ved begreper som ”pasienten først”, ”pasienten i sentrum”, og ”vekt på mestring av eget liv” (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006; Helsedirektoratet, 2011). I NOU nr.3 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005) heter det at pasienten skal være en kunnskapsressurs for tjenesteyterne, og i tillegg presiseres det at helsepersonell er juridisk forpliktet til å involvere pasienten i egen behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005; Helselovene, 1999).

Dette er altså en lovfestet rettighet, og ikke noe vi kan velge å ikke forholde oss til.

Brukermedvirkning som et ledd i kvalitetsforbedring ligger i kontakten mellom pasienten og den ansatte, og kan bidra til økt ”treffsikkerhet” i forhold til utformingen av både generelle og individuelle tilbud (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006. Rapporten brukermedvirkning – psykisk helsefeltet, side 9).

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015) presiserer at det trengs mer kunnskap om hvordan, og i hvilken grad brukermedvirkning gjennomføres, hva slags effekt den har, og hvordan brukerstemmene kan bli tydeligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det oppfordres til at det utarbeides systemer for innhenting av brukererfaringer, og at disse skal benyttes til forbedring av tjenestene (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Med bakgrunn i de offentlige føringene er det i Helse Sør-Øst, og i Vestre Viken også utarbeidet egne retningslinjer for å ivareta dette arbeidet. Her heter det blant annet at det skal finne sted en løpende evaluering og dialog om utvikling av metoder i brukermedvirkning,

innhenting av brukererfaringer (brukerundersøkelser) og hvordan brukervedvirkningen best kan organiseres (Vestre Viken – strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014 – 2016, side 4). Det heter videre at enkle metoder og verktøy for forbedring skal være tilgjengelig, og at disse metodene både kan være små initiativ og større prosjekter (Vestre Viken – strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014 – 2016, side 4). Slik sett kan denne studien være en enkel metode for å innhente og evaluere brukererfaringer.

### 1.1.2 Brukervedvirkning i psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern er det ingen lang tradisjon for å involvere pasientene i egen behandling (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2012) og arbeidet med brukervedvirkning har ikke vært godt nok ivarettatt. (Sosial- og Helsedepartementet, 1999-2008; Norges forskningsråd, 2009; Sosial- og helsedepartementet, 2011). Som en følge av dette etterspør helsemyndighetene at forskningen innen psykiske helsetjenester må ha et større brukerefokus samt at det samles inn og dokumenteres ulike brukererfaringer, også gjennom kvalitative studier (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

I en litteraturgjennomgang om brukerperspektiv i norsk forskning finner forfatterne at det fremdeles er lite forskning med fokus på innlagte psykiatriske pasienters erfaringer (Skorpen, Andersen, Øye & Bjelland, 2008). Årsaken til dette hevder de er at premissleverandørene for norsk psykiatrisk forskning tenker ut fra en naturvitenskapelig tilnærming, der ønsket er å bli i stand til å identifisere sykdommer, og predikere psykiatriske sykdommers forløp, utfall og behandling. En slik forskning kan ikke beskrive menneskers erfaringer og kunnskaper (Skorpen, Andersen, Øye & Bjelland, 2008).

Erfarings basert pasientkunnskap er viktig for å utfordre kunnskapstradisjonene innen psykisk helsearbeid (Karlsson, ref. i Bøe & Thomassen, 2013), og det å innhente pasienters erfaringer er en nødvendig forutsetning for godt psykisk helsearbeid. (Hummelvoll, 2012). Det er pasienten selv som opplever det hele, og som kan gi nyttig informasjon om hva som bør forbedres, og på hvilken måte. Imidlertid finnes det utfordringer i dette arbeidet (Helsedirektoratet, 2011). Mennesker med en psykisk lidelse kan ha problemer med å etablere tillit og allianse med fagpersoner. Å ha en psykisk lidelse kan også påvirke evnen til å motta og bearbeide informasjon. Mange pasienter befinner seg i en livssituasjon hvor de har vansker med å hevde egne synspunkter og rettigheter (Statens helsetilsyn, 2001, Helsedirektoratet,

2011). I tillegg kan lidelsen skape vanskeligheter med å samhandle på en god måte. Det finnes også et aspekt av kontroll og makt mellom brukeren som den hjelpetrengende, og terapeuten som ekspert. Dette forholdet er i utgangspunktet skjevt (Helsedirektoratet 2011). Slik sett har helsetjenestene for psykisk helse og rus en del utfordringer og særtrekk som gjør det nødvendig med egne tjenester og med eget arbeid med kvalitet (Sosial og helsedepartementet, 2006, Helsedirektoratet, 2011).

«Brukermedvirkning» som begrep utfordrer denne problematikken innen psykisk helsevern, og pasientenes perspektiver, ønsker og behov kommer i fokus (Storm, 2009). I utviklingen av kunnskap om hva som hjelper, bør de det gjelder høres i kunnskapsutviklingen for å sikre at den er relevant (Hummelvoll, 2012). Kunnskap som ikke kan brukes har liten nytteverdi. Funn i et økende antall studier viser for eksempel at pasientene delvis prioriterer annerledes enn behandlerne ved at de setter livskvalitet og livssituasjon høyere enn symptombedring (Slade, 2015; Borg og Topor, 2007; Helsedirektoratet, 2011).

En måte å innhente erfaringene er ved å intervju pasientene ved utskrivelse (Statens helsetilsyn 2001). Rutinen med å intervju våre pasienter ved utskrivelse samt resultatet av denne studien kan også forstås som brukermedvirkning i den forstand at hensikten er å øke kunnskapen, og bidra til refleksjon og læring om hva om faktisk hjelp. (Storm, 2009). Fortrinnsvis hos meg selv, dernest mine kollegaer. En slik bevisstgjøring kan være med på å danne en kultur der brukermedvirkning har en grunnleggende verdi (Storm, 2009). Dette vil også være en kultur hvor brukerne sikres en stemme i den daglige driften (Storm, 2009), og vil slik sett kunne være et skritt på veien.

### 1.1.3 Brukermedvirkning ved åpen akuttseksjon

Bakgrunnen for denne studien er at det i flere år er gjennomført strukturerte intervjuer knyttet til pasienterfaringer ved åpen akuttseksjon, avdeling Blakstad. Intervjuet er en del av seksjonens utskrivingsrutine. De standardiserte intervjueskjemaene er utarbeidet ved SINTEF i 2001, og har to åpne spørsmål som avslutter hvert intervju. Her blir pasientene spurt om hva de var minst og mest fornøyd med under oppholdet på avdelingen. Det er de skriftlige svarene på disse åpne spørsmålene som danner datamaterialet i denne studien. Intervjuene som er foretatt i 2012 og 2013 utgjør således det fullstendige materialet. Disse to årene representerer ro og stabilitet i seksjonen forut for en stor omorganisering som ble gjennomført i 2014.

En systematisk oversikt i Cochrane library (2012) har oppsummert evalueringer av kvalitetsforbedringsmetoder. Forfatterne konkluderer med at ”feedback” til personalet på egen praksis ”generally leads to small but potentially important improvements in professional practice” (Ivers, Jamtvedt & Flottorp, 2012, side 2).

Slik sett mener jeg at disse intervjuene er et unikt materiale godt egnet til å nettopp kartlegge det pasienten har erfart og er opptatt av.

Mitt ønske for denne studien er således å bruke informasjonen pasientene forteller i intervjuet ved utskrivelsestidspunktet. Dette vil jeg gjøre ved å knytte teori opp mot det som fremkommer i intervjumaterialet. Vi må være sensitive for det pasientene formidler ved å høre på det de sier, ta det på alvor, og gjøre noe med eventuelle mangler de påpeker. I denne studien er det like viktig å påpeke det pasientene er fornøyd med. Ved å systematisere denne kunnskapen, forsøke å se trender og utvikling, kan denne masteroppgaven bidra til en ytterligere forståelse av hva som kan være til hjelp for pasienter som er innlagt i en psykiatrisk avdeling.

## 1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å beskrive faktorene som har betydning for pasienttilfredsheten ved en psykiatrisk døgnsesjon.

Jeg ønsker å presentere beskrivelser med særlig vekt på andre kategorier enn det de faste spørsmålene i intervjuguiden gir svar på. Ved å analysere utsagnene i hvert intervju håper jeg at det vil vise seg nye områder og viktige faktorer som har betydning, og som vil tilføre ny innsikt i hva som kan være viktig under en innleggelse.

Denne studien vil kunne bidra med ny og viktig systematisert kunnskap og forståelse for hva det innebærer å være innlagt i denne psykiatriske seksjonen.

Problemstillingen er som følger:

Hvilke faktorer er betydningsfulle for pasienttilfredshet ved opphold i en psykiatrisk døgnsesksjon.

Problemstillingen konkretiseres med følgende forskningsspørsmål:

- Hva er pasienter innlagt i en psykiatrisk døgnsesksjon mest fornøyd med under oppholdet?
- Hva er pasienter innlagt i en psykiatrisk døgnsesksjon minst fornøyd med under oppholdet?

### 1.3 Begrepsavklaringer

#### *Psykisk helsevern*

Psykisk helsevern kan defineres slik: ”I nært samarbeid med det kommunale tjenesteapparatet skal spesialisthelsetjenesten gi spesialisert helsehjelp til mennesker med psykiske lidelser. Tjenesten skal legge mestrings- og brukerperspektivet til grunn og bidra til bedre levekår for mennesker med psykiske lidelser (Regjeringen.no, 2015).

Menneskene som omtales i denne studien er innlagt i en spesifikk psykiatrisk døgnsesksjon i spesialisthelsetjenesten. Innleggelsene er både frivillige og på tvang. Korte og lengre opphold. Sykehusavdelinger innen spesialisthelsetjenesten ivaretar funksjoner som krever høy kompetanse til å ivareta pasienter med komplekse tilstander (Helsedirektoratet.no, 2015).

#### *Psykiatrisk døgnsesksjon*

Begrepene “avdeling” og “seksjon” brukes om hverandre. Dette skyldes for en stor del at mye litteratur bruker begrepet avdeling, det samme gjør intervjuprotokollen (Statens helsetilsyn, utredningsserien 6:2001). I hverdagen er det imidlertid begrepet seksjon som gjelder. «Avdeling» referer til et stort system innen psykisk helse og rus i spesialisthelsetjenesten, for meg avdeling Blakstad. Avdelingen har vært gjennom mange omorganiseringer i årenes løp. I løpet av disse omorganiseringene har enhetene ved sykehuset skiftet navn flere ganger. Da intervjuene ble foretatt het seksjonen *Åpen akuttseksjon*. Fra 2014- *Akuttseksjon C*.

#### *Psykiske lidelser*

Hummelvoll (2012) hevder at «psykiske lidelser må forstås som helsehindre som mennesket søker å løse, tilpasse, eller forsone seg med». Slik jeg ser det dekker denne definisjonen

mangfoldet av nyanser vi møter i vår hverdag. Pasientenes ønsker og behov er svært forskjellige. Pasientene som er intervjuet i løpet av to år i denne studien, representerer disse nyansene. I denne studien er det ikke viktig hva pasienten ”feiler”. Kriteriene for innleggelse skiller ikke på diagnoser, det gjør heller ikke intervjuprotokollen som er brukt (Statens helsetilsyn, 2001). Årsaken til positive og negative svar er det heller ikke spekulert i. Dette omtales imidlertid i kapittelet der studiens styrker og svakheter omtales. Litteraturen viser for eksempel til at personlighetsproblematikk har en tendens til å være mindre fornøyd enn andre (Horn & Martinsen, 2007; Längle, Baum, Wollinger, Renner, Uren, Schwärzler & Eschweiler, 2003). Pasientene intervjues ved utskrivelse uavhengig av diagnose og «dagsform».

### *Pasient og bruker*

Begrepe ”pasient” og ”bruker” omtales også om hverandre. Her har jeg en pragmatisk tilnærming til begrepene og bruker disse som synonymer. Pasienter innlagt i psykisk helsevern omtales i vår dagligtale som pasienter. Mye litteratur omtaler mennesket som mottar tjenestene som *bruker*, og ikke *pasient*. I Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2013) brukes også begge begrepene. Her brukes begrepene slik underveis i retningslinjene: *Pasienten/brukeren*. Begrepet *bruker* gjenspeiler en endring fra en passiv, autoritetstro pasientrolle til en aktivt medvirkende person med definerte rettigheter og krav (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006; Ulvestad et al, 2012). Imidlertid er det slik at pasienters rett til å bli hørt, og til å være deltagende i egen behandling er hjemlet i *pasient-* og *brukerrettighetsloven* §3-1. *Pårørende* er også definert som en *bruker* med rettigheter til informasjon i § 3-3. Denne loven regulerer forholdet mellom pasient og helsevesen og setter *pasienten* i fokus. En annen lov som regulerer brukermedvirkning er *psykisk helsevernloven*. Her brukes også *pasient* og *bruker* om hverandre. Denne loven fastsetter blant annet retten til *brukermedvirkning*, men tar utgangspunkt i *pasientenes* behov og respekten for menneskeverdet (Psykisk helsevernloven, § 6-2).

I funnkapittelet bruker jeg konsekvent begrepet *informant*. Ellers i studien bruker jeg begrepene *informant* og *pasient* om hverandre. Dette gjør jeg hovedsakelig for å gjøre det hele mer leservennlig.

## 1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er bygget opp på følgende måte. Først gis en innføring i studiens bakgrunn, hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål. Deretter presenteres aktuell forskning, litteratur og relevant teori. Psykisk helsearbeid, brukermedvirkning og bedringsprosesser presenteres spesielt. I metodekapittelet presenteres det vitenskapelige perspektivet, valg av design og metode. Her kommer også refleksjoner rundt oppgavens begrensninger samt etiske problemstillinger. I kapittel fire presenteres resultatene, og pasientenes beskrivelser drøftes opp mot relevant teori i kapittel fem, diskusjon.



## 2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapitlet vil jeg utdype de teoretiske perspektivene som ligger til grunn for studien. Først vil jeg gjøre rede for søkestrategien og relevant forskning. Deretter presenterer jeg min teoretiske forståelse av kunnskapsbasert praksis, psykisk helsearbeid samt hva begrepene brukermedvirkning og recovery/bedringsprosesser innebærer. Jeg vil også si noe om brukerundersøkelser generelt, samt «intervjuprotokollen» slik jeg opplever den som et supplement til disse.

### 2.1 Litteratursøk

For å få oversikt over tidligere forskning og aktuell litteratur har jeg anvendt det jeg anser som sentrale begreper i denne oppgaven. Det er gjort systematiske litteratursøk som ble foretatt i databasene Svemed+, Cinahl, Embase og psychInfo. Jeg startet søket i den svenske databasen svemed+, som muliggjør søk på norsk for å finne relevante engelske emneord (Mesh-ord).

Søket i Svemed gav mange relevante Mesh ord. Patient, inpatient psychiatry, mental health disorder, psychiatry emergency services, consumer participation, consumer satisfaction, quality of healthcare, outcome assessment, relations, patient experience og survey. Disse ble brukt i forskjellige kombinasjoner Engelsk/Norsk med blant annet de følgende: Psychiatric patient, patient, care, psychiatric care, mentally ill, mental, adult, milieu, ward atmosphere, user experience, acute care, psychiatric treatment, psychiatric nursing, treatment outcome og improvement factors.

Søket ble avgrenset til perioden år 2000 – d.d. da dette gjenspeiler en periode hvor brukermedvirkning og pasienttilfredshet har vært spesielt på dagsordenen.

Underveis i søket brukte jeg funksjonene «related articles», og i tillegg var jeg ute etter «reviewed» articles , det vil si fagfellevurderte artikler samt systematiske oversikter.

Jeg har benyttet meg av bibliotekartjenester ved HBV samt fagbiblioteket i Vestre Viken. I tillegg ”Helsebiblioteket” som er en omfattende nettressurs med tilgang til mye av fagfeltet.

Jeg har gjennomgått referanselister på aktuelle artikler fortløpende. Med utgangspunkt i det jeg anser som relevante artikler samt generell faglitteratur har jeg gjort søk direkte knyttet til referansene i disse. På denne måten har jeg funnet aktuell litteratur samt stortingsmeldinger, veiledere og rapporter. Noen artikler har jeg referert til i denne studien, mens andre kun har bidratt til en generell bakgrunnskunnskap. Noe litteratur er også av eldre dato. Den er allikevel tatt med i denne oppgaven da den henvises til i nyere litteratur.

En god del litteratur har jeg funnet frem til uten systematiske søk. Denne litteraturen stammer fra faglige diskusjoner i seksjonen samt prosjekter jeg har hørt om via andre. Noe av den omfattende forskningen ved HBV er inkludert i denne studien, som for eksempel «recovery» forskningen.

Første litteratursøk ble utført i juni 2013 og siste i januar 2015. Dette gjelder de målrettede søkene i store databaser. Imidlertid har jeg gjort mye enkeltsøk underveis for å holde meg oppdatert på feltet.

I tillegg har jeg flere abonnementer på e – post fra det jeg regner som anerkjente forskningsleverandører innen fagfeltet psykisk helsearbeid for eksempel ”PsykNytt” og ”BMJ journals” samt et abonnement på tidsskriftet «psykisk helsearbeid».

Et nytt og endelig litteratursøk ble foretatt i april 2015 for å kartlegge ny litteratur på området. PasOpp rapporten innen psykisk helsevern kom i januar 2015. I denne samt tidligere PasOpp rapporter fikk jeg tips om undersøkelser fra sentrale miljøer innenfor brukerefaringsfeltet som Picker og CAHPS.

Noen studier presenteres mer detaljert enn andre. Dette fordi jeg anser disse som mer sentrale i denne studien.

## 2.2 Tidligere forskning om pasienttilfredshet

I dette kapittelet vil jeg presentere ulike studier som synes å være relevante når temaet om pasienttilfredshet under en innleggelse i psykiatrisk sykehus skal belyses. Studiene jeg har valgt å presentere innbefatter både norsk og utenlandsk forskning, og representerer det jeg

10

anser som trender i forskning om brukertilfredshet. For eksempel er *bruker spør bruker* undersøkelser en vel ansett metode for å innhente pasientenes egen erfaring med behandlingen de får. Tanken er at disse undersøkelsene får ærligere, og mer relevante svar (Helsedirektoratet, 2011). Flere av de følgende studiene i litteraturgjennomgangen er utført av brukere.

Studier med et *bruker spør bruker* fokus vektlegger faktorer som betydningen av gode holdninger og bekreftelse fra personalet samt *kontinuitet* og *tilgjengelighet* til behandlingen (Gilbert, Ross & Slade, 2008, Svennson & Hansson, 2008). Å bli møtt med *respekt* nevnes som viktig i flere artikler, men det etterlyses forskning om hva begrepet innebærer (Gilbert, Rose & Slade, 2008; Steinsbekk, Westerlund, Bjørgen & Rise, 2013). Det samme gjelder betydningen av *medpasienter, aktiviteter og det sosiale miljøet* i avdelingen (Steinsbekk et.al, 2013; Thomas, Shattell & Martin, 2002; Borge & Fagermoen, 2009). Andre faktorer som fremheves i litteraturen er *gode, estetisk vakre omgivelser, pent interiør og kunst* (Vaaler, Morken & Linaker, 2005; Kolstad, 2007; Bergsland, 2008; Hammerstrøm & Bjørndal, 2007). Vaaler et.al fant også at *voldelighet og vandalisme* kan reduseres på en skjermet enhet når omgivelsene er mer hjemlige enn tradisjonelle sykehusomgivelser (Vaaler et.al, 2005).

I Norge bygger Borg og Topor (2007) sin studie på intervjuer av femten personer med erfaringer som psykiatrisk pasient. Hensikten med studien var å finne brukernes egne erfaringer av hva som hjalp dem mot bedring. Forfatterne påpeker at det ikke er ensidige svar som peker i en bestemt retning, men snarere en erfaringsrikdom som utfordrer alle smale behandlingsprogrammer eller rigide retningslinjer på hva som er rett behandling. Den mest virkningsfulle hjelpen er ikke alltid den behandlerne tror. Hovedfunnet dreier seg om den gjensidige relasjonens helsefremmende kraft. Det innebærer at symptomene betraktes som et uttrykk for prøvelser og ubalanse i en livssituasjon, og ikke som en sykdom som tilhører den patologiske verden. Informantene viser til viktigheten av å bli sett, hørt og behandlet som en venn. Det gav dem opplevelsen av å være utvalgt og spesiell. At den profesjonelle tok initiativ til kontakt, uten å være tvunget av rutinene eller av at pasienten oppførte seg upassende, fremkom som vesentlig. Å være en bidragende part var viktig for pasientens bedring.

Duggins og Shaw (2006) intervjuet ti personer i England som hadde en scizofrenidiagnose. Intervjuene ble gjennomført etter utskrivning fra døgnpust for å undersøke begrepet

”pasienttilfredshet”. De gjennomførte kvalitative intervjuer og identifiserte to overordnede temaer som organiserte flere deltemaer: Interne og eksterne faktorer. Eksterne faktorer handlet om frykt for utrygghet og frykt for vold, kommunikasjonen med personalet, autonomi (eventuelt mangel på) og rutinene i avdelingen. Interne faktorer handlet om brukernes begreper om og for psykisk helse. Disse begrepene ble vurdert til å være best når de stemte overens med personalets begreper og deres forventninger til tjenestetilbudet, Når pasientene ikke forventet seg noe kunne tilfredsheten bli høyere nettopp fordi de ikke forventet noe (Duggins & Shaw, 2006).

I en svensk studie tok Svensson & Hansson (2006) utgangspunkt i at kvalitative undersøkelser om brukernes erfaring med tjenester i psykisk helse bør utføres av brukere og ikke fagpersoner som intervjuere. De mener at høy tilfredshet på tradisjonelle (kvantitative og kvalitative) brukerundersøkelser kan henge sammen med en kunstig høy tilfredshet fra brukerens side når det er fagpersoner som står for intervjuingen. De brukte også tidligere brukere når de skulle intervju 227 brukere av psykisk helsevern for å identifisere deres erfaringer med tilbudene. Brukerne ble bedt om å beskrive det de satte mest og minst pris på ved behandlingen de hadde mottatt. I tillegg ble de spurt om hva de hadde ønsket å endre. Resultatet her var at det pasientene satte mest pris på var gode holdninger og bekreftelse fra personalet, kontinuitet og tilgjengelighet i behandlingen, samt tilfredshet med spesifikke momenter som strukturert behandlingsplan, bruk av riktige medisiner og bruken av psykoterapeutiske metoder. Det som ble satt minst pris på var utilgjengelige tjenester/lange ventelister, lite samarbeid mellom forskjellig personale, for lite informasjon, manglende kontinuitet, og fokus på medisiner i behandlingen. Beskrivelsene av hva pasientene ønsket å endre handlet om de foregående punktene.

Gilbert, Rose og Slade (2008) fremhevet også at det ikke nødvendigvis er slik at de temaene som klinikere og forskere vurderer som viktige, ville bli tilsvarende vurdert av brukere. Gilbert et.al (2008) gjennomførte derfor en åpen kvalitativ dybdeundersøkelse der brukerne sto for intervjuene. Her identifiserte forfatterne åtte sentrale temaer i brukererfaringene. De åtte temaene ble inndelt i emosjonelle og relasjonelle forhold.

- De relasjonelle forholdene handlet om kommunikasjon (lytte, snakke, forstå), tvangsbruk, trygghet, tillit og kulturell sensitivitet/kompetanse.
- Behandlingen ble fremhevet– både medikamentelt og psykoterapeutisk.

- Frihet ble også fremhevet. Dette handlet om fysisk frihet, psykisk frihet i forhold til fravær av tvang, og tilstedeværelse av trygghet.
- Strukturelle og fysiske forhold i sykehuset/miljøet.

Kogstad, Hummellvoll og Eriksson (2009) mottok svar fra 492 brukere som de analyserte med kvalitativ innholdsanalyse. Forfatterne etablerte fire kategorier som enkeltsvarene kunne plasseres innenfor. De fant at brukernes svar kunne analyseres langs to dimensjoner: Graden av behandlingsallianse, og graden av en psykososial orientering der behandlernes erfaring med psykososial, kontekstuell behandling ble vurdert å være viktig.

Positive erfaringer med medisinsk – instrumentell behandling handlet om å få «riktige» medisiner som hjelper, opplevelsen av å få diagnosen som en lettelse (forklaring på ens lidelse), opplevelsen av at tilbudet er lett tilgjengelig samt å få medisinsk hjelp innenfor en relasjon preget av allianse og med fokus på en selv. De negative erfaringene handlet om opplevelsen av å bli avvist, opplevelsen av at behandlingen er slitsom, disrespekt og trusler mot ens integritet. I tillegg handlet det om mangel på dialog og relasjon til behandler, tvungen medisiner, og oppfatninger fra behandler som indikerer stigmatisering/ marginalisering .

De positive erfaringene med psykososial/ kontekstuell behandling handlet om å jobbe gjennom traumer, ha en opplevelse av samhørighet, sosial og økonomisk støtte, tillit, håp, kommunikasjon samt behandlers forståelse av konteksten. Opplevelsen av avvisning og negative erfaringene ble koblet til dårlig kommunikasjon, manglende anerkjennelse av personens egne synspunkter, avvisning av ens problemer og dilemmaer samt uetisk adferd.

For Borge og Fagermoen (2008) var forskningsfokuset pasientenes egne erfaringer knyttet til bedringsprosessen. De fant at pasientenes helhet og egenverd i tid og rom var avgjørende for bedringsprosesser. Helheten dreier seg om en kombinasjon av fagkyndig personale, trygg atmosfære og estetiske kvaliteter med stedet, som til sammen bidro til en opplevelse av å være verdifull og normal. Samvær med andre pasienter og personal ble oppfattet som terapeutisk og av betydning for deres bedring, og de mente det var like viktig å delta i miljøet som på individuelle behandlingstimer. Studien argumenterer for at sykehusbehandling har en verdi i seg selv blant annet ved å «være hjemmefra». Tidsperspektivet ble også vektlagt, der det å være innlagt over tid var avgjørende for den terapeutiske prosessen.

Vatne (2006) tok for seg miljøterapi innen psykisk helsevern, og hvordan man kan utøve grensesetting i spesialist- og primærhelsetjenesten. Studien fant at det er to ulike perspektiver på grensesetting mellom pasienten og personalet; et korrigerende og et anerkjennende perspektiv. Det anerkjennende perspektivet handler om samarbeid og dialog, og om å bekrefte pasienten som individ. I dette perspektivet er også brukermedvirkning sentralt. Det å bekrefte eller å anerkjenne pasienten er vesentlig for å kunne opprettholde en god og likeverdig relasjon, men Vatne fant at det anerkjennende perspektivet var svakt utviklet hos sykepleierne hun studerte. Det korrigerende perspektivet dreier seg om å få kontroll på pasientens adferd, og er i liten grad knyttet til samarbeid og likeverdighet. Det handler om korrigering av uønsket og avvikende adferd gjennom grensesetting og kontroll. Et slikt korrigerende perspektiv syntes ikke å medføre utvikling eller bedring av pasientens lidelse (Vatne, 2012).

Kjøllesdal & Iversen (2014) gjennomførte en landsdekkende undersøkelse høsten 2014 om pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern i Norge (PasOpp rapport nr. 9). Undersøkelsen ble gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som et hasteoppdrag for Helsedirektoratet (Kjøllesdal & Iversen, 2014).

Det vanlige er at PasOpp undersøkelsene gjennomføres etter utskrivelse som rene kvantitative prosjekter der en har avkrysningsalternativer. I denne undersøkelsen ble datainnsamlingsmetoden endret til å også omfatte fritekstkommentarer, og undersøkelsen ble gjennomført mens pasientene fremdeles var innlagt (Kjøllesdal & Iversen, 2014). Fritekstkommentarene supplerte og utdypet det kvantitative resultatet, og forbedringsområdene ble på denne måten mer konkretisert. Konklusjonen var at brukerne mener at psykisk helsevern kan bli bedre, og at det er forbedringspotensial på flere områder (Kjøllesdal & Iversen, 2014).

De kvantitative resultatene viste at pasientene har gode erfaringer med mottagelsen samt å føle seg trygge ved institusjonen. Resultatene viste at det er forbedringspotensial spesielt i forhold til samarbeid med pårørende, forberedelse på tiden etter utskrivelse, innflytelse på behandlingsopplegget og medisineringsinformasjon, informasjon om psykiske plager/diagnose, informasjon om alle behandlingsmulighetene som finnes, hjelp til å forstå og mestre psykiske plager og diagnose, hjelp til å få en tro på et bedre liv, utbyttet av behandlingen,

tilfredsstillende hjelp fra kommunen samt hjelp fra andre helsetjenester (Kjøllesdal & Iversen, 2014). Pasientene ble så spurt om hva de vurderte som «aller viktigst, nest, tredje, fjerde og femte viktigst» under oppholdet på institusjonen (Kjøllesdal & Iversen, 2014, side 6).

Fritekstkommentarene viste at selve behandlingen eller tilbudet ble hyppigst omtalt. Deretter er det miljø og aktiviteter, relasjonen til de ansatte, å bli frisk eller bedre- og å takle livet eller å få et bedre liv. Andre viktige områder er egen innsikt og mestring, struktur, stabilisering og pårørende.

Verdien i å benytte intervjuene til å undersøke pasienttilfredshet i en avdeling underbygges slik jeg ser det av at Kunnskapssenteret i 2014 anså det som hensiktsmessig å inkludere fritekstkommentarer innenfor psykisk helse. Dette gjorde de ved å intervjuer pasientene før utskrivelse for å øke svarprosenten etter undersøkelsen som ble gjennomført for om lag et år siden (Kjøllesdal & Iversen, 2014). Noen år tidligere gjennomgikk forskere i Danmark 24 studier om pasienttilfredshet. De gjennomgikk ni metodetrianglerende studier, og 15 studier som anvendte supplerende åpne spørsmål. Forskerne oppsummerte også med at det er svært nyttig i tilfredshetsundersøkelser å kombinere lukkede svaralternativer med åpne spørsmål (Riiskjær, Ammentorp & Kofoed, 2011).

Biering & Jensen (2010) gjennomførte en litteraturstudie av tidligere forskning på temaer vektlagt av ungdom i vurderinger av behandlingstilbudet innen psykisk helsevern. De inkluderte åtte studier og fant tre universelle komponenter som ble knyttet til tilfredshet med tilbudet. Relasjonen til behandlings og miljøpersonalet. Kommunikasjon, aksept og forståelse, empati og vennlighet, lytte og gi oppmerksomhet og en ikke- dømmende holdning, personalets kompetanse, å bli behandlet som et autonomt individ og deltagelse i egen behandling. Utfallet av egen behandling: Særlig knyttet til positive endringer i tanker, følelser, adferd og generell utvikling. Positive endringer i relasjonen til andre mennesker og økt selvstendighet. Omgivelsene/miljøet og organisering: tilgjengelighet, kostnader og grad av papirarbeid. Deretter gjennomførte de en kvalitativ undersøkelse av ungdommer i spesialisthelsetjenesten (Biering & Jensen, 2010). De fant at tilfredshet/misnøye med tjenesten handlet om: Trygt sted, isolering fra omverdenen, aktivitet, tøff kjærlighet og disiplin, solidaritet med andre, å bli behandlet som en person og ikke pasient, selv- uttrykk, hensyntagen og omsorg ved sårbarhet. Tilfredshet med behandling utfallet ble særlig knyttet til personlig utvikling, styrking/heling av selvet og bedrede familierelasjoner.

Kunnskapssenteret gjennomførte i 2012 en litteraturgjennomgang om i hvilken grad data fra brukererfaringsundersøkelser brukes i lokalt kvalitetsarbeid. Hovedfunn i denne var blant annet at det er behov for mer, bedre og standardisert forskning om bruk av slike data og mer forskning på interaksjonen mellom kontekstuelle faktorer og bruk av data. Muligheten til å presentere resultater på et lavest mulig nivå er et gjennomgangstema i litteraturen. I rapporten fra kunnskapssenteret hevdes det videre at det er lite studier om bruken av brukererfaringsundersøkelser i psykisk helsevern (Kunnskapssenteret, 2012; Malterud, 2012).

### 2.3. Psykisk helsearbeid

Rammen for denne studien er psykisk helsearbeid. I dette begrepet ligger at helsetjenesten ikke utelukkende skal knyttes til den medisinske spesialiteten psykiatri som tidligere sto sentralt (Bøe & Thomassen, 2013). Psykisk helsearbeid handler om å se og forstå mennesket i en psykososial sammenheng, hvor en også tar hensyn til biologiske forhold. Et sentralt moment er at alle mennesker er unike individer med ressurser og muligheter (Almvik & Borge, 2000, side 10).

Karlsson (2004) reflekterer rundt begrepet psykisk helsearbeid (i Bøe & Thomassen, 2013), og kaller det en utvidelse av perspektiver ved at innholdet i tjenestene utvides og endres. En viktig del av dette er en åpenhet for brukerperspektivet og for at den erfaringskunnskapen brukeren har, må innlemmes som grunnlag for fag og praksisutvikling. Erfaringene og kunnskapene til mennesker med psykiske lidelser er en avgjørende ressurs for å skape gode tjenester og et bra psykisk helsearbeid (Bøe & Thomassen, side 35). Økt fokus på individuelle muligheter og ressurser medfører at den enkelte pasient må lyttes til.

Mot slutten av opptrappingsplanens periode (2008) sto denne definisjonen formulert i tidsskriftet for psykisk helsearbeid:

” Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i



samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø”. (Andersen et al., 2008, side 102).

I denne definisjonen inkluderer det psykiske helsearbeidet alle fagområder og grupper som bidrar i forhold til psykiske lidelser. Definisjonen rommer også perspektiver på hvordan folk kan bli bedre av psykiske helseproblemer (Borg & Topor, 2007) og påpeker nødvendigheten av brukerinnflytelse i behandlingssammenheng (Volden, 2010).

Jeg opplever at i denne definisjonen er ikke brukerens erfaringskunnskap fremhevet eksplisitt, men definisjonen kan knyttes til ulike teorier om hva som fremmer helse. Hummelvoll (2012) refererer til Lønning (1992) som sier at «helse er et menneskes evne til å mestre de påkjenninger livet gir (Hummelvoll, 2012, side 588). En tidlig definisjon på begrepet «helse» er at helse kan forstås som en «tilstand av fullstendig psykisk, fysisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykelighet og svakelighet» (WHO sin definisjon fra 1948). Denne definisjonen gir, slik jeg ser det et bilde på utviklingen som har vært innen helsetjenesten, og gir uttrykk for en idealtilstand som kanskje de færreste ønsker seg (Hummelvoll, 2012).

Larsen & Andersen (2011) hevder at definisjonen kan kritiseres for at den ikke klart nok vektlegger betydningen av de materielle omgivelsene som brukeren omgir seg med. De viser til den norske arkitekten Christian Norberg-Schulz stedsfenomenologi som viser hvordan mennesker og bygde steder (forstått som bygninger, rom og gjenstander) er uløselig forbundet. Når mennesker vet hvor de er, vet de også hvem de er (Larsen & Andersen, 2011).

Utviklingen har vært at økt fokus på individuelle ressurser og muligheter fordrer at det blir nødvendig å lytte mer til den enkelte bruker. En fokusflytting fra sykdom til helse innebærer en forståelse av den syke som mer enn bare syk. Helse kan forstås dithen at profesjonelle hjelpere ikke er sykdomsekspert, men fokuset flyttes fra profesjon til person. Det medmenneskelige aspektet forsterkes og likeverdigheten føyer seg naturlig inn når man forstår helse og uhelse som noe som angår alle. Dette innebærer en nysgjerrighet på

medmennesket, og målet kan være så mangt. En informant uttalte i denne studien at «jeg har blitt så bra som jeg kan bli ...», og sa seg på den måten fornøyd med oppholdet.

### 2.3.1 Sentrale begreper om brukermedvirkning

Sentralt i kvalitet-, og fagutvikling er at praksisen skal være kunnskapsbasert. Dette innebærer at de faglige avgjørelsene som tas skal være basert på en kombinasjon av den beste tilgjengelige forskningskunnskap, kliniske ekspertise og pasientenes ønsker og behov. Disse delene regnes som likeverdige (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2013). Grunnlaget for innhenting av kunnskap skal altså være likt fordelt mellom forskning, ekspertkunnskap og brukerkunnskap. Pasientenes erfaringskunnskap er således en viktig del av kunnskapsbasert praksis.

*Brukermedvirkning* innebærer at den enkelte skal ha innflytelse og være deltager i utformingen av den behandlingen eller de tiltak som gjelder ham eller henne (Bøe & Thomassen, 2013, side 25). I denne studien der målet er å kartlegge pasientenes erfaringer med oppholdet i en psykiatrisk døgnsesjon, anser jeg det som viktig å klargjøre min forståelse av begrepene, og således begrepenes betydning for hvordan pasientenes tilbakemelding kan forstås. Ord med prefikset «bruker» er sentralt i psykisk helsearbeid. Allikevel opplever mange at begrepene vi bruker fremstår uklare og vanskelige å enes om (Westerlund, 2012).

Kompleksiteten i hva som ligger i begrepene gjenspeiler seg i utgivelsen av heftet: «Mer enn bare ord? Ord og begreper i psykisk helsearbeid» (Westerlund, 2012). Hvordan vi definerer en «bruker» påvirker hvordan vi forstår personer som opplever psykiske helseproblemer, og som har behov for psykiske helsetjenester som følge av det (Westerlund, 2012).

*Brukerkunnskap* forstås som den erfaringskunnskapen en har om sitt eget liv, lidelse og møte med tjenestene (Westerlund, 2012). Om denne kunnskapen er tilgjengelig for tjenesten, avhenger av sterke brukerstemmer. Uten disse brukerstemmene vil kunnskapen være utilgjengelig i gjennomføring, organisering, forskning på, og evaluering av de offentlige tjenestene (Westerlund, 2012, side 15).

*Brukererfaring* er grunnlaget for å kunne utvikle kunnskap om hva det innebærer å leve med psykiske problemer. En taus kunnskap som har verdi i form av at personen som hevder å ha erfaringen har vært i situasjonen selv (Westerlund, 2012). Brukermedvirkning er å anerkjenne og respektere disse erfaringene.

*Kvalitet.* I Veileder IS-1162 fra Sosial- og helsedirektoratet defineres kvalitet på bakgrunn av Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000). Brukermedvirkning i helsetjenestene er et kvalitetsmål. Tjenestene regnes for å være av god kvalitet når de er; «virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet». Videre innebærer god kvalitet at ressursene fordeles på en god måte, og at tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Å involvere brukeren betyr at brukeren og pasienten blir sett og tatt på alvor. Systematisk innhenting av brukererfaringer er et viktig verktøy i så måte.

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess. I veilederen henvises det også til forskning (Committee on quality of Health care in America), som viser til at brukere som er aktive deltakere i beslutninger om eget liv og helse har bedre behandlingsresultater og fungerer bedre i hverdagen enn de som ikke er aktive (Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, 2005-2015).

## 2.4 Brukerundersøkelser I Norge

Det finnes ingen enkle og entydige svar på hvordan en pasienterfaringsundersøkelse bør gjennomføres. (SINTEF – måling av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet, side 8). Brukerundersøkelser eller tilfredshetsmålinger er et virkemiddel for å måle hvor tilfredse pasientene er med ulike offentlige tjenester (Kjøllesdal & Iversen, 2014).

I Norge er PasOpp undersøkelsene en vanlig måte å gjennomføre nasjonale brukererfaringsundersøkelser. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomfører disse undersøkelsene på oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet. I 2005 og 2014 ble det gjennomført slike undersøkelser innen psykisk helsevern.

Disse pasienterfaringsundersøkelsene har ofte lav svarprosent innen psykisk helsevern. (Dahle, Holmboe & Helgeland, 2006; Kjøllesdal & Iversen, 2014; Bjertnæs, Garrett &

Johannessen, 2006). En SINTEF rapport viser til at det er et spesielt stort frafall blant» de sykeste», de med størst funksjonssvikt og blant spesielle psykiatriske diagnoser, for eksempel rus. Ved sengeposter i psykisk helsevern er det en spesielt stor andel av disse pasientene. (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Innen psykisk helsearbeid er det i tillegg et problem at spørsmål som dreier seg om grader av tilfredshet, like gjerne kan fange opp pasientenes stemningsleie som hva de faktisk har opplevd i seksjonen. Et annet særegent forhold er at en del av pasientene er innlagt mot sin egen vilje, og dette kan selvfølgelig også påvirke pasientenes oppfatning av behandlingen de mottar. Representativiteten til disse brukerundersøkelsene blir «tvilsom» når mer enn halvparten av pasientene i utvalget ikke svarer (Bjertnæs, Garratt & Johannesen, 2006; Kjøllesdal & Iversen, 2014).

Den vanlige måten å gjennomføre disse undersøkelsene er å sende et spørreskjema hjem til pasientene etter utskrivelse. I 2005 ble undersøkelsen gjennomført ved at pasienten fikk tilsendt spørreskjemaet en til fire uker etter utskrivelse, med oppfølging i form av en purring etter fire uker. Undersøkelsen ble gjennomført med pasienter som ble utskrevet fra september til november (Dahle et al. 2006). Svarprosenten var på 35.

Med et mål om å øke svarprosenten fra PasOpp undersøkelsen i 2005 ble datainnsamlingsmetoden endret i forkant av undersøkelsen som ble foretatt innen psykisk helsevern for voksne høsten 2014. Her ble undersøkelsen organisert som en pilotundersøkelse hvor forskerne testet ut nye metoder for å måle erfaringer blant mennesker innlagt i psykisk helsevern. Blant annet ble noen av spørsmålene utformet som fritekstkommmentarer, og undersøkelsen ble gjennomført før utskrivelse. (Kjøllesdal & Iversen, 2014).

Fritekstkommmentarene ble vurdert til å ha verdi ved at de utdypet de kvantitative resultatene (Kjøllesdal & Iversen, 2014). Imidlertid ble undersøkelsen gjennomført på en spesifikk dato, noe som fanger opp pasientene på svært ulike steder i behandlingen. «Særlige menneskelige hensyn» (Kjøllesdal & Iversen, 2014) som et av kriteriene for å ikke delta i undersøkelsen indikerer det. Av 857 pasienter gjaldt dette 60 personer. I tillegg var 57 fraværende på institusjonen av ulike årsaker da undersøkelsen ble gjennomført. Svarprosenten denne gangen ble beregnet til 77.

## 2.5 Intervjuprotokollen

Intervjuet som er utgangspunktet for denne studien er utarbeidet ved SINTEF helse og heter ”Intervjuprotokoll om pasienterfaringer fra opphold i psykiatrisk avdeling” (Statens helsetilsyn, 2001). Intervjuet ble utviklet som en metode for kvalitetsforbedring på enhetsnivå, og er basert på intervjuer med egne pasienter. Denne studien er basert på disse intervjuene.

Intervjuene skiller seg fra tradisjonelle verktøy for registrering av pasienttilfredshet ved at det spørres etter konkrete erfaringer. Pasientene blir spurt om hva de har «opplevd», og ikke hva de ”synes” om tilbudet de har mottatt. Det blir lettere å få konkrete, og relevante svar (Statens helsetilsyn, 2001). Slik blir den primære hensikten ikke å sammenlikne seg med andre, men å få konkrete innspill fra egne pasienter om forhold i egen seksjon. Erfaringene innhentes og brukes altså i en enklere form enn de nasjonale brukerundersøkelsene.

I perioden 2002 – 2004 ble prosjektet *læringsnettverk i prosessforbedring* gjennomført ved flere avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Dette ble initiert som et kvalitetsutviklingsprosjekt, og var en metode til å få frem synspunkter og erfaringer vedrørende den behandlingen som ble gitt, for så å foreta forbedringer på områder det viste seg å være mulig (Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern, utredningsserien 5:2001). Dette var et systematisk arbeid hvor målet var å få til en god samordning av behandlingstilbudet samt gi pasienter og pårørende større innflytelse i tråd med offentlige føringer. Stiftelsen GRUK veiledet under prosessen (stiftelsen GRUK, gruppe for kvalitetsutvikling i sosial og helsetjenester, rapport nr 2, 2004).

Et aspekt i denne prosessforbedringen var å måle pasientenes tilfredshet for å finne forbedringsområder. (Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter er beskrevet av GRUK i Statens helsetilsyns utredningsserie 6:2001).

Dette prosjektet som sådan ble avsluttet ved sykehuset i 2004, men elementer av metoden er fortsatt i bruk. Blant annet i form av et intervju ved akuttseksjon C (tidligere Åpen akuttseksjon). Alle pasientene blir intervjuet ved utskrivelse.

Intervjuet handler om hvordan pasientene har opplevd behandlingen, og hvilke faktorer det er som har bidratt til bedring. Fordi dette intervjuet gjennomføres med de aller fleste pasientene ved utskrivning, er det totale antall tilbakemeldinger høyere enn ved PasOpp undersøkelsene.

Resultatet av intervjuene blir hovedsakelig brukt til evaluering og utvikling av egen intern praksis, og har blitt presentert enkeltvis. Som regel som en fortløpende tilbakemelding til personalet som jobber sammen med pasienten. Informasjonen brukes også i seminarer og gruppearbeid for å planlegge tiltak som fører til forbedring. For eksempel førte tilbakemelding om at det er for lite aktiviteter på kveldstid til at det ble startet opp med ettermiddagssamling og kreativ gruppe. Tilbakemelding om for lite praktisk informasjon førte til at det ble laget informasjonspermer som ligger på alle pasientrom.

Erfaringen er at dette er en god måte å sette pasienttilfredshet på dagsordenen. Det vekker interesse både hos ledere og medarbeidere. I tillegg utløser det gjerne gode diskusjoner og løsningsforslag på områder som påpekes av pasientene.

Intervjuprotokollen er utviklet etter et prinsipp som går ut på å bryte pasientenes forventninger ned til delområder, med utvalgte nøkkelspørsmål om konkrete hendelser som avspeiler om forventningene er oppfylt (Statens helsetilsyn, 2001). Svarene grupperes i følgende områder: *Respekt fra personalet, støtte fra personalet, sosialt miljø på avdelingen, medvirkning i egen behandling, informasjon til pasienten, planlegging ved utskrivelse, informasjon til pårørende og opplevd nytte av behandlingen*. Totalt er det 50 spørsmål.

I tillegg er det to åpne spørsmål med plass til supplerende kommentarer:

Hva var du minst fornøyd med under oppholdet på avdelingen?

Hva var du mest fornøyd med under oppholdet på avdelingen?

Pasientenes erfaringer blir registrert gjennom å stille spørsmål om i hvilken grad de kjenner seg fornøyd med tilbudet de får ved seksjonen. Det har vist seg at svarene blir mer nyanserte og presise dersom man spør pasientene om hvordan de har opplevd viktige hendelser, såkalte "Critical incidents" i behandlingsforløpet (Statens helsetilsyn, 2001). Dette er hendelser som gjenspeiler om pasientenes forventninger blir innfridd eller ikke. For eksempel stilles spørsmålet: "var personalet tilgjengelig når du trengte det?". Ved å spørre etter hva de

faktisk har opplevd, og ikke etter hva de synes får man mer konkrete svar og et bedre grunnlag for å finne relevante tiltak (Statens helsetilsyn, 2001).

I intervjuene har pasientene hatt mulighet til å spesifisere hva de mener har vært viktigst under oppholdet. Disse kommentarene tilfører en del kvalitativt utfyllende utsagn. Slik jeg ser det er disse kommentarene et unikt materiale godt egnet til å supplere og tydeliggjøre pasientenes opplevelse av en innleggelse.

Samtidig vil resultatene være påvirket av individuelle forskjeller i hvordan pasientene vurderer sine erfaringer. For eksempel vil informasjon om bivirkninger av medisiner kunne oppleves som tilstrekkelig av en pasient og ufullstendig av en annen.

I en oppsummering av *ulike metoder i brukerundersøkelser* (Malterud, 2012) hevdes det at en tilnærming med åpne spørsmål og kvalitativ tilnærming fikk et forbedringsutbytte ”som *var mye bedre enn forventet*”. Malterud skriver at resultatene ble konkret og praktisk rettet (Malterud, 2012) og hevder at denne metoden egner seg godt for praktisk kvalitetsarbeid. ”*Her var det mye råstoff for konkrete diskusjoner*”. Forfatteren hevder imidlertid at med et slikt design er det viktig å ha et nøkternt forhold til tall. Om en enkelt pasient har kommentert noe som ingen andre sier noe om, kan det likevel være betydningsfullt. Motsatt er det ikke sikkert at det mange har kommentert er verdt eller mulig å endre (Malterud, 2012).

Pasienter som er innlagt i spesialisthelsetjenesten vil ha varierende forutsetninger for å kunne delta i PasOpp undersøkelsene som i 2014 foregikk på en gitt dato over hele landet. Det blir tilfeldig om det er *tidlig*-, *underveis* i forløpet, eller *nære utskrivelsen*. Sett i lys av de økende antall brukerundersøkelser med varierende oppslutning ønsker jeg å undersøke om det er mulig å tilføre noe til disse undersøkelsene. Ved å gjennomføre intervjuene på utskrivelsesdagen (eventuelt overflyttingsdagen til DPS) fanger vi opp pasientene i slutten av et behandlingsforløp. De aller fleste pasientene våre har deltatt, mange har ”kommet seg” og er derfor kanskje bedre i stand til å gi en tilbakemelding på tilbudet de har mottatt.

Mer personlige innsamlingsmåter gir høyere svarprosent, særlig når pasientene intervjues som en personlig utskrivningsprosedyre. Svarene blir mer fullstendige, fordi eventuelle misforståelser omkring spørsmålene kan rettes opp av intervjueren. Samtidig kan man få flere

spontane kommentarer fra pasientene, som ofte inneholder verdifull tilleggsinformasjon (Utredningsserien 6:2001).

Mitt ønske er at denne introduksjonen har underbygget intervjuprotokollens relevans i forhold til å kartlegge hva pasientene er mest og minst fornøyd med. Det viktigste målet er å bidra til en kultur der brukermedvirkning er en del av vårt daglige arbeid.

## 2.6 Recovery – eller bedringsprosessen

Mennesker «kommer seg» etter alvorlige psykiske lidelser (Borg & Topor, 2007). Med eller uten hjelp. «Å komme seg» eller å «bli bedre» skiller seg fra helbredelse og rehabilitering ved at det er individets egeninnsats, ofte med hjelp fra andre, som fører til en endring. Fokuset er på bedringsprosesser, å bli «bra nok», heller enn helt frisk (NAPHA, 2013). Recovery er en forståelsesmodell og et forskningsområde som er unik på den måten at kunnskapen utvikles gjennom erfaringene til de det gjelder og ikke ved objektive medisinske størrelser som de profesjonelle tror er viktig (Ørstavik, 2008; Slade, 2015). Prosessen er individuell, og varierer fra person til person (Slade, 2015). Det viktige er hva personene selv mener er til hjelp (Borg & Topor, 2007). Både psykisk helsearbeid og recovery innebærer en vid forståelse av hva som er vårt menneskesyn, våre arbeidsoppgaver samt hvordan man forstår psykiske lidelser i en større sammenheng.

Det skilles ofte på klinisk og personlig recovery. Klinisk recovery er en ide som stammer fra fagfolk og som innebærer å fjerne symptomer, der målet er å komme tilbake til det «normale». Personlig recovery betyr noe annet. Det er noe som har vokst frem blant mennesker som har opplevd psykisk sykdom (Slade, 2015), og som ofte handler om å lære seg å leve med tilstanden og symptomene på en ny måte (Slade, 2015; Borg & Topor, 2007). Behandlingsfokus flyttes fra å være ”pasientsentrert” til å være ”personsentrert”, og fagpersoner må lytte til dette (NAPHA, 2012).

I Norge har Helsedirektoratet i veilederen «sammen om mestring» (2014) løftet frem «recovery» som et sentralt perspektiv som bør prege tjenestene fremover. Bedringen er således ikke avhengig av de ulike metodene de profesjonelle anvender (Borg & Topor, 2007). Å snakke om bedring på denne måten betyr at vi anerkjenner pasientens aktive medvirkning,



og er i tråd med målsetningen om at pasientene skal delta i egen behandling. Dette er slik sett en sentral del av verdigrunnlaget for praksisfeltet psykisk helsearbeid. Det som kreves av hjelperen er at vedkommende lytter til personens behov og følger hans egen prosess (Hummelvoll, 2012).

I veilederen «100 råd som fremmer recovery» er grunnlaget for en recovery-orientert måte å arbeide på tuftet på en overveielse av verdier. Verdiene skal være tydelig identifisert og bli brukt som grunnlag for daglig beslutningstaking. I dette ligger at verdiene er tydelige, å integrere dem i daglig praksis samt å skreddersy praksis ved bruk av systematiske tilbakemeldinger/feedback på praksisutøvelsen (side 25).

Vår oppgave er å støtte hver enkelt person på veien mot sin egen recovery. Denne veien er individuell, og en kan ikke hente opp svarene som ferdige maler i journalsystemet DIPS, eller i form av standardiserte behandlingsforløp. Det som hjelper den enkelte er ofte et mangfold av små og store hverdags ting som i liten grad løftes frem i lærebøker og forelesninger (Borg & Topor, 2007). Pasientene kan vurdere samme type behandling forskjellig, «fra positivt og avgjørende via virkningsløst og til direkte ødeleggende» (Nyttingnes refererer til Jensen (2004) i Ulvestad et.al (2007). Disse motsetningen tydeliggjøres også i intervjuene. Derfor må vi spørre hver enkelt om hva som hjalp. Dette er å arbeide på en recoveryorientert måte, og er i tråd med rutinen med å innhente pasientenes erfaringer ved utskrivelse.

## 3.0 DESIGN OG METODE

I dette kapitlet vil jeg tydeliggjøre veien frem til målet som er å beskrive pasientenes erfaringer og gjøre rede for mitt valg av vitenskapsteoretisk perspektiv, forskningsdesign og metode, rekruttering og utvalg samt analyse og forskningsetikk.

### 3.1 Forskningsdesign

En skisse eller plan for hvordan undersøkelsen kan legges opp kalles design (Thagaard, 2011), og metode betyr å følge en bestemt'' vei til målet'' (Johannesen, Tufte & Kristoffersen, 2010; Kvale og Brinkmann, 2009). I denne studien er forskningsdesignet gitt. Dette er en evalueringsstudie der dataene allerede er innhentet, og formålet er å beskrive og forstå (Halvorsen, 2012). En retning innen evaluering er brukerorientert, og samtale og kvalitative tilnærminger er sentrale metoder i en slik evaluering (Sverdrup, 2009, side 32). Jeg vil beskrive mangfoldet i utsagn om hva som er viktig for pasientene, og slik evaluere erfaringene.

Det finnes ingen spesifikk evalueringsdesign (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2011), men en evaluering kan gjennomføres ved hjelp av tverrsnittsundersøkelser. (Johannesen et al, 2011).

#### 3.1.1 Evaluering

Utgangspunktet for denne studien er evaluering av praksis, og kan sammenliknes med produktkontroll (Sverdrup, 2009; Olsson & Sörensen, 2011). Evaluering er noe som beskriver, vurderer og forklarer eksisterende forhold, utviklingsarbeider, måloppfyllelser og prosesser, og kan gjennomføres på de fleste områder og nivåer (Sverdrup, 2009; Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

En brukerorientert retning innen evaluering har et perspektiv der en ikke søker etter årsaksforklaringer (Sverdrup, 2009). Utgangspunktet er dataene, målet er å beskrive og analysere, og det er interessene til brukerne som skal ivaretas (Patton, 1990, ref. i Sverdrup, 2009). En slik evaluering er praktisk rettet, og målet er at kunnskapen skal tilbakeføres til

ulike brukergrupper (Sverdrup, 2009). Å evaluere egen praksis er en viktig del av utviklingen mot et kunnskapsbasert helsevesen (Nordtvedt et al, 2012; Sverdrup, 2009).

I noe litteratur skilles det på intern og ekstern audit (Nortvedt et al, 2012). Intern audit betegner et prosjekt som foregår ”i eget hus”, mens ekstern audit gjennomføres utenfra for eksempel av helsemyndighetene. Dette gjelder de nasjonale PasOpp- undersøkelsene der en måler brukererfaringer (Nortvedt et al, 2012, side 178). For at resultatene skal bli til å stole på er det viktig at utviklingsarbeidet blir gjennomført etter vanlig vitenskapelig metode (Olsson & Sørensen, 2011). Man driver med evalueringsforskning når slike undersøkelser blir systematisk utført gjennom empiriske datasamlinger og nøye analyse av resultatene på lik linje med annen forskning (Sverdrup, 2009, side 26).

### 3.1.2 Tverrsnittstudie

En tverrsnittstudie går ofte ut på å undersøke relasjonen mellom to eller flere variabler på et gitt tidspunkt (Halvorsen, 2012; Nortvedt et.al. 2011). Slik sett kan en tverrsnittstudie ofte ha en kvantitativ tilnærming.

Tverrsnittstudier er ikke egnet til å avdekke årsaksforhold, men sammenhenger som avdekkes kan bidra til å gjøre oss oppmerksomme på viktige forhold og problemstillinger (Nortvedt et al, 2012). Det sentrale ved tverrsnittstudier er at dataene refererer til samme tidspunkt, det vil si at man kan forstå en struktur, men ikke forstå prosesser. En kan benytte både primær- og sekundærdata, og studien kan være retrospektiv ved at man spør folk om noe som allerede har skjedd. Slike studier består av en sammensetning av flere ”øyeblikksbilder” (Halvorsen, 2012).

I denne studien er alle pasientene intervjuet på det samme tidspunktet i behandlingsforløpet i løpet av to år. Dette gir en stor mengde «øyeblikksbilder».

### 3.1.3 Gjenbruk av kvalitative data

I Norge har det vært liten tradisjon for bruk av sekundærdata i kvalitativ forskning, særlig for data en ikke selv har vært med på å innhente (Tjora, 2012). Et argument er at det har betydning

at dataene er autentiske, og at disse konstrueres i selve møtet mellom forsker og informant (Dalland, 2012; Tjora, 2012).

Det argumenteres imidlertid for at slik gjenbruk kan gjøres på en god måte. I Storbritannia er det opprettet et arkiv for arkivering og langtidslagring av kvalitative data til bruk for forskere, og det hevdes at dette etter hvert vil bli vanligere, også i Norge (Tjora, 2012).

Et argument for å benytte allerede produsert materiale, er at det handler om respekt at empirien som finnes benyttes så godt som mulig (Tjora, 2012). I all forskning har vi et ansvar for å redusere belastningen for de vi forsker på, og slik sett er gjenbruk av disse intervjuene en lite belastende måte å innhente pasientenes erfaringer, kanskje spesielt innen psykisk helsevern.

#### 3.1.4 Kvalitativt studiedesign

I forskning går det et skille mellom kvalitative og kvantitative tilnæringsmetoder. Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring, fenomenologi, og menneskelig fortolkning, som er den hermeneutiske tilnærmingen (Malterud, 2013, Kvale og Brinkmann, 2012). Ved bruk av en kvantitativ tilnærming kan man blant annet ved bruk av spørreundersøkelser nå ut til mange respondenter og gjøre det mulig å beskrive hyppighet og omfang av et fenomen (Johannesen et al. 2010; Thagaard, 2011). I en kvalitativ tilnærming er en vanlig måte å generere data på «å snakke med folk eller se på dem» (Tjora, 2013, side 213). En annen hovedgruppe av kvalitativ datagenerering er dokumentstudier hvor en i hovedsak bruker dokumenter som er produsert for et annet formål enn forskning (Tjora, 2013; Malterud, 2011), noe som er tilfellet i denne studien.

#### *Tekstanalyse.*

Datamaterialet i denne studien består av tekst og resultatene gis i form av kategorisering av meningsinnhold og sitater (Malterud, 2013, Kvale og Brinkmann, 2013). Med utgangspunkt i de allerede utførte intervjuene er målet å finne generelle mønstre (Johannesen et al, side 50). Studien er deskriptiv ved at målet er å beskrive pasientenes opplevelser og erfaringer, fortrinnsvis med beskrivelser som ikke omtales i de faste svaralternativene i intervjuguiden (Malterud, 2011).

Enkelte hevder at et slikt utgangspunkt i seg selv innebærer brukermedvirkning fordi en tar utgangspunkt i det pasientene selv sier (Duncan et al, 2012).

Intervjuene har hatt en praktisk nytteverdi i form av å evaluere egen praksis. Datamaterialet er basert på omlag 200 intervjuer. Det vanlige er at et slikt utvalg kjennetegner studier med en kvantitativ tilnærming (Thagaard, 2011).

I denne studien utgjør imidlertid de utfyllende kommentarene bakgrunnen for en kvalitativ tilnærming. Dette er et stort materiale noe som er uvanlig i en kvalitativ studie. Det vanlige er at en har mulighet til å gå i dybden på et mindre utvalg der utgangspunktet ofte er personlige intervjuer eller fokusgrupper (Thagaard, 2011). Dette er ikke tilfellet i denne studien.

### 3.2 Vitenskap teoretisk forankring.

I denne studien søker jeg etter deskriptive data som ikke lar seg tallfeste og velger derfor kvalitativ metode (Kvale & Brinkmann, 2012, Malterud, 2013, Olsson og Sørensen, 2013). Med utgangspunkt i de to åpne spørsmålene søker jeg pasientenes beskrivelser av hvilke faktorer som oppleves betydningsfulle for en innleggelse. Datamaterialet består av tekst, og resultatene gis i form av kategorisering av meningsinnhold og sitater (Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2013).

I en kvalitativ studie gjør forskeren bruk av både beskrivelser og tolkninger (Malterud, 2011). Denne studien er beskrivende ved at informantens stemme fremstår så lojalt som overhodet mulig, med minst mulig forstyrrelser forårsaket av denne forfatterens forforståelse og teoretiske referanseramme.

Formålet er å beskrive meningsinnholdet i utsagn utformet som korte tekstbiter. Med utgangspunkt i disse utsagnene ønsker jeg å finne særtrekk og mønstre knyttet til pasientenes beskrivelser av tilbudet de har mottatt (Malterud, 2011, Kvale & Brinkmann, 2012).

For å belyse pasientenes erfaringer og perspektiv har jeg derfor valgt å benytte meg av en fenomenologisk tilnærming som et vitenskapsteoretisk utgangspunkt i min analyse. Med et perspektiv der pasientenes beskrivelser av opplevelser og erfaring er grunnlaget for evalueringen av materialet. Dette er en retning der arbeidsmåten i tillegg kan beskrives som nøytral og fordomsfri (Olsson & Sørensen, 2013).

### 3.3 Metodologi

Studien søker å besvare hva pasienter innlagt i en psykiatrisk døgnsesjon er minst og mest fornøyd med etter oppholdet. Jeg ønsker å beskrive det som fremkommer, og deres valg av ord og uttrykk er viktig for dermed å få tilgang til deres erfaringer. Hensikten er å få kunnskap om hvordan en innleggelse kan oppleves.

#### 3.3.1 Fenomenologi

Fenomenologien søker å oppnå en dypere forståelse av meningen i enkeltpersoners erfaringer, og representerer en forståelsesform der disse erfaringene regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2011). Et grunnprinsipp i fenomenologien er at virkeligheten er slik mennesket selv oppfatter at den er, og ved å beskrive felles trekk ved pasientenes erfaringer har en grunnlag for å utvikle en generell forståelse (Thagaard, 2013; Olsson & Sørensen, 2013). Alle data og utsagn aksepteres uten å sette spørsmålstegn ved om det er sant eller riktig, og er i denne studien inkludert slik de fremstår i materialet (Malterud, 2011). Det som kommer frem av informasjon er det pasientene har valgt å dele i en gitt situasjon.

Med et fenomenologisk utgangspunkt holder jeg meg tett opp til det språket som er benyttet i intervjuene ved utformingen av kategorier og subkategorier (Malterud, 2011).

Som metodisk tilnærming krever et fenomenologisk perspektiv at en setter sin forforståelse i ”parentes”, og legger bort alle teorier, antagelser og forutsetninger en selv måtte ha. Det er ”stemmen” til pasientene som skal løftes frem. Tanken er at gjennom å sette forforståelsen til side har en mulighet til å ”lese” materialet på en åpen og forutsetningsløs måte. En fordomsfri beskrivelse er en forutsetning for å gjøre en tolkning som skal føre frem til ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2011).

#### 3.3.2 Forforståelse

En viktig forutsetning for å forstå hva pasientene har uttalt, er å klargjøre og være bevisst sine egne forforståelser. Forforståelse er den bagasjen jeg har med meg inn i forskningsprosjektet i

form av faglig perspektiv, hypoteser, erfaringer samt den teoretiske referanserammen som er utgangspunktet for prosjektet (Malterud, 2011).

Min forforståelse påvirker meg både bevisst og ubevisst. Jeg har blitt påvirket av kunnskap jeg har tilegnet meg gjennom teori og utdanning, arbeidserfaring og praksis. Derfor får mitt eget perspektiv og posisjon stor betydning for hva slags kunnskap som kommer frem. Andre som leter i det samme materialet vil kunne se teksten i et annet lys, og avdekke andre meninger (Malterud 2013; Kvale & Brinkmann, 2012). Målet er å se materialet så forutsetningsløst som mulig.

Ved å bruke direkte sitater fra intervjuene vil det bli lettere for leseren å sette seg inn i mine resultater (Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2014; Malterud, 2011). I tillegg kan det være en ressurs i forskningsprosessen dersom forforståelsen innebærer at forskerens ståsted og feltkunnskap gir spesielle forutsetninger for innsikt og forståelse (Malterud, 2011).

I snart femogtyve år har jeg jobbet med akuttpsykiatri innen psykisk helse og rus i Vestre Viken HF, hvorav fjorten på mitt nåværende arbeidssted. Hvordan jeg ser og oppfatter ting er farget av denne erfaringen. Jeg har forholdt meg til intervjuene som denne studien bygger på i lang tid, og har også utført dem selv i seksjonsleders fravær.

Jeg fullførte videreutdanning i psykisk helsearbeid våren 1999 ved HiBu. Første kull i den nye tverrfaglige videreutdanningen (PH1). Stortingsmelding 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet” var en sentral del av pensumet den gangen. Dette har også påvirket min forforståelse, spesielt i forhold til hvordan begrepene ”psykisk helsearbeid” og ”brukermedvirkning” kan forstås. I løpet av årene som har gått har jeg opparbeidet meg mye klinisk erfaring og kjennskap til feltet, noe som også åpenbart har farget mine vurderinger og måter å se ting på.

Mine funn i denne studien påvirkes av hvordan jeg oppfatter det viktige og uviktige. I løpet av dette prosjektet har jeg ønsket å arbeide systematisk med materialet for dermed å få en ny innsikt. Ved å analysere de åpne spørsmålene på en systematisk måte og sette min forforståelse i parentes ønsket jeg å oppdage noe nytt.

### 3.3.3 Å forske på eget felt

Jeg har forsket på data som er knyttet til egen arbeidsplass. I de opprinnelige rådataene var mange av mine kollegaer navngitt både positivt og negativt. Dette er fjernet. Men det er allikevel utfordrende å betrakte intervjuene som fremmed materiale (Thagaard, 2011) når en har det så nært sin egen arbeidshverdag. Det innebærer både fordeler og ulemper. Det er en fare for at jeg ikke klarer å holde den nødvendige distansen og overser variasjoner og nyanser i det som beskrives i intervjuene. I tillegg vil jeg kunne anta for mye. Samtidig argumenterer metodelitteraturen for at det gir meg et godt utgangspunkt til å forstå (Malterud, 2011; Thagaard, 2011).

Kvale og Brinkmann (2012) sier det slik at forskerens uavhengighet utfordres når en har tilknytning til feltet en forsker på. Man legger bevisst og ubevisst premissene for det en ser og forstår gjennom egen forforståelse. Dette påvirker min oppfatning av hva som kommer frem i intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2012; Aadland, 2011).

I dette arbeidet erfarte jeg at det var til stor hjelp for meg at dataene var anonyme. Jeg så ikke for meg ansikter, tidsperioder, spesielle hendelser eller andre minner å koble utsagnene til. Mine kollegaer var heller ikke gjenkjennelige for meg etter at analysen var godt i gang. Et unntak var der pasientene kommenterte helligdager/ferieperioder spesielt. Der kjenner jeg meg godt igjen. Spesielt i enkeltes erfaringer av at behandlingen blir satt på ”vent”.

## 3.4 Rekruttering, utvalg og gjennomføring av intervjuene

### 3.4.1 Rekruttering

Den vanlige fremgangsmåten i kvalitative studier er å velge deltagere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2013). I denne studien har ikke dette vært et bevisst valg. Deltagerne har gitt seg selv. Inklusjonskriteriene er alle pasienter innlagt i den aktuelle tidsperioden, uansett alder, kjønn og diagnose. Materialet er to årganger med intervjuer, og dette utgjør om lag 200 intervjuer i 2012 og 2013. Et såpass langt tidsrom ble valgt blant



annet for å få frem data og nyanser som kan endres over tid. For eksempel eventuelle årstidsvariasjoner, ferieavvikling, helligdager med mer.

Enkelte intervjuer er ekskludert på grunn av manglende eller svært korte kommentarer på de åpne spørsmålene. Såkalte «døde data» (Malterud, 2011). For eksempel svarene ”ingen ting” eller ”alt var bra” til spørsmålene om hva du var minst og mest fornøyd med. Jeg vil ikke drøfte årsaker til korte og ufullstendige svar i denne studien.

Pasientene våre er i aldersgruppen 18 år og oppover. Imidlertid har vi tidvis unge voksne som så vidt har passert 18 år. Jeg har derfor valgt å inkludere en studie om ungdom (Biering & Jensen, 2010). Jeg har imidlertid ikke kjennskap til om noen unge voksne er informanter i denne studien.

### 3.4.2 Utvalg

Det finnes en rekke måter å bestemme hvordan utvalget skal være (Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2012). I metodelitteraturen omtales en utvalgsstrategi som innebærer å samle inn data til det oppnås metning. Det vil si så lenge man får ny informasjon. Denne måten å begrense dataene på er kritisert. Et argument er at en ikke begrenser det til metning, men til et adekvat utvalg (Malterud, 2011). En skal ikke ha for mange og ikke for få. Analysen blir best når materialet inneholder rikelig stoff om det vi skal undersøke, gjerne med mange variasjoner, men samtidig ikke er mer omfattende enn at vi kan gjøre en forsvarlig analyse. (Malterud, 2011, side 61). Utvalget er tilfredsstillende når en kan presentere et troverdig resultatavsnitt uansett ”n=” eller ”metning”.

I denne oppgaven er samtlige intervjuer i løpet av en toårsperiode inkludert. Jeg anser dette for å være et adekvat utvalg som sikrer rikelige data fra intervjuer hvor enkelte har sparsomt med informasjon. Fordi mye av materialet er i stikkordsform eller korte setninger, har jeg inkludert mye for å sikre alle nyanser i svarene. For eksempel er utsagnet ”det er godt med ro” noe som gjentas flere ganger. I løpet av analysen kommer det for meg tydelig frem at dette både handler om ”ro” i betydningen behandlingsopplegget, ”ro” i betydningen stemning og atmosfære, og ”ro” i betydningen pause fra hverdagen.

Innholdet i dataene er varierende. I enkelte intervjuer er det svært korte svar, i andre er det noe lengre. Materialet er håndskrevet og kortfattet, nedskrevet av andre enn meg. Jeg har

ingen mulighet til å utforske hva pasienten egentlig mente, og har ikke adgang til ikke-språklig informasjon som gester og ansiktsuttrykk (Kvale & Brinkmann, 2012, side 160). I tillegg representerer dataene forskjellige opplevelser. Malterud (2011) sier at noen av de beste dataene representerer motsigelser og paradokser, og at dette er viktige sider ved «det levende liv». Det er når funnene ikke er entydige og opplagte, at risikoen for raske slutninger reduseres (Malterud, 2011).

### 3.4.3 Gjennomføring av intervjuene

Brukerundersøkelsen gjennomføres som et intervju hovedsakelig utført av seksjonsleder eventuelt stedfortreder. Dette gjøres for å sikre at intervjuene blir utført på noenlunde samme måte fra gang til gang. I tillegg tenker en seg at det å bli intervjuet av seksjonsleder gir en tilleggs dimensjon til opplevelsen av å bli hørt, sett og tatt på alvor, noe som er et viktig mål i behandlingen. Pasientene opplever at seksjonsleder involverer seg i pasientene og personalet, og erfaringen er at det i seg selv gir en god opplevelse av oppholdet. Slik jeg ser det tydeliggjøres dette ved følgende sitater” sjefen tar seg alltid tid”, og” hun tar imot alle som kommer”. Prosedyren tar om lag 30- 60 minutter, har som oftest form av en samtale, og gjennomføres alltid ved utskrivelsen.

Det er en innarbeidet rutine at” alle” intervjues, og det er bare unntaksvis at noen ikke deltar. For eksempel kan dette skje ved raske, ikke planlagte utskrivelser. Noen få ønsker heller ikke å delta. En kan tenke seg at for enkelte skyldes dette manglende tilfredshet med oppholdet. Dette finnes det ikke data på i denne studien.

Jeg kan ikke ta det for gitt at intervjuene er foretatt på en vitenskapelig måte jfr Kvale og Brinkman (2012) der det er mange ting som skal ivaretas underveis. Det jeg imidlertid forutsetter er at det legges til rette for en god stemning og ro. En atmosfære der det skal være rom for å si det man har på hjertet av både positive og negative kommentarer. For å sette det på spissen;” oss to” mot ”dem” der målet for seksjonsleder er å kartlegge ikke bare pasientenes tilfredshet, men også det arbeidet som personalet har gjort. Samtidig er det et moment at det er seksjonsleder som oftest har ført pennen. Meninger, ord og uttrykk kan være utelatt. Det er flere positive enn negative kommentarer i intervjuene, og dette tydeliggjøres spesielt i de intervjuene der plassen til å føre på negative kommentarer er tom.

De faste svaralternativene kan legge føringer for de åpne spørsmålene til slutt ved at temaene i de faste svaralternativene setter en på et visst spor med hensyn til svarene. I verste fall fungerer disse som en selvoppfyllende profeti som en bruker til å bekrefte sin forforståelse. (Malterud, 2011, side 193). I denne studien tar jeg det for gitt at intervjuer underveis har notert essensen i det som blir sagt, men mye av meningsinnholdet kan allikevel forsvinne på denne måten. Målet med intervjuene har dog vært det samme som i denne oppgaven; Å få et innblikk i hva som har vært til hjelp.

Rådataene er skrevet ned direkte og ordrett fra intervjuene. Ofte nevnes personalet med navn. Disse er byttet ut med ... (navngitt personale) i rådataene. Eventuelt behandler, kontakt. Det er ikke tatt høyde for spesielle forhold. For eksempel ferieavvikling eller utskiftning av personale. Pasientene som ikke har deltatt kunne kanskje ha svart annerledes, eller skilt seg ut på andre måter. Noen pasienter er ekstra fornøyde eller ekstra misfornøyde, rett og slett fordi det ligger i problematikkens natur (Helsedirektoratet, 2011). Enkelte har svært korte, andre har lengre opphold.

### 3.5 Analyse

Analyseprosessen bør være gjennomiktig og lett å forstå, slik at andre kan følge den veien man har gått, anerkjenne systematikken underveis samt bifalle konklusjonene (Malterud, 2011). En gjennomarbeidet og godt dokumentert analyse er det som skiller den vitenskapelige tilnærmingen fra overfladisk ”syensing” (Malterud, 2011). Kvalitativ analyse innebærer at det kan finnes flere alternative tolkninger samtidig (side 95). Man behøver å følge detaljerte prosedyrer i analysearbeidet, men det er vesentlig å vise leseren hvordan man har gått frem (Malterud, 2011).

I arbeidet med en mulig forståelse av dataene i denne studien har jeg vært inspirert av en metode for systematisk tekstkondensering som utføres i en firetrinns prosess (Malterud, 2011). Dette er en måte å utføre en systematisk analyse av tekst, og er en analyseform der enheter i teksten gir grunnlaget for kategorier der en reorganiserer materialet. Metoden er

egnet for en nybegynner (Malterud, 2011). I denne studien er metoden brukt som en inspirasjon og støtte gjennom hele analysen, og som hjelp i å strukturere denne.

I studien er ikke datamaterialet transkriberte lydfiler slik det er vanlig etter fokusintervju eller dybdeintervju (Malterud, 2011). Det første skrittet var derfor å legge alle intervjuene inn i en matrise. En rad for hvert intervju slik at jeg senere lett kunne gå tilbake for å kontrollere helheten. Dette var det første skrittet i å få et overblikk over materialet. Alle setningene ble plassert i matrisen slik de fremsto, med unntak av en rekke intervjuer der personalet var omtalt med navn. Her ble navnene fjernet. Dette er merket i rådataene på denne måten; ... (navngitt personale) slik at jeg lett kunne gå tilbake til de enkelte intervjuene for å få hele sammenhengen ved behov.

Intervjumaterialet i denne studien består av det Kvale og Brinkmann kaller elementer og biter. (Kvale og Brinkmann, 2012; Malterud, 2011). De korte tekstbitene i denne studien regner jeg som ferdig kondensert i den forstand at jeg tar det for gitt at de korte tekstbitene representerer essensen i det pasienten sa – altså det meningsbærende innholdet.

Metoden er opprinnelig en fenomenologisk metode for utforskning av deltagerens "livsverden" og erfaringer. Den vanlige metoden er et «ansikt til ansikt» intervju (Malterud, 2011). Imidlertid kan den også brukes som en pragmatisk tilnærming til alle typer tekst. Den kan representere en beskrivende tilnærming til teksten, der en ikke utforsker den underliggende meningen, men presenterer beskrivelsene som kommer frem. Metoden er induktiv fordi det er dataene som gir den teoretiske kunnskapen og ikke omvendt (Malterud, 2011; Tjora, 2012).

I tekstanalyse finnes det ikke noe absolutt kriterium for når en brikke har funnet sin plass (Malterud, 2011). De endelige beskrivelsene av funnene beskriver viktige forhold som etter min mening utdyper det som kommer frem.

### 3.5.1. Danne helhetsinntrykk

Det første trinnet handler om å få et helhetsinntrykk av det teksten forteller. Her gjaldt det å motstå enhver trang til å systematisere, men innta et naivt fugleperspektiv hvor min egen

forforståelse og teoretiske bakgrunn ble satt i parentes. Eller som Aksel Tjora kaller sier;” hva er det som umiddelbart er mest interessant her?” (Side 178.).

Jeg merket meg 18 foreløpige intuitive temaer i denne første gjennomlesningen. Malterud (2011) hevder at det er et godt tegn på kreativ analyse at de foreløpige temaene ikke sammenfaller for mye med hovedtemaene i intervjuguiden. Det kan i så fall tyde på at vi forfølger vår forforståelse mer enn å være våken for nye mønstre (Malterud, 2011, side 98).

I denne første fasen laget jeg to Word dokumenter hvor jeg la inn alle intervjuene i en matrise. Et dokument for spørsmålet om hva var du mest fornøyd med, og et dokument for spørsmålet om hva var du minst fornøyd med. Deretter laget jeg en egen kolonne i matrisene hvor jeg noterte stikkord underveis med intuitive spørsmål til tekstens mulige mening. En rad for hvert intervju.

### 3.5.2. Fra tema til kode

Deretter startet arbeidet med å identifisere de meningsbærende enhetene i teksten som utgjøres av deltagerens utsagn. Systematiseringen og «merkingen» av de meningsbærende enhetene kalles koding (Malterud, 2011). Hver tekstbit som omhandlet det samme fikk en kode. I mitt materiale oppfattet jeg de aller fleste enhetene i teksten som meningsbærende, og arbeidet besto i å identifisere og organisere tekstbiter. Disse ble så kodet ved å merke teksten med forskjellige farger i tekstbehandlingsprogrammet, og slik satt i relasjon til hverandre. (Malterud, 2011; Malterud, 2012, side 797).

Kodingen ble gjort i forhold til sentrale temaer, og deretter nyanser, undertemaer og mønstre som kom frem i materialet. Etter kodearbeidet satt jeg igjen med åtte kodegrupper. I den videre analysen valgte jeg å beholde disse inntil det videre analysearbeidet klargjorde hvilke temaer som eventuelt kunne slås sammen, eller vise seg å være irrelevant for problemstillingen.

Malterud fremholder at en her skal fokusere på tekst som bærer med seg kunnskap om hva pasientene har erfart. Skille relevant fra irrelevant. Finne tekstbiter som har noe felles. Systematisk gjennomgang linje for linje. Tekstbitene – de meningsbærende enhetene kan være korte eller lange (Malterud 2011). På dette stadiet fjernet jeg alle åpenbare duplikater

som var ordrett lik hverandre, og der jeg oppfattet meningsinnholdet som helt likt. Jeg beholdt utsagn som var formulert med små nyanseforskjeller.

Malterud (2013) skriver at i denne fasen bør man være åpen for å justere temaer og koder. ”Bare når det er lett for forskeren å gå tre skritt frem og to tilbake, vil det være mulig å dra nytte av den økende innsikt som følger av nærhet til data” (Malterud, 2011, s.102). Etter endt analysearbeid var kodene redusert til fem. De fikk navnene: ”Omgivelser”, ”behandlingsopplegget», «aktiviteter», «relasjoner» og «meg selv».

Denne prosessen handlet om å klassifisere de meningsbærende enhetene i teksten som var i samsvar med de foreløpige temaene fra forrige trinn. Hele veien tekstnært fordi jeg er ute etter beskrivelser.

### 3.5.3. Fra kode til mening

Malterud (2013) skriver at i denne fasen vil man oppdage nyanser innfor samme kodegruppe. Utgangspunktet er kodegruppene fra trinn to. Disse nyansene sorterte jeg slik at det ble dannet subkategorier under hver av de fem kodene. Etter denne sorteringen hadde hver kode fått en, to eller tre subkategorier. For eksempel handler betydningen av «omgivelser» om både de indre og ytre fysiske rammene samt miljø og fellesskap.

I den opprinnelige prosedyren skal man på dette stadiet lage et kondensat av de meningsbærende enhetene i hver subkategori. Et kunstig sitat som sammenfatter meningen. I dette prosjektet oppfatter jeg alle sitatene som meningsbærende, og jeg gjorde derfor et nytt sorteringsarbeid i et Word dokument. Denne gangen med de nye subkategoriene som overskrifter.

Mot slutten av dette analysetrinnet formulerte jeg et ”gullsitat” der jeg fant et sitat jeg syntes passet, i hver subkategori som gjenspeilte innholdet i materialet. På denne måten gjennomgikk jeg materialet på en systematisk måte, hele tiden med tanke på problemstillingen (Malterud, 2011).

Denne fremgangsmåten innebærer en form for dekontekstualisering hvor teksten tas ut av sin opprinnelige sammenheng og ses sammen med andre beskrivelser som omhandler det samme

(Malterud 2013). Underveis ble kategoriene justert og endret. Noen overlappet hverandre og ble slått sammen, mens andre ble delt. Til å begynne med var for eksempel ”relasjon” en subkategori til ”personale”, men ble etter hvert en egen hovedkategori.

Jeg endte til slutt opp med fem kategorier, med tilhørende subkategorier. I den videre analysen var det subkategoriene som var analyseenheter.

Resultatet av analysen med inndeling av kategorier og subkategorier presenteres innledningsvis i kapittel fire, i form av en matrise.

#### 3.5.4. Fra kondensering til beskrivelse og begrep

Dette trinnet i systematisk tekstkondensering handler om å gjenfortelle det man har funnet, og slik skape nye beskrivelser. Dette trinnet i analysen danner grunnlaget for studiens funn. Her vil jeg presentere materialet i form av en tekst som sammenfatter det som kommer frem i intervjuene.

Målet er å sammenfatte betydningen av de ulike delene. I denne studien innebar dette å lage enda en matrise hvor jeg sorterte alle sitatene under hver sin overskrift hentet fra subkategoriene. I den opprinnelige prosedyren skal en her rekontekstualisere bitene mot helheten i datamaterialet samt vurdere om det dekontekstualiserte materialet fortsatt stemmer overens med sammenhengen det ble hentet fra. I denne studien var helheten alle sitatene. Denne fasen opplevde jeg som svært tidkrevende og utfordrende. Metodelitteraturen anbefaler at en er flere forskere sammen når en skal oppsummere funnene (Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2012). I mitt tilfelle hadde jeg på dette tidspunktet mye veiledning ved HBV, hvor jeg sammen med min veileder oppdaget nye nyanser i materialet. Utviklingen av temaer, kategorier og subkategorier ble drøftet underveis i disse møtene. Innholdet i denne delen ble stadig kontrollert opp mot den opprinnelige teksten for å se at innholdet fremdeles representerte det samme.

Analysetrinnene som det nå er vist til, ble gjennomgått flere ganger før jeg med veileders hjelp ble ledet frem mot den retningen og de resultatene som senere blir beskrevet. Mange av utsagnene i mitt materiale kan forstås på flere måter. Den endelige plasseringen er resultatet av gjentatte endringer og en bølgende prosess hvor jeg stadig måtte revurdere og

endre opp mot forrige trinn i prosessen. Slik kunne jeg søke å kvalitetssikre at mine trinn i i prosessen var lojalt mot det forrige, og at min endelige gjenfortelling og beskrivelse ble så riktig som mulig.

Den endelige inndelingen av hva som er kategorier og subkategorier er min tolkning av dataene. Påvirket av min forforståelse. Uten mulighet til å utforske hva som var den egentlige meningen i det som er beskrevet. Med et fenomenologisk utgangspunkt har jeg beskrevet så lojalt som mulig.

### 3.6 Etikk

I denne studien har jeg tilstrebet å være bevisst på etiske spørsmål. Enhver forskning innebærer etiske refleksjoner gjennom hele prosessen (Thagaard, 2013).

Forskningsetiske retningslinjer skal sikre deltageres personvern og beskytte mot skade av å delta i forskning. Retningslinjene tydeliggjør deltageres rettigheter og forskerens ansvar (Thagaard, 2013). Et viktig prinsipp er å utvise redelighet og nøyaktighet i presentasjonen og i vurderingen av andre forskeres arbeid. Dette innebærer å ikke plagiere andres arbeid samt utvise god henvisningsskikk (Thagaard, 2013). Dette har jeg tilstrebet i denne studien etter beste skjønn. I tillegg har jeg fulgt en anerkjent standard for kildehenvisninger (Apa 6th).

Godt psykisk helsearbeid med fokus på bedringsprosesser forutsetter en endring fra et sykdomsfokus til et helsefokus, med vekt på mestring, ressurser og kompetanse. Ikke avvik, symptomer og diagnose. Dette gjenspeiler også en recovery tankegang, I dette ligger å gå den enkelte i møte og i samarbeid utvikle en forståelse om hva som kan bidra til bedring. Slik sett er dette en etisk refleksjon i denne studien. Å forholde meg til det som kommer frem i intervjuene, og tro på det som formidles.

#### 3.6.1 Samtykke og konfidensialitet.

Intervjudataene i denne studien er anonyme data. Det vil si at det ikke er mulig å finne tilbake til personen som har gitt opplysningene via personopplysninger i intervjuene, en kodeliste eller lignende. Intervjuene er ikke merket med navn, dato eller kjennetegn for øvrig. De er heller ikke behandlet i kronologisk rekkefølge. I rådataene er hver årgang satt opp i en matrise



for seg, men i analysen er dette jobbet med, og fremstilt under ett. Alle dialektuttrykk og andre måter å formulere seg på som kunne vært gjenkjennbart for meg eller andre er fjernet (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2014). Prosjektet ble sendt til REK for godkjenning, men ble avvist av REK i september 2013 fordi prosjektet anses å være evalueringsforskning (Ref nr 2013/1703A). Fordi prosjektets data er anonymt materiale, faller det også utenfor personvernombudets mandat (juli 2014).

I denne studien er det Vestre Viken, klinikk for psykisk helse og rus som har gitt tillatelse til tiltaket og databehandlingen i prosjektet. De nødvendige godkjenninger fra avdelingssjef samt forskningssjef i Vestre Viken ble innhentet i juni- juli 2014 (Vedlegg 3). Intervjuene er lagret anonymt i seksjonen og tilbakeføres til Vestre Viken etter prosjektets slutt (Vedlegg 1; Vedlegg 2).

### 3.6.2 Asymmetrisk maktforhold

Metodelitteraturen påpeker at kvalitative intervjuer kan innebære et asymmetrisk maktforhold (Kvale og Brinkmann, 2012; Thagaard, 2013). Intervjuer er ikke en åpen, dagligdags samtale mellom likestilte partnere. I denne studien er det seksjonsleder som har innhentet dataene i en utskrivningssamtale. Seksjonsleder initierer, definerer, stiller spørsmål og oppfølgingsspørsmål, og er også den som avslutter samtalen.

Bruk av intervjuer innen psykisk helsevern problematiseres fra flere hold. Grunnene til dette er flere. Lian (i Foss & Ellefsen, 2005) hevder at pasientintervjuer innebærer et asymmetrisk forhold mellom leg og lærd, pasientenes avhengighetsforhold til systemet og den profesjonelle, deres behov for å opprettholde konstruktive samarbeidsrelasjoner, samt en hang til å fortolke kvaliteten i positiv retning. Hun hevder videre at den asymmetriske maktrelasjonen er et nøkkelement fordi den innebærer at pasientene lett opplever at de verken har lyst til, nytte av eller kompetanse til å overprøve dem som er profesjonelle. Hun understøtter imidlertid utbyttet av intervjuprotokollen i det å anbefale at en spør pasientene om hva de opplever som problematisk for å få troverdige svar (Lian, 2009, ref i Karlsen, 2009, side 150).

Thagaard (2013) hevder at erfaringer fra intervjuundersøkelser viser at personer vi intervjuer, synes det er interessant å bli intervjuet fordi det å fortelle om seg selv til en interessert lytter

kan bidra til at de får mer innsikt i egen situasjon samt reflektere over de temaene som blir tatt opp. Dette gjelder også temaer som kan være vanskelige og som kan oppleves problematisk i ettertid. Videre hevder forfatteren at når målet er å utvikle kunnskap og forståelse, kan en nyansere det asymmetriske i intervjusituasjonen. Den som intervjues har kontroll over den kunnskap hun eller han formidler om seg selv, og kontroll over det vedkommende ønsker å dele (side 96). I dette tilfellet er et felles mål å evaluere praksis.

### 3.6.3 Studiens kvalitet

Det er de samme kravene til evalueringsstudie som til annen forskning. Resultatene skal være robuste i den forstand at de skal kunne vurderes av andre på grunnlag av resonnementer, og kunnskapen som er resultatet skal være etterprøvbart (Sverdrup, 2007, Tjora, 2013). Et av hovedkravene til god forskning er at forskningen har god metodisk kvalitet. Forskning er praksis der vitenskapelig kunnskap utvikles og systematiseres. God forskningsprosess innebærer redelighet, etterrettelighet og etterprøvbart (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2014). Ved å følge en anerkjent og systematisk analysemetode er dette ivare tatt.

Malterud (2005) bruker begrepene relevans, refleksivitet og validitet (kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og utfordringer, 2005, s 2379). Systematisk, kritisk refleksjon skiller prosess og resultat fra tilfeldige uttrykk eller selvbekreftende påstander. Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet – hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser. Forskeren skal overveie validiteten av hva hun egentlig har funnet ut noe om, og hvilken overførbarhet disse funnene har ut over den sammenhengen der studien er gjennomført.

Da intervjuprotokollen ble utviklet i 2001 viste en pilotundersøkelse at de fleste pasientene setter pris på å bli spurt om sine erfaringer. Svarene var både nyanserte og kritiske (Statens helsetilsyn, 2001). Det anbefales at intervjuet bør gjennomføres når pasientene skrives ut. Da har de oppholdet friskt i minne, og er godt motivert for å svare på spørsmålene. (Side 20). Man har mulighet til å rette opp feil og mangler på stedet. Som for eksempel om pasienten har fått ufullstendig informasjon om videre oppfølging. Videre heter det at allerede etter en håndfull intervjuer kan en sirkle inn områder som trenger forbedring (side 16). I denne studien har jeg systematisk gjennomgått intervjuer gjennom to år, og har dermed et godt utgangspunkt

for å kunne si noe om trender i det pasientene påpeker. Jeg kan imidlertid ikke si noe om spesielle forhold som påvirker dette.

Skaper denne måten å intervju på kunstig høy tilfredshet – kan man stole på det pasientene beskriver? Kan det være at de befinner seg i et avhengighetsforhold til sin behandler, slik at de ikke tør å si klart fra om negative opplevelser i forhold til dem?

Hensikten med å samle pasienterfaringer i forbedringsarbeid av denne typen er ikke å få et ”objektivt” bilde av hva pasientene tenker, men å lytte til det de sier for å få råd om hvor det er behov for forbedring (Statens helsetilsyn, 2001). Mange presenterer både positive og negative erfaringer. Nettopp ved at pasientene får snakke fritt og ta opp ting de selv ser på som viktige gir en fleksibel prosess som gir mer valid informasjon (Larsen, 2007).

Et viktig utgangspunkt for intervjuene er gjensidig tillit og vilje til å ta det som blir sagt på alvor. Om en pasient velger å holde kritiske bemerkninger for seg selv vil vi allikevel kunne få verdifull informasjon om behovet for forbedringer i behandlingstilbudet.

Relevans. Ved å være nøyaktig og strukturert i behandlingen av dataene har jeg sikret muligheten for å gå tilbake å se hvilke utsagn som hører sammen for hvert intervju. I tillegg har behandlingen av dataene blitt gjort i samarbeid med veileder. Jeg kan imidlertid ikke være sikker på at jeg har tolket dataene riktig, og dette gir en mulig svak reliabilitet (Ann Kristin Larsen, 81

Refleksivitet. Handler om å forholde seg til forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former den kunnskapen som kommer ut av prosessen med studien. Min rolle og perspektiver underveis, inkludert min forforståelse og teoretiske referanseramme, bestemmer hvilken side av virkeligheten som kan beskrives, fortolkes og analyseres (Thagaard, 2013). Nærhet til stoffet kan hindre kritisk refleksjon (Malterud, 2011). Ved å være bevisst mine erfaringer, brukt dem som en styrke, og synliggjort for andre hvordan jeg har gått frem har jeg vært refleksiv gjennom hele prosessen

Validitet. Malterud sier at validitet handler om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (Malterud, 2011). Men validitet handler også om

håndtverksmessig dyktighet som kommunikasjon og pragmatisk handling (Kvale og Brinkmann, 2012). Validitet hører ikke til i en bestemt fase av studien, men gjennomsyrrer hele forskningsprosessen. Tidligere har jeg argumentert for det teoretiske perspektivet samt design og metode som er bakgrunnen for studien. Til sammen er målet at dette skal gi svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Et mål har vært å gjøre rede for alle valg jeg har tatt for slik å styrke gjennomsiktigheten.

Budskapet i denne studien gjengis tekstnært ved hjelp av direkte sitater. Slik viser jeg hva informantene har vært opptatt av å formidle. Jeg har heller ikke valgt ut sitatene selv. Alle gjengis slik de er. Dette styrker validiteten. Ved å presentere råmaterialet detaljert kan leseren lettere følge veien til min tolkning (Forskningsetiske komiteer, 2009).

#### 3.6.4 Svakheter og styrker ved studien.

I denne studien er målet å evaluere de åpne spørsmålene i brukerundersøkelsen. Videre er hensikten er å belyse de faktorene som er betydningsfulle for pasienttilfredsheten. Noe litteratur påpeker imidlertid metodiske utfordringer knyttet til slike evalueringer. Å spørre om erfaringer vil si at vi ber om å få vite hva som faktisk har skjedd, mens å spørre om tilfredshet er en måte å be pasientene evaluere tjenesten de har mottatt. Ulempen er at folk kan si seg svært tilfredse. Dårlige erfaringer behøver ikke å resultere i en dårlig evaluering, og en dårlig evaluering bunner ikke nødvendigvis i en dårlig erfaring (Lian i Foss & Ellefsen, 2005). Funnene i denne studien kan imidlertid gi en pekepinn om hva pasientene har erfart i denne seksjonen, og slik sett gjøre det mulig å identifisere forbedringsområder på egen praksis.

Intervjuene er utført av andre, og jeg har ikke mulighet til å få supplerende kommentarer fra pasienten. I dette ligger at jeg må erkjenne at dataene blir mer overfladiske, har mindre omfang og er av høyere usikkerhetsgrad enn data fra andre typer undersøkelser. Derfor skal jeg vise nøkternhet i forhold til hva det går an å få vite noe om på denne måten (Malterud, 2011).

Metodelitteraturen påpeker en rekke spørsmål en må tenke gjennom i forbindelse med brukererfaringer og brukertilfredshet(referanse). I metodelitteraturen finnes også grundige beskrivelser av hvordan et forskningsintervju skal utføres (Malterud, 2011; Kvale og

Brinkmann, 2005; Olsson og Sörensen, 2013). Felles for disse er at de beskriver hva som skal til for å gjøre et godt intervju og hvilke utfordringer som finnes.

Materialet i denne studien er meg bekjent aldri blitt brukt til annet enn som direkte tilbakemelding til personalet samt undervisning. I denne studien er dataene hentet fra intervjuer som er utført av andre og jeg har ensidig vært henvist til dette skriftlige kildematerialet. Det er derfor begrenset hva jeg kan si noe om, og kan heller ikke trekke bastante konklusjoner (Kvale & Brinkmann, 2012, Malterud, 2013). Det er heller ikke hensikten med studien.

Jeg har hatt tilgang på en stor mengde intervjuer, og har underveis i analysen hatt stor innflytelse på hvordan jeg har analysert dataene. Jeg har utarbeidet kategorier og subkategorier uten at de det gjelder har hatt noen som helst mulighet til å uttale seg. De har ikke hatt mulighet til å korrigere innholdet, og jeg har ikke hatt mulighet til å stille oppklarende spørsmål eller sjekke ut hva som egentlig var ment.

Imidlertid antar jeg at resultatene også er overførbare til en kontekst utenfor seksjonen. Det har vært mulig å identifisere noen «typiske» svar som går igjen i flere intervjuer. Kategoriene som er brukt har fått generelle betegnelser som til sammen dekker hele materialet, og resultatene presenteres i form av direkte sitater som gjenspeiler kjernen i det som blir sagt (Malterud, 2011). Disse samsvarer med funn i andre studier (Borge & Fagermoen, 2008; Duggins & Shaw, 2006; Steinsbekk et.al, 2013) og styrker dermed denne studien,

Skillet mellom de forskjellige kategoriene er allikevel ikke tydelig. Slik jeg ser det vil andre kunne ha kategorisert materialet på en annen måte fordi de forskjellige kategoriene og subkategoriene glir over i hverandre.

I løpet av et år er det noe frafall av ulike årsaker. For eksempel gjelder dette ved raske utskrivelser, eller at pasienten nekter å bli intervjuet. Det kan tenkes at enkelte av disse ikke ønsker å bli intervjuet på grunn av manglende tilfredshet. I tillegg er det også mulig at enkelte opplever intervjuet som ubehagelig, og at dette blir synliggjort ved at de holder tilbake informasjon både om positive og negative erfaringer. I en del intervjuer var feltet om «hva var du minst fornøyd med» tomt. Dette finnes det ikke data på i denne studien.

Alle tilgjengelige intervjuer er inkludert fortløpende. Denne måten å gjennomføre en brukerundersøkelse sikrer en høy svarprosent. I tillegg til at deltagelsen blir høyere enn ved andre brukerundersøkelser (Statens helsetilsyn, 2001) tenker en seg to andre umiddelbare fordeler. Rammen for intervjuet er høytidelig i den forstand at en får en time sammen med seksjonsleder hvor en selv er i fokus og får si det en ønsker. Alle pasientene blir invitert inn på privat kontor der det er en komfortabel sittegruppe, adgang forbudt skiltet (RØDT) blir aktivert, og det settes av god tid. Det andre er at misforståelser og usikkerhet rundt spørsmålene kan oppklares der og da, og eventuelle mangler og feil kan rettes umiddelbart. «Time i hånden» er et eksempel på det. Det er et krav at ingen skal utskrives uten en timeavtale med ekstern behandler utenfor sykehuset. Dette kan være fastlege, poliklinikk eller andre. Alle skal også ha utarbeidet en mestringsplan, der en gjennomgår en tenkt prosedyre ved et mulig tilbakefall.

## 4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet vil jeg presentere funn fra intervjuene i form av pasientenes egne utsagn slik de blir referert. Gjennom analyse har jeg kommet frem til fem kategorier. Disse presenteres som overskrifter i hvert sitt underkapittel. Innenfor hver hovedkategori vil jeg videre presentere sub-kategorier som beskriver ulike nyanser av de forskjellige temaene. Jeg har vektlagt å bruke tekstnære betegnelser, slik Malterud fremhever (Malterud, 2013).

Innenfor hvert tema er de positive og negative kommentarene analysert for seg. De endelige kategoriene rommer hele materialet. Subkategoriene presenteres i form av sitater som jeg mener gjenspeiler kjernen i det som ble beskrevet. Jeg mener at disse funnene til sammen representerer innholdet i de enkelte kategoriene slik de blir presentert i det følgende.

Funnene vil jeg presentere som et utvalg med sitater fra intervjuene. Disse er slik de fremstår, verken mer eller mindre. Ved å presentere dataene på en ”gjennomsiktig” måte vil jeg synliggjøre hvordan kategoriene har vokst ut av materialet. Målet er å gjøre det mulig for leseren å danne seg sine egne inntrykk underveis. Det er fellestrekk i materialet, men også ulikheter og nyanser som er viktige å få frem fordi de beskriver noe om de individuelle erfaringene og opplevelsene. Under enkelte kategorier presenteres derfor mer omfattende og fylldige data enn i andre fordi det er slik det fremstår i materialet (se vedlegg 2).

Dataene består hovedsakelig av korte sitater, ord og uttrykk. Disse gjengis slik de er referert og er markert fortløpende med anførselstegn og i kursiv. Jeg ønsker å løfte frem viktige faktorer om hva pasientene opplevde var til hjelp i bedringsprosessen, og som skiller seg fra de standardiserte kvantitative spørsmålene i intervjuguiden.

Det finnes ingen standardsvar på hvordan intervjuer skal transkriberes, og hvor detaljert en skal være. Det viktigste er å gjengi nøyaktig hvordan det er gjort (Malterud, 2013; Kvale og Brinkmann, 2012). I disse intervjuene har jeg ikke tilgang til ”ikke- språklig” informasjon som for eksempel kroppsspråk og avbrytelser. Heller ikke til pauser, eller følelsesuttrykk som latter og sukk (Kvale og Brinkmann, 2012).”!” (Utropstegn) er gjengitt der de fremkommer i intervjuene. Disse opplever jeg som en sterk meningsytring som blir formidlet av den som

intervjuer. Jeg kan ikke si noe om hva som er sant eller usant (Malterud, 2013), og det er ikke tatt hensyn til pasientenes psykiske tilstand under intervjuene.

Jeg har valgt å organisere kapittelet etter hovedkategorier, og deretter subkategorier som kom frem i analysen av datamaterialet. Hovedkategoriene er de følgende: *Omgivelsene, behandlingsopplegget, aktiviteter, relasjoner og meg selv.*

KATEGORI:	OMGIVELSENE	BEHANDLINGSOPPLEGGET	AKTIVITETER	RELASJONER	MEG SELV
Subkategori:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gode fysiske rammer er viktig</li> <li>- Miljø og fellesskap har mye å si for bedring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Livredding</li> <li>- Rammene for behandlingen</li> <li>- Tilpasset behandling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Noen dager tomme- andre veldig fulle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rolig og kompetent</li> <li>- Det beste er menneskene her</li> <li>-Pårørende kommer på besøk og blir ønsket velkommen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lært mye om meg selv</li> <li>-Håp og mestring</li> </ul>

## 4.1 Omgivelsene

Den første kategorien har fått navnet omgivelser. Denne kategorien er omfangsrik og jeg har delt den inn i subkategorier som uttrykker nyanser i det som fremkommer i materialet. I intervjuene vokser det frem at den helhetlige opplevelsen av en innleggelse innebærer et innslag av estetikk, og også mer vage beskrivelser av en atmosfære og stemning. Jeg har derfor valgt å innlede med denne kategorien da jeg opplever at informantene som beskrev dette fremhevet omgivelsene som viktig for helheten. I tillegg var dette den første kategorien som utmerket seg i løpet av analysen.

Kategorien ”omgivelsene” representerer en rekontekstualisering av flere kodegrupper, og henspiller på det jeg opplever som fellestrekkene i disse. ”Gode fysiske rammer er viktig” er summen av indre og ytre omgivelser.

Følgende subkategorier er identifisert: 1) gode fysiske rammer er viktig, 2) miljø og fellesskap har mye å si for bedring.

De indre omgivelsene forstås som seksjonen. De ytre omgivelsene forstås som omgivelsene rundt.



#### 4.1.1 Gode fysiske rammer er viktig

I flere intervjuer fremkommer det generelle kommentarer om omgivelsene som noe pasientene var mest fornøyd med. Det vokser frem at det estetiske og helheten knyttet til selve stedet har betydning for tilfredsheten: *"Det betyr mye at det er så fint her"; "omgivelsene er fine"; "det er rent fysisk og estetisk"; "lukket avdeling er dårlig vedlikeholdt og slitt"*.

Tre informanter påpeker entusiastisk; *"dette er kremavdelingen"; "jeg kaller dere Blakstad fjordhotell"* samt *"god totalopplevelse"* I disse kommentarene ligger slik jeg forstår det en helhetlig beskrivelse av hvordan en innleggelse kan oppleves.

Indre rammer. Flere informanter svarte "avdelingen" på spørsmålet om hva vedkommende var mest fornøyd med. Likedan nevnte flere *"hyggelige og fine omgivelser"* samt seksjonen som et *"Stille og rolig sted"*. Mange beskrev også *"rommet"* som noe av det de var mest fornøyd med. En informant viser et eierforhold til rommet med følgende beskrivelse; *"rommet mitt!"* (På grunn av utropstegnet). Andre gir mer generelle beskrivelser *"fint rom med dusj og toalett"; "eget toalett og dusj – luksus"*. Flere nevner *"gode rammer"*. Dette kan forstås både som en del av behandlingsopplegget og som en del av omgivelsene.

I noen intervjuer nevnes betydningen av å kunne trekke seg tilbake: *"Et fint lokale, kan trekke seg tilbake"; "Det er veldig fredelig her". "Flere stuer, kan trekke seg tilbake, stille, må ikke trække oppi hverandre"*.

Andre påpekte størrelsen på seksjonen slik. *"Det er stort her. En stor avdeling, mange dører, vanskelig å finne frem. Gjorde det vanskelig å finne personalet"*.

Mange intervjuer beskrev mer konkrete estetiske faktorer i seksjonen som noe av det de var mest fornøyd med. At det er lyst, fint, fremstår estetisk og trivelig, fremheves som viktig. *"lys og fin avdeling"; "estetisk avdeling"; "lyst og åpent"*.

Mer spesifikt er innredning og interiør også fremhevet som viktig i flere intervjuer: *"interiøret"; "kunst og pene møbler"*. En informant beskrev spesifikke ønsker i forhold til interiør. *"Dårlig med gode sitteplasser i stua. Bare en stol som var god"*.

Å se på TV ble også løftet frem av flere i forhold til hva de var minst og mest fornøyd med. En informant beskrev at det er *"flere TV-er å velge mellom"*. En annen påpeker at *"det burde vært flere TV-er"*; *"Skulle hatt tre TV apparater så man fikk sett dagsrevyen"*, og: *"For mye hotell Cæsar på TV"*.

Når det gjelder andre negative kommentarer som omhandler de indre omgivelsene beskrev informantene for en stor del praktiske forhold ved rommet, sengen og bygningen. Kvaliteten på sengen, sengetøy og madrasser er hyppig kommentert. *"senga var vond"*; *"madrasser – plast!"*; *"dårlig dyne"*. En kommentar handler om at rommet oppleves upersonlig: *"kaldt rom – kan gjøres litt mer personlig"*, mens andre beskrev at de var misfornøyd med de generelle forholdene på rommet: *"For lyst på rommet"* og *"lytt mellom rommene"*.

Halvparten av rommene i avdelingen har ikke eget dusj og toalett. Når det gjelder de rommene som har felles toalettfasiliteter fremkom følgende negative kommentarer i et intervju; *"manglende lås på dusjdøra – ikke hyggelig hvis noen kommer inn"*. En annen kommenterer *"at det ikke var badekar"*.

Renholdet ble påpekt i enkelte intervjuer. *"Dusjen er lite ren"*; *"renhold på terrassen – sneiper overalt"*.

Ytre rammer. De ytre rammene ble også fremhevet i flere intervjuer på spørsmålet om hva informanten var mest og minst fornøyd med: *"Det er så pent her – fint område"*. Flere informanter kommenterte de ytre omgivelsene med hensyn til mulighet for aktivitet og adspredelse: *"Har gått turer – det gjør jeg ikke hjemme"*; *"det er godt å gå tur – bli kjent – det er så pent her"*; *"beliggenheten har helbredende virkning, turmulighet året rundt"* Og videre: *"det er så godt å gå til kapellet"*.

I tillegg beskrev en informant betydningen av å kunne gå fritt: *"At jeg fant roen samtidig som jeg kunne gå fritt på området"*.

Enkelte beskrivelser under denne kategorien passer godt inn både når det gjelder både de indre og ytre rammene. Da jeg ikke har noen mulighet til å undersøke hva som egentlig er

ment, velger jeg å ramse opp enkelte eksempler på disse her slik at leseren kan gjøre seg opp sin egen mening: *"Det er rolige og stille omgivelser"*; *"de ytre forhold - det er så pent her"*; *"innbyr til fred og ro"*; *"fine og hyggelige omgivelser"*.

Det fremkommer få negative kommentarer som kan relateres til de ytre rammene. De det gjelder beskrev det slik: *"Uro fra avdelingen under – uteområdene"*; *"bråk og skriking fra sikkerhetsseksjonen"*.

#### 4.1.2 Miljø og fellesskap har mye å si for bedring

Å utvikle et miljø som gir grobunn for vekst og utvikling er en del av arbeidsoppgavene i en psykiatrisk avdeling. *"Miljøet og fellesskapet"* svarte en informant på spørsmålet om hva vedkommende var mest fornøyd med. Mange informanter beskrev miljøet og betydningen av dette på forskjellige måter. Tre informanter fremhevet det følgende som viktigst: *"Mat og mennesker er luksus"*; *"det viktigste er å hvile og snakke med folk, og "miljøet har mye å si for bedring"* To andre svarer kortfattet; *"Miljøet var godt"* og *"folk!"*.

Forskjellige egenskaper ved miljøet er beskrevet i flere intervjuer på spørsmålet om hva de var mest fornøyd med under innleggelsen. I et intervju blir det beskrevet slik: *"Føler meg som hjemme – får håp – alt var svart – negative tanker"*.

Mange kommentarer som omhandler miljøet er generelle. Ro og fred kommenteres av flere: *"Stille og rolig- denne gangen var det viktigst"*; *"ro og fred– tid til å bearbeide"*. At det er en definert forskjell på «arbeid og fritid» fremheves også: *"Rolige kvelder"*; *"fritid og ro på ettermiddagen"*.

Stemning. God stemning og hygge kommenteres av flere: *"Hyggelig å være her"*; *"stemningen, ... gir godfølelsen"*. Flere gir eksempler på hva som kan bidra til god stemning på denne måten: *"gode råd og tips - hudpleie – mat og dameprat"*; *"brødbaking lukter så godt om natta"*, *"det gode humøret til medpasienter og personale"*; *"har strikket og heklet – hyggelig"*. Mange informanter har også brukt begrepet *"god atmosfære"*, samt *"rolig atmosfære"*.

Sosialt. Mange informanter fremhevet «miljøet» som en sosial arena. Disse beskrivelsene inkluderer både medpasienter og personale: *"Godt å være sammen med de som er her – både pasienter og personale"; "liker det sosiale – sitte på TV stua"; "følte seg ivaretatt sosialt": "Miljøet og fellesskapet".*

Ensomhet. Flere informanter beskrev dog opplevelsen av å føle seg ensom selv om en har mennesker rundt seg. Dette beskrev de det gjaldt som en underliggende følelse som alltid er der. Noen informanter sier det slik: *"Det er ensomt å være syk!"; "jeg føler meg ensom hele tiden"; "jeg kan være ensom over alt, det er en underliggende følelse som kommer og går".* Andre spesifiserte denne følelsen til å gjelde fellesskapet med *"de andre"*: *"Jeg følte meg ensom, fant ikke fellesskap med de andre"; "jeg følte meg inkludert, men har også kjent på en ensomhetsfølelse".*

Medpasienter. Når det gjelder hva som har vært betydningsfullt under innleggelsen handler flere beskrivelser om medpasienter. *"De andre pasientene har vært viktige"; "flotte medpasienter!"; "viktig for selvtilliten hva de andre sier".*

Det kommer vokser frem nyanser i materialet om hva kontakten med medpasientene innebærer: *"Sammensveiset pasientgruppe med tilsvarende problemer".* Flere informanter beskrev også *"humor og optimisme"* som mest positivt i kontakten pasientene i mellom. Det kom frem på denne måten; *"Det gode humøret"* og *"god tone og optimisme"*. To informanter beskrev også en ekstra sterk dimensjon i hva denne kontakten innebar: *"Jeg har fått nye venner her"; "kontakten jeg har med enkelte".*

Betydningen av å kunne være seg selv ble fremhevet i flere intervjuer: *"jeg følte jeg kunne være meg selv"; "de andre tok meg for den jeg er".* De andre forstås her som medpasientene.

Flere beskrev også betydningen av å kunne dele med andre. To informanter sier det slik: *"Jeg tar til meg alt det positive jeg hører – min selvtillit var så langt nede"; "bra å kunne dele med andre".* Andre beskrev det på denne måten: *"Alle menneskene jeg ble kjent med – kunne gråte sammen med"; "støtten fra medpasienter"; "fint å kunne fortelle min historie"; "bra å kunne dele med gruppa".*

Selv om mange beskrivelser som gjaldt medpasientene i all hovedsak var positive, fremkom det også noen andre beskrivelser, spesielt om "dårlige" medpasienter: *"Det var et sjokk å møte så mange dårlige medpasienter, synes det har vært vanskelig"*. Flere informanter beskrev at dårlige medpasienter påvirker miljøet negativt: *"Dårlige medpasienter påvirker miljøet – personalet må være der"*. To informanter beskrev det som å være redd og plaget. *"Var veldig redd de andre pasientene"; "plaget av medpasienter – men det gikk greit"*.

Trygghet. Betydningen av å føle seg trygg ble også beskrevet på andre måter. *"Å føle seg trygg og godt ivaretatt"*. En informant beskrev en opplevelse av trygghet ved å ikke risikere å bli *"kastet ut"*: *"Trygt og sikkert – jeg ble ikke kasta ut"; "jeg føler det er det tryggeste stedet jeg noen gang har vært"; "et fristed"*. En informant hadde en annen opplevelse, og gav uttrykk for å føle seg generelt utrygg: *"Jeg følte meg utrygg både på medpasienter og personale"*.

Betydningen av *"tilstedeværende personale"* ble kommentert i flere intervjuer. I stor grad beskriver disse kommentarene betydningen av å skape trygghet i miljøet. *"Personalet er oppmerksomme og mye i miljøet"; "når personalet var tilstede var jeg alltid fornøyd"*. Dette fremheves av to informanter ved at de brukte ordene *"å passe på"; "ikke være redd"; "Mennesker som har passet på"* og *"å ikke være redd for medpasientene"*. En informant gav uttrykk for at personalets evne til å skape *"trygghet"* ved å behandle hver og en individuelt hadde stor betydning: *"Pasienter burde i større grad vært adskilt, men heldigvis var personalet flinke til å behandle individuelt slik at det gikk bra"*.

Personalets trivsel. En nyanse som kommer frem i intervjuene er at personalets trivsel har betydning for pasientenes tilfredshet ved oppholdet. Mange kommentarer handler om det. Godt humør, samarbeid og positivitet fremheves spesielt: *"Deres samarbeid og tone, det gode humøret"; "humor, god tone og vitser"; "hele personalet elsker å jobbe her – det merkes – musikk om morgenen"; "herlig positive mennesker – ser at personalet trives"*. I tillegg blir det kommentert at det har betydning at personalet lager god stemning: *"Den gode stemningen personalet lager"*. At personalet er stabilt beskrives også som trygt *"Stabiliteten i personalet"; "det er trygt med stabilt personale"*.

I ett intervju er det kommentert at denne stemningen synes å ha vært fraværende. Denne beskrivelsen fremkommer som svar på ”hva var du minst fornøyd med under oppholdet i avdelingen: *”Savner mye – latter og humor”*.”

Mat og måltider. Det kommer frem i materialet at betydningen av ”mat” og ”måltider” er noe som engasjerte flere både positivt og negativt. ”Maten” ble fremhevet i mange intervjuer som en faktor informantene var mest fornøyd med: *”Frokost og lunsj var bra, middag var terningkast tre”; ”god mat og drikke”*. I tillegg: *”bare det at det er et kjøleskap hvor man får lov til å sette fra seg ting, og at man får bake på kjøkkenet”*. Ved avdelingen er det en innarbeidet ”tradisjon” med felles fredagslunsj for pasienter og personale. Flere informanter har beskrevet at felles måltider oppleves betydningsfullt: *”Hyggelig med felles fredagslunsj”; ”fredagslunsj er koselig, bra det ikke er kake”; ”godt å få ordentlig mat- ikke sykehusmat”*.

Andre beskrev at ”maten” var det de var minst fornøyd med. *”Generelt dårlig middag”*. I tillegg er det flere som beskrev at det er vanskelig å begrense matinntaket samt at det ikke var god nok tilgang til frukt, grønnsaker, og fersk mat: *”Maten er så god at det er lett å spise for mye”*. *”Hadde satt pris på om det var enklere å få frukt”; ”måltidene – skulle hatt mer friske grønnsaker”; ”å prioritere fersk mat – ønsket litt mer spennende middager”*.

Videre handler kommentarene for en stor del om forutsigbarhet, personlig tilrettelegging og tilgjengelighet. Her beskrev informantene også forskjellige opplevelser. Enkelte kommenterte at det var *”litt hyppige måltider”*. En annen beskrev det slik: *”Lenge mellom måltidene i helgene”*. *”Problem å spørre etter mat – jeg var hele tiden sliten”; ”brødutvalget”; ”maten ødela mye – fikk feil diett”; ”er muslim – kunne tenkt meg mat som jeg kunne spise”*.

Andre beskrev også betydningen av måltider generelt. Tilstedeværelsen til personalet fremheves også her: *”Pleierne er positive og hyggelige – spesielt ved måltidene – samlet klientellet”; ”det er lite personale ved måltidene av og til”*. Informantene beskriver at *”personalet ikke bør la pasientene sitte alene ved et bord i forbindelse med måltidene”*. Atmosfæren ved måltidene samt å gå til dekket bord fremheves: *”Atmosfæren ved måltidene”*.

## 4.2 Behandlingsopplegget

Sitatene som omhandler behandlingsopplegget er omfattende. Mange sier noe om hva de har vært både mest og minst fornøyd med som er knyttet til behandlingen de har mottatt. I løpet av analysen kom det frem tre subkategorier av materialet som til sammen utgjør kategorien behandlingsopplegger. 1) Livredding, 2) Rammene for behandling, og 3) Tilpasset behandling. En beskrivelse som fremkommer i materialet er denne: *"Poliklinikker kan ikke hjelpe alle- trenger døgnavdeling med kompetente fagfolk- det er det her"*.

I mange intervjuer beskrev informantene personalet som noe de var mest fornøyd med under oppholdet i avdelingen. Denne oppfatningen forsterkes ved at personalet ofte blir navngitt i intervjuene. I tillegg formuleres ofte svarene slik: *"Min kontakt"* og *"suveren kontakt!"*. I noen intervjuer rommer "personalet" hele personalgruppen. I andre skilles det på miljøpersonalet, behandlere, legen/ psykologen, sosionom og fysioterapeut. I dataene er "behandler" lege eller psykolog. Miljøpersonalet refereres ofte til som "kontakten". Bortsett fra der disse skillene kommer tydelig frem har jeg ingen mulighet til å konkludere med hvem som er hvem.

### 4.2.1 Livredning

Mange beskrev generelle opplevelser om hva de var mest fornøyd når det gjaldt behandlingsopplegget. En informant oppsummerte det slik. *"Det å jobbe meg opp fra det dypeste mørke sammen med dyktige folk i et rolig tempo – landing trygt – alt er organisert"*. Andre beskrev det på denne måten: *"Takknemlig for tiden her – kanskje dere har reddet en hel fremtid!"*; *"sier at vi redder liv og at vi reddet hans"*; *"fått støtte i en vanskelig tid"*. Flere har generelle kommentarer rundt begrepet omsorg. *"Omsorgen gir godfølelsen"*. En nyanse i hva begrepet "omsorg" innebærer ble av en informant formulert på denne måten: *"Omsorgen har vært enormt bra – alltid spørsmål om hvordan jeg har det"*.

En negativ opplevelse ble beskrevet på denne måten: *"Å være her har vært både og – systemet irriterer meg"*. Enkelte andre kommentarer omhandler høflighet: *"Et par stykker som ikke har hilst"*; *"personalet bør bruke navneskilt"*. En informant beskrev dette: *"Bank på døren!"*.

Å bli sett, møtt og ivaretatt. Erfaringen med å bli hørt og sett vektlegges i mange intervjuer på forskjellige måter. *"Et sted hvor jeg ble godt ivaretatt"; "jeg har inntrykk av at hver pasient er viktig her i posten"; "Det er avslappede forhold her".* En informant beskrev det slik: *"De lar meg ikke i fred"*.

Betydningen av å være åpen ble også beskrevet som en viktig i flere intervjuer: *"Skryter mye av Blakstad – normalisere og ufarliggjøre"; "være åpen"*.

Informasjon og kunnskap: I materialet vokser det frem at betydningen av personalets kunnskap og innspill er viktig. En pasient sier det slik: *"De kan! – har kunnskap om det de gjør"*. Andre beskrev: *"Å få tid til å bearbeide, og verktøy til å håndtere"; "jeg har møtt folk med mye kunnskap"*.

Når det gjelder informasjon kom det også frem mange negative erfaringer med oppholdet. Behovet for tydelighet og forutsigbarhet ble beskrevet av flere som viktig under innleggelsen. Dette omfatter både behandlingen, plan og målsetning for oppholdet samt aktiviteter: *"Dårlig informasjon"; "hva var rollen min?"; "det føles uforutsigbart – spesielt med hensyn til hvem som er behandler og hvem som er primærkontakter"*.

I tillegg fremkom det et ønske om mer forutsigbarhet i forhold til innhold på dagene: *"Ønsket plan over flere dager"; "litt for mye avlysninger av avtaler – har blitt avlyst etter at den skulle vært"; "Fikk behandler tredje dagen – for sent"*.

Flere beskrev et ønske om mer informasjon om undersøkelser og behandling: *"CT – fikk ikke informasjon"; "ønsket å snakke mer med lege – redd for ECT"*. En informant beskrev at bytte av behandler var sårbart: *"Bytte av leger – da forsvinner det jo litt informasjon på veien – i hvert fall følte jeg det sånn"*. To informanter beskrev mangler ved informasjonsflyten på denne måten: *"For mange personale å forholde seg til - må gjenta informasjonen"*. En informant opplevde å miste førerkortet under innleggelsen og beskrev dette slik: *"Mistet førerkortet – ble ikke informert om at det var en konsekvens av å be om hjelp"*.



Motstridende beskjeder: Enkelte informanter beskrev at det de var minst fornøyd med var motstridende beskjeder: *"For en som gjerne vil gjøre ting riktig er det vanskelig å få motstridende råd fra ulike mennesker"; "trodde jeg skulle til Lier og fikk sjokk da jeg skulle hit – alt ble galt og jeg ble redd"; "Jeg fikk forskjellige svar med hensyn til bivirkninger av medisiner – alt etter hvem man spurte"*.

Tilgjengelighet: Mange informanter påpeker betydningen av at personalet er tilgjengelig når de har behov for det. Enkelte uttrykte at de var godt fornøyd med dette: *"Personalet er tilgjengelig"; "Jeg har fått nok behandling og oppmerksomhet – godt fulgt opp"*.

Andre positive beskrivelser var: *"Følte meg godt ivaretatt både medisinsk og sosialt"; "Det lille ekstra – brødbaking om natta"; "Flink kontakt – fått på plass planer med vedkommende"; "få gode råd og oppmuntring til å mestre"*. Betydningen av at personalet tar ansvar hvis en selv ikke orker eller klarer kommer også frem: *"Visste at personalet ville gjøre det hvis jeg ikke klarte"*.

I de tilfellene der informantene opplevde at personalet var lite tilgjengelige ble det beskrevet slik i flere intervjuer: *"Ikke alltid at personalet var tilgjengelig – at jeg ikke fant kontakten min"; "litt vanskelig å finne personalet av og til"; "personalet på et sted – pasientene på et annet sted"*. I enkelte intervjuer beskrives også en opplevelse av manglende interesse fra personalets side: *"De ansatte viste til dels manglende interesse for pasientene"; "personalet kunne vært mer synlig, tatt mer kontakt"*.

Mer konkret kommer det også frem beskrivelser som: *"Helg og kveld opptatt av TV – ikke oss"; "Innlagt fredag – satt alene til søndag"; "personalet leste – følte meg avvist"; "opplevde at et personale ble sur da jeg skrudde av TV"; "tok ikke hensyn til at jeg ikke ønsket å se TV"*.

#### 4.2.2 Rammene for behandlingen

I denne subkategorien har jeg inkludert de beskrivelsene som omhandler det konkrete innholdet i behandlingen. *"Intensiv behandling"; "her blir jeg møtt som folk, ikke bare som symptom eller diagnose"* beskrev to informanter i denne studien. Andre sa det slik: *"Bra at*

*det er tilbud hver dag- det hadde blitt kjedelig ellers”; ”her kan jeg bruke de ressursene som ikke er syke også”; ”godt å bli trodd på og gitt ansvar, selv om jeg trenger skjerming og en mykere overgang til å komme hjem”.*

Forutsigbarhet, rutiner og struktur: En informant var mest fornøyd med:

*”Forutsigbarhet – rutiner og struktur”. Andre beskrev det slik: ”Bra opplegg på dagen”; ”gode – faste rutine”.*

Flere beskrev spesielt at det er viktig med spontane samtaler: *”godt med mulighet for spontane samtaler”*. Andre var opptatt av at samtalene var planlagte: *”Kontinuiteten i behandlingen - faste samtaler”; ”viktig med planlagte samtaler”*.

To informanter beskrev betydningen av *”faste kontakter”; ”bra med primærkontakter – ikke forskjellige kontakter hver dag”*.

I andre intervjuer ble det fremhevet som negativt når rutine og strukturen ikke var på plass: *”Hadde forventning om mer program – mye ble avlyst”*. Opplevelsen av manglende forutsigbarhet ble beskrevet på denne måten: *”Å ikke sette opp tider i møter dere er opptatt av”*.

*”Jeg ble godt fulgt opp, har fått tid til å bearbeide”*. En god måte å bearbeide på ble beskrevet slik; *”å skrive stemningslogg”*. Flere fremhever kognitiv terapi positivt: *”Kognitiv terapi – hjelp og støtte med tankene”; ”kognitiv terapi – kjenner igjen”*. En informant beskrev det følgende i feltet *”hva var du minst fornøyd med ...?”*: *”Alle skjemaene som skal fylles ut”*.

Mottagelsen. På spørsmålet om hva du var mest og minst fornøyd med under oppholdet beskriver flere mottagelsen i avdelingen: *”Mottagelsen jeg fikk da jeg kom – ble tatt i mot med åpne armer”*. En beskrev det slik: *«var redd for å komme hit- at folk skulle se ned på meg- dømme meg»*. To informanter påpekte negative erfaringer: *”Innkomstdagen da personalet ikke visste at jeg kom”*: *”mottagelsen av overlegen”*.

Flere informanter beskrev betydningen av: *"Undervisning, grupper og mulighet for fritidsaktiviteter"*.

Undervisningen Enkelte i personalgruppen underviser om forskjellige temaer tre ganger i uken. Mange informanter fremhever det positive med dette: *"Et helt nytt og annerledes konsept for meg"*; *"undervisningen var spesielt bra"*. Alle temaene som det undervises i ble beskrevet positivt på forskjellige måte. Noen av beskrivelsene som kom frem var: *"Informativ og inkluderende"*; *"interessant med undervisning ..."*; *"fint med undervisning og morgenstrek"*.

Grupper. Gruppeaktiviteter ble fremhevet som positivt i flere intervjuer. Andre opplevde det negativt: *"Grupper"* inkluderer både gruppeterapi, kreativ gruppe, morgenmøte og bevegelsesgruppe. Når det gjelder gruppeterapien vokser det frem følgende positive beskrivelser: *"Grappa – andre å dele med. Det blir klart at andre også sliter med ting, man føler seg mindre isolert, folk åpner seg"*; *"gruppa passet godt for meg"*. Andre beskrev det slik: *"Grappa var trykkende"*; *"gruppa var vanskelig når vi bare satt der og ingen tok styringen"*. En informant beskrev grappa som en måte å utfordre seg selv: *"Litt vanskelig med grupper, men utfordrende"*.

Samtaler: *"Gode samtaler"* ble beskrevet av flere som det de var mest fornøyd med. Mange informanter presiserer ikke hvem disse samtalene er med. Andre skiller på samtaler med *"personalet"*, *"behandler og kontakt"*, og *"behandler"*. *"De gode samtalene med behandler"*; *"Samtalene med behandler og kontakt"*. Innholdet i samtalene ble blant annet beskrevet som å få veiledning og kunnskap. *"jeg ble veiledet og hadde mulighet for samtaler"*; *"Å få hjelp med det psykiske og årsaker"*. En informant beskrev å få snakke om vanskelige temaer: *"Jeg har fått snakke om døden"*.

Flere negative beskrivelser omhandlet et ønske om mer samtaler; *"Ønsket flere samtaler med personale"*; *"ønsket mer terapi – samtaler – grupper – undervisning"*; *"for lite legesamtaler"*; *"tatt tid å konkretisere og komme i gang med behandlingen"*. En informant beskrev dette: *«Dumt at jeg var her når så mange av personalet var på kurs, fikk ikke kommet i gang med samtaler»*.

Enkelte informanter beskrev negative erfaringer om dette: *"Sier han ble lovet samtale med behandler som ikke ble noe av"; "det ligger mye idealisme her, men lite realisme – vil mer enn man får til".* En informant gir uttrykk for en forventning om *"behandlersamtaler"; "Lange perioder hvor det ikke skjedde noe med hensyn til behandlersamtaler"* En informant beskrev dette ønsket: *"Hadde ønsket mer terapi for de bakenforliggende traumene"*.

Opplevelsen av å bli mistenkeliggjort vokser frem i enkelte intervjuer: *"Hadde et dårlig møte med lege – ble mistenkeliggjort – ikke respektert"; "legenes væremåte"; "ble ikke hørt av legen"*.

Flere informanter beskrev betydningen av en balanse mellom det å få være i fred og muligheten for å snakke med noen: *"Har fått være i fred når jeg har hatt behov for det - hatt noen å snakke med når jeg har hatt behov for det"; "ikke for lange prater"*.

Akupunktur: Avdelingen har tilbud om akupunktur, og det ble kommentert på denne måten: *"Akupunktur – godt i stedet for tabletter, samme virkning"*.

Fysioterapi: *"Trim for kropp og sjel"* oppsummerte en informant i denne studien. Mange informanter fremhever betydningen av at fysioterapi er en del av behandlingen. I avdelingen er det ansatt en psykomotorisk fysioterapeut i 50 prosent stilling. Flere informanter beskrev nytten av fysioterapi og fremhevet dette i intervjuene. *"God oppfølging av fysioterapeuten"*. Å lære om sammenhengen mellom kropp og følelser ble beskrevet som viktig av flere informanter: *"Det er viktig med fysioterapi – har lært mye av det"; "jeg har lært at kroppen min reagerer når jeg ikke har det bra"*.

Hjelp med økonomien: Avdelingen har en sosionom som er ansatt i 100 prosent stilling. Denne hjelpen ble beskrevet i flere intervjuer som noe informantene var mest fornøyd med. Eksempelvis for å få oversikt og hjelp til økonomi, søknader og samtale med arbeidsgiver. *"Fikk god hjelp med økonomien av sosionomen"; "å snakke med noen om økonomien min"; "fått mye hjelp, vet hva som skjer – søknader"; "alt som må gjøres og at det tar tid"; "samtaler med arbeidsgiver – det får ta den tiden det tar - bli frisk"*.

På spørsmål om hva du var minst fornøyd med beskrev flere at det var mange mennesker å forholde seg til: *"Vanskelig med mange fagpersoner å forholde seg til"; "Litt for mange å forholde meg til"*. En informant beskrev at det handlet om at informasjon må gjentas; *"for mange personale å forholde seg til – må gjenta informasjonen"*.

Planlegging av utskrivelse: Noen informanter beskrev at de var mest fornøyd med planleggingen av utskrivelsen. Generelle kommentarer handler om; *"lykkelig for utskrivningsperm – fikk fotfeste hjemme"; "God plan om å komme hjem"*.

Mens flere problematiserte uforutsigbarhet og mangler ved planleggingen av utskrivelsen. *"Uforutsigbarhet i forhold til veien videre og behandler – planer – mye stress – mye møter"; "utskrivelse rett før helgen – uklart, rotete om hvor lenge jeg skulle være her"*.

En informant beskrev at vedkommende ikke har vært delaktig i prosessen med utskrivelsen overhodet; *"Har den siste uka følt meg som en tilskuer – passasjer i livet mitt. Får ikke være med på prosessen med utskrivelse"*.

Planleggingen av oppfølgingen etter utskrivelse ble også fremhevet: *"Første gang tilbud om oppfølging – veldig bra!"; "Jeg ser at det blir gjort noe – de ute følger opp"*.

#### 4.2.3 Tilpasset behandling

I mange intervjuer beskrev informantene at de har erfart å bli møtt på sine individuelle behov: *"Alle har tilpasset seg mine individuelle behov"; "alt jeg har hatt behov for og bedt om har blitt ordnet med en gang"; "samarbeidet med lege – ble hørt på mine tanker og forslag"*.

Beskrivelsene av disse erfaringene handler om at behandlingsopplegget ikke ble opplevd for rigid, og at det er rom for vurderinger og individuelle tilpasninger. For eksempel der lengden på oppholdet ble endret: *"Fikk forlenget oppholdet"; "jeg har fått den tiden jeg har trengt"*. En informant bemerker at terskelen for innleggelse ikke er for høy: *"Fikk lov til å komme selv om jeg ikke er suicidal"*.

Andre beskrivelser av tilpasset behandling er: *"Frihet til å komme og gå"; "har fått sove lenge selv om det er forventet at man står opp"*.

En informant fremhever betydningen av en individuell tilrettelegging i form av aktiviteter utenfor avdelingen: *"Kabareten har vært et ekstremt godt tilbud for meg – livsnødvendig for å gi håp"; "bruke kreativiteten, pusterom, sunn flukt"*.

Delte beslutninger: I flere intervjuer beskrev informantene at de har erfart at det ble tatt hensyn til deres ønsker og behov. *"Det ble tatt mye hensyn til mine meninger – spesielt medisinerer – fikk tenketid"; "midt i kaoset har mine synspunkter blitt lyttet til"; "personalet har ikke alltid vært enig med meg, men vi har kommet til en ordning"*. En annen informant formulerte seg slik: *"ble tatt på alvor da utskrivelsesdagen nærmet seg og jeg fikk prøve meg på permisjon hjem"*.

Flere informanter beskrev å få være med på beslutninger vedrørende behandlingen. En informant sa dette: *"Så hva jeg mener det har dere godtatt, jeg ble tatt ordentlig på alvor, og at beslutninger ble tatt sammen med meg – viktig for selvrespekten"; "gode diskusjoner – brukt erfaring"; "her blir man vist tillit – viktig for selvfølelsen. Få litt ansvar"*.

Andre beskrev en positiv utvikling basert på tidligere erfaring: *"Medbestemmelse – det er mer fritt nå"; "friheten – bare det å ha mye mer bestemmelsesrett har vært flott"; "har vært mye i psykiatri og det å få være med har vært suverent"; "glad det skjer slike ting, det er det beste"; "Beste oppholdet hittil – mer forutsigbart og tatt på alvor"*.

Enkelte beskrev negative erfaringer på denne måten: *"Beslutninger ble tatt over hodet på meg"*. Beskrivelsene til en informant ble gjengitt slik: *"Misfornøyd med behandler – ble ikke sett der hun er nå, følte det var for mye fokus på alkoholbruk og for lite på psykiske problemer"*.

Balanse mellom støtte og krav. Flere informanter kommenterte at de var fornøyd med å bli stilt krav til: *"pushet på og sparket bak"; "ble utfordret – godt med en behandler som ikke bare er forståelsesfull"; "de lar meg ikke i fred - blir hørt og sett"*.

Tvang. På spørsmål om hva de var minst fornøyd med er det flere som beskrev forhold som gjelder tvang. *"Misfornøyd med å være tvangsinnlagt"; "tvang – særlig medisiner"*.

En informant reflekterer rundt temaet på denne måten: *"Jeg er på feil sted, blir tatt fra brusbokser og ledninger, men stusser, hva er i veien med meg?"*.

Medisiner. Flere informanter beskrev negative erfaringer vedrørende medisiner: *"For mye fokus på medisiner"*; *"fikk ikke sterke nok smertestillende"*. Flere beskrev opplevelsen av et tungvint system: *"Tungvint å få Paracet for hodepine"*. Andre beskrev mangel på informasjon: *"Ikke blitt informert i forhold til depot"*; *"informasjon om behandling med insulin og årsaker til psykiske problemer"*; *"ingen informasjon ved oppstarten av medisiner"*. Flere gav uttrykk for opplevelsen av å ikke ha blitt hørt. En uttalte det på denne måten: *"Har sovet dårlig, men har gitt opp å snakke med personalet – ikke sagt fra om det til legen"*. En annen sa det slik: *"Det tok lang tid å endre medisineringsen"*. En informant påpekte at det var *"mye rot med sykemeldingen"*.

Flere informanter påpekte negative erfaringer med at behandling som var startet opp ute (ekstern behandling) ikke ble fulgt opp: *"At det ikke ble gjort endringer på medisineringsen"* (pasienten er på nedtrapping i samråd med rehabiliteringspoliklinikken på grunn av bivirkninger); *"nedtrappingsplanen ble neglisjert – det er ikke greit"*.

## 4.3 Aktiviteter

I mange intervjuer er det kommentarer som omhandler muligheten for aktiviteter, og flere informanter beskriver et ønske om mer. Slik jeg forstår dette handler det om et behov for adspredelse og distraksjon også utenom behandlingstiden fra 8- 16. For noen pasienter passer det bra med mye aktiviteter, andre setter pris på at det ikke er for mye fastsatt program.

### 4.3.1 Noen dager tomme – andre veldig fulle

På spørsmålet om hva du var minst fornøyd med under oppholdet på avdelingen beskrev en informant det slik: *"Noen dager tomme – andre veldig fulle"*. En annen svarer; *"skulle ønsket mer aktiviteter"*.

Flere informanter beskrev at det de var mest fornøyd med var nettopp muligheten de hadde for meningsfulle aktiviteter: *"Bra med mulighet for meningsfulle aktiviteter"*; *"kreativ gruppe"* (foregår på kveldstid, men er også en del av behandlingsopplegget); *"mye å gjøre –*

*fritidsaktiviteter*". To beskrev at *"det er en god balanse"* og at det er *"bra med fritid om ettermiddagen"*.

I materialet fremkommer det flere beskrivelser av hva som er et tilfredsstillende tilbud, og at en god balanse mellom aktiviteter og hvile varierer: *"Mangler aktiviteter – flere ting å gjøre"*; Flere informanter begrunnet dette ønsket slik; *"det kunne fort bli kjedelig ..."*; *"mye dødtid"*. En informant kommenterte at aktiviteter hjelper på uro: *"Trenger noe å gjøre - indre uro"*; Aktiviteter som en del av et fellesskap fremheves også i flere intervjuer. *"Noe felles er godt i forhold til dagen"*; *"ønsker mer felles aktiviteter"*.

I tillegg er det beskrevet i flere intervjuer at det er positivt med mulighet for aktiviteter utenfor seksjonen: *"Kabareten var livsviktig for meg"*; *"glad for kafeen"*; *"fritidssenteret som er behjelpelig med aktiviteter, utstyr og alt som trengs- unikt!"*.

Enkelte beskrev at de var minst fornøyd med tilbudet på kvelder og i helgene: *"Litt kjedelige kvelder"*; *"det kunne vært mer program i helgene"*; *"kunne hatt litt mer undervisning på kveld – gruppearbeid, spill, bingo"*; *"aktivitetstilbudet på ettermiddag og kveld"*,

Negative kommentarer om høytider, ferier og kursavvikling ble også beskrevet: *"lange kjedelige dager når det ikke er aktiviteter"* (Jul); *"kom inn på helligdag"*; *"dumt at jeg var her når så mange av personalet var på kurs, fikk ikke kommet i gang med samtaler"*.

I mange intervjuer beskrev informantene spesifikke forslag til hva som kan være innholdet i aktiviteter, og disse velger jeg å oppsummere avslutningsvis: *"Savnet noe utstyr på aktivitetsrommet"*; *"puslespill med færre brikker"*; *"ønsker lettere tilgjengelighet til mer lekpregede aktiviteter som kubbe, badminton, korridorbowling med mer"*; *"ønsket mer aktiviteter – tegne- å male"*; *"filmkveld – spillkveld – temakveld"*; *"ønsker en bedre ergometersykkel på aktivitetsrommet"*; *"kanskje en massasjestol – på biblioteket for eksempel"*; *"ønsker andre fritidsaktiviteter som for eksempel spill"*.



## 4.4 Relasjoner

*”Det beste er menneskene her”* uttaler en informant i denne studien. I intervjuene som er utgangspunktet for denne studien beskriver mange informanter at ”personalet” er det de er mest fornøyd med etter oppholdet på avdelingen. Mange av disse er navngitt. I ett intervju beskrev pasienten at det var *”krasj med kontakten”*. Det kommer ikke frem om dette førte til et bytte av kontaktperson. Flere fremhever betydningen av at man er kjent fra tidligere: *”at noen kjenner historikken og tør å sette noen grenser”*; *”tør å snakke om vanskelige temaer”*.

Relasjoner er summen av 1) rolig og kompetent, 2) det beste er menneskene her, samt 3) pårørende kommer på besøk og blir ønsket velkommen

### 4.4.1 Rolig og kompetent

I intervjuene som er utgangspunktet for denne studien kommer det frem at egenskaper hos personalet samt kontakten mellom mennesker er noe av det viktigste som bidrar til en god relasjon. Balansegangen mellom å være profesjonell og samtidig et medmenneske beskrives på flere måter i intervjuene: *”Betryggende og fine folk som har gitt meg trygghet og ro”*; *”dyktige og forståelsesfulle”*; *”profesjonelle og varme mennesker”*; *”rolig og kompetent”*.

Relasjonen. Enkelte beskrev kontakten med personalet på denne måten; *”jeg er veldig fornøyd med teamet mitt, primærkontaktene mine har vært der for meg i medgang og motgang”*; *”jeg hører hva du sier – mottagelig for spørsmål og gir gode svar”*; *”kontakten vi har, vi matcher så godt – ikke noe dilldall”*; *”all star team”*. Opplevelsen av god kommunikasjon og tillit ble også fremhevet. *”God kommunikasjon med alle ansatte”*; *”har gitt meg trygghetsfølelse og tillit”*.

Engasjementet til *”sjefen”* løftes også frem: *”Sjefen som ikke er sjefete – går turer med pasientene”*; *”god ledelse – alltid må være der når det kommer noen nye”*; *«inkludert sjefen som har så mange baller i luften samtidig»*.

Beskrivelsene av negative erfaringer handlet om opplevelser av å bli møtt med forutinntatte holdninger og det som ble beskrevet som opplevelsen av respektløs behandling: *"Enkelte av personalet møtte henne med en forutinntatt holdning avhengig av innkomst etter utskrivelse"*. (Rask reinnleggelse etter utskrivelse). En annen beskrev en *"respektløs behandling i etterkant av en undervisning"*.

Likeverd: En informant beskrev følelsen av *"å bli møtt som et ordentlig menneske"*. Andre beskrev det slik: *"Personalet har gjort meg synlig og inkludert, føler at man fortsatt er en person"*; *"hvordan de snakker, lytter, godt at folk vil høre på meg"*; *"de så meg – tok meg på alvor"*; *"behandlet meg med respekt og likeverd"*.

Respekt: Mange beskrev å bli møtt med respekt på denne måten: *"Møtt med respekt – også av de på kjøkkenet"*; *"rolige avslappede, omsorgsfulle som jeg følte ønsket meg det beste og behandlet meg med respekt"*; *"den gode følelsen av å bli tatt vare på, respektert og forstått"*; *"føle at man fortsatt er en person"*; *"fått en følelse av at folk bryr seg"*.

#### 4.4.2 Det beste er menneskene her

Enkelte kommentarer beskrev en ekstra dimensjon i kontakten med personalet.

«Jeg føler meg omgitt av engler» sier en informant i denne studien. Andre beskrev *"varmen og innlevelsen har gitt trygghet"*; *"forståelse"*; *"folk med et godt hjerte"*; *"å bli møtt som mennesker med ydmykhet og verdighet"*.

De følgende kommentarene beskrev opplevelsen av at personalet bryr seg: *"Var snill, omtenksum, roet meg med og gav meg det jeg trengte"*; *"de tar seg tid"*; *"bryr seg"*; *"gir meg selvfølelse – hva jeg synes om meg selv"*; *"er oppriktig interessert, hjelpsomme, så meg for den jeg er"*. I tillegg i tillegg beskrev en informant det slik: *"Mine irritasjoner – og at dere godtar det"*.

#### 4.4.3 Pårørende kommer på besøk og blir ønsket velkommen

Oppfølging av pårørende er et eget punkt i intervjuprotokollen. Imidlertid er det flere som i tillegg også kommenterer de pårørende i de åpne spørsmålene. I de intervjuene der pårørende blir nevnt handler det om å tilrettelegge og ta tak: *"Personalet legger til rette for, og tok tak i*

*forholdet mellom min kone og meg”; ”at besøk blir planlagt og forberedt, og at de blir ønsket velkommen”; ”mulighet for å være sammen med barna”; ”den måten besøk av pårørende ble ivaretatt av personalet”; ”familien min ble godt tatt vare på”.*

Flere beskriver også positive erfaringer med at pårørende blir hørt, sett og inkludert ut over at de er på besøk: *”familien min har blitt hørt og sett”; ”fint at foreldre, søster og samboer har fått delta”*. I et intervju fremheves betydningen av at det ble individuelt tilrettelagt ut over *”reglene”; ”Veldig godt for pasienten at hennes ektefelle ble inkludert, tatt vare på, fikk spise – viktig i deres krise”; ”fått på plass planer med pårørende – viktig med mestringsplan – at pårørende er på nett”*. Oppfølgingen av barna blir også kommentert: *”At barna ble ivaretatt og respektert”*.

På spørsmål om hva du var minst fornøyd med er det få informanter som beskrev negative kommentarer med hensyn til pårørende. Der det er kommentert i dette materialet handler det om brudd på taushetsplikten og manglende informasjon: *”Kontaktpersonen bryter uanmeldt inn i besøk av pårørende og tilbyr samtale om pasienten mot pasientens vilje”; ”dårlig informasjon til pårørende”*. En informant savnet tilbud om familiesamtale: *”Savner tilbud om familiesamtale”*

## 4.5 Meg selv

En stor kategori som vokste frem i gjennomgangen av dataene har jeg kalt «meg selv». Denne kategorien viste seg å være omfattende og er delt inn i subkategoriene 1) lært mye om meg selv, og 2) hjelp til å leve. Flere informanter omtaler innleggelsen som en viktig « pause fra hverdagen», noe som gir tid og mulighet for ettertanke og refleksjon.

### 4.5.1 Håp og mestring

Betydningen av selve innleggelsen beskrives i flere intervjuer. *”Jeg hadde gått for mye for meg selv hjemme – det var derfor jeg kom hit – der prater jeg med meg selv – ensom”* sier en av informantene i denne studien. Innleggelsen som en lærende prosess ble også hyppig kommentert i intervjuene: *”Har lært å forstå mine følelser og meninger”; ”skjønner problemene mine bedre”*.

Egeninnsats. *"Jeg er positivt overrasket over egen innsats"; "egeninnsats- stolt" sier to informanter i denne studien. "Synes jeg har fått det til, kommet meg over kneika – ikke drikker"; " jeg skammer meg ikke over å være her".*

Flere informanter beskrev betydningen av egen innsats på forskjellige måter i intervjuene: *"Jeg har turt mer – og det har kommet fra meg selv"; "jeg har lært mye om meg selv og hvordan jeg kontrollerer det"; "trygghet fremover"; "føler jeg har fått opp noe av det jeg sliter med"; "gleder meg til noe"; "gleder meg til å stå opp – prognosen"; "har lært mye, jeg vet hva jeg må endre"; "Jeg bryr meg – har fått ryddet og sortert mye i forhold til venner og liknende".*

De negative beskrivelsene i denne kategorien handlet om pasientens egen innsats: *"Meg selv- må møte personalet på halvveien"; "min frustrasjon over sykdom – å måtte være innlagt".*

Bevisstgjøring: *"Bevisstgjøring i forhold til at jeg trenger hjelp til å komme meg videre"; "har blitt bedre i forhold til hva jeg har vært tidligere takket være medisiner"; "annerledes runde nummer to – et skritt videre – må ta valg selv om de er vanskelige"; "det tok lang tid før jeg skjønnte hva som var galt – at alkoholen motvirker medisinene jeg bruker"; "jeg har greid å si fra"; "jobbet – trent på å sette grenser"; "tok tak i meg selv – gråter ikke for alt"; "Jeg bruker kreftene på å rydde i hodet".*

Pause fra hverdagen: *"Når jeg ikke har det bra er det bra å være her – det gir trygghet fremover for meg selv og barna" beskrev en informant. Dataene i denne studien viser at innleggelsen også har en funksjon som en pause fra hverdagens krav: "Får lov til å lære, tenke, reflektere – tid til meg selv"; "har fått strukturert tankene og livet"; "tenke klart uten avsporing"; "tid for refleksjon"; "jeg trengte å komme inn og slappe av"; "har fått mer livsvisdom her"; "nå tenker jeg klart uten avsporing."; "visste ikke at jeg var så sliten"; «klarar nå å tenke på familien».*

Flere informanter beskrev hvordan de utnyttet miljøet: *"jeg har oppmuntret meg selv- gode rutiner"; "morgenmøte og kaffe er hyggelig"; "strikket og heklet – oppmuntrende"; "brukt tiden på å hvile, prate, få orden på søvn – jeg styrer angsten".*

#### 4.5.2 Hjelp til å leve

I dataene vokser det frem at håp og en følelse av mestring er sentralt i bedringsprosessen.

Flere informanter beskrev dette på forskjellige måter: *"Jeg er et helt annet sted – livslyst"; "jeg er ikke redd for meg selv"; "mer trygg på fremtiden - HÅP!"*.

Resultatet av bedringsprosessen beskrives på denne måten av flere informanter: *"Ikke så blytung som ved innleggelsen"; "føler jeg er klar for å starte på nytt og at det går min vei dette året"; "bedringen er synbar"; "klarte selv å sette grenser"; "hadde ro"; "ser positivt på framtidsutsiktene"; "får håp om å leve, har fått hjelp til å leve".*

Flere informanter beskrev et utbytte av oppholdet på denne måten: *"Fått orden på søvn"; "fått teknikker"; "en form for avrusning"; "har lært mye, har fått stelt meg – viktig!"*.

Flere beskrev tiden etter utskrivelse slik: *"Det blir en overgang – eget ansvar – må håndtere"; "blitt bedre enn da jeg kom – sover godt om natta – så bra som det kan bli"; "psykose – verden som jeg ser den – synes det er unormalt nå".*

En informant hadde håpet å bli *"kurert"* og beskrev det slik. *"At jeg ikke har blitt så veldig mye bedre, skulle ønske jeg kunne vært helt kurert ved utskrivelse, men vet at dette ikke er mulig i min situasjon".*

Alle utsagnene kan sammenfattes i uttrykket «å få hjelp til å leve».

## 5.0 DRØFTING

Denne studien har til hensikt å undersøke hvilke faktorer som er betydningsfulle for pasienttilfredshet ved opphold i en psykiatrisk døgnsesjon. Hva er det pasientene er mest fornøyd med, og hva er de minst fornøyd med?

Den overordnede teoretiske rammen for denne studien er basert på psykisk helsearbeid og recovery. Systematisk innhenting av kvalitative data om pasientenes erfaringer kan forstås som brukermedvirkning (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Helsedirektoratet, 2011).

Kategoriene presenteres i den rekkefølgen de fremsto i materialet. Viktige funn handler om betydningen av omgivelser, selve behandlingsopplegget, aktiviteter, relasjoner og meg selv. Disse kategoriene inneholder mange nyanser, men innenfor rammene av en masteroppgave har jeg valgt å gjøre et utvalg innenfor hver kategori. Deretter diskuterer jeg disse ut fra det jeg anser som et hovedanliggende i hver kategori.

Funnene belyses av teori og litteratur som er beskrevet i teorikapittelet. I tillegg bruker jeg teori og litteratur som ikke er presentert tidligere, men som har kommet til underveis. Denne teorien inkluderes der jeg anser det som relevant underveis i drøftingen.

### 5.1 Omgivelser

Det er enkelte faktorer som utmerker seg i intervjuene ved at det er mange kommentarer om det samme temaet. En av disse faktorene er betydningen av omgivelsene. Mange informanter påpeker at omgivelsene både inne og ute var noe av det de var mest fornøyd med, og dette er således et viktig funn i denne studien. Omgivelsene handler her om gode fysiske rammer samt miljø og fellesskap. Dette er i tråd med andre studier der en fant at omgivelsene er med på å skape en god atmosfære for den mellommenneskelige kontakten og utgjør en del av helheten i behandlingen (Borge & Fagermoen, 2008; Thomas et al, 2002). Et godt sted å være handler om et gjensidig samspill mellom pasienten, personalet, og de fysiske omgivelsene (Vatne, 2006, side 28). Gode omgivelser gir i tillegg positiv energi, mot til å leve og motivasjon for behandling (Borge & Fagermoen, 2008). I fine omgivelser vil en også lettere forholde seg positivt til det som foregår der, noe som kan ha betydning for både holdningen til helsetjenesten og behandlingen som tilbys (Vatne, 2006; Koldstad, 2007; Bergsland, 2008; 70

Husum & Norvoll, 2014). Enkelte sier det så sterkt som at estetisk skjønnhet både ute og inne ”gir en verdi som menneske, trygghet, og opplevelse av og ikke være alene” under en sykehusinnleggelse (Borge & Fagermoen, 2008, ).

Å ha det hyggelig rundt seg er en selvfølgelig en viktig del for de aller fleste. De gode følelsene som kan vekkes når vi går inn i et vakkert rom, ser et vakkert maleri, eller nyter en vakker utsikt kan mange kjenne seg igjen i. Motsatt kan de fleste også kjenne motløshet og irritasjon hvis en oppholder seg et sted som en opplever som stygt og lite tiltalende. Min opplevelse er at dette fremdeles ikke er en grunnleggende tankegang innen psykisk helsevern, til tross for at fysiske faktorer som arkitektur, kunst, kultur og estetikk også er viktig for mennesker med psykiske lidelser (Naper, 2006; Kolstad, 2007; Borge & Fagermoen, 2008; Bergsland, 2008; Husum & Norvoll, 2014).

#### 5.1.1 Gode fysiske rammer

I mange år har det vært et fokus å innrede seksjonen som et koselig og elegant hjem, hvor møblene har duse fargetoner med matchende puter, gardiner og tilbehør. Alt er anskaffet i regulære møbelbutikker. Pyntegjenstander og blomsterpoter er bevisst plassert for å gi et tiltalende inntrykk. Det er kunst på veggene, rolige farger og temaer på dekorasjoner. Det er laget små sittegrupper og hyggelige tablåer i korridorene. De tre stuene er innredet med tanke på forskjellige funksjoner. En dagligstue for miljø og fellesskap, en TV/spill/video stue for de som ønsker noe annet enn det som foregår i dagligstuen, det være seg fotballkamp, film eller å snakke sammen. I tillegg er dette stedet der de unge voksne ofte holder hus. Det finnes også en «stillestue» der det ikke er TV eller radio, men som er innredet med tanke på besøk, barn (leker og spill) samt at stuen gir en mulighet til å trekke seg vekk fra resten av avdelingen. I umiddelbar nærhet er det et lite bibliotek som er resultatet av donasjoner fra personalet samt tidligere pasienter som har lagt igjen bøker til glede for andre. Kopper, glass og service er også valgt ut med tanke på god funksjonalitet samt det estetiske. Utendørs er det vakre omgivelser med store grøntområder, gode turmuligheter og fjorden er i umiddelbar nærhet. Mange kommenterer et positivt førsteinntrykk ved at det oppleves fint og annerledes, og noe annet enn de forventet. Dette gjelder både pasienter, besøkende og kollegaer fra andre seksjoner. Min egen erfaring fra flere andre avdelinger er at dette er kunnskap som fremdeles ikke gis stor plass. Omgivelsene er noe som gjerne kommer langt ned på listen, - ofte med

begrunnelsen økonomi. Nedslitte lokaler, stadig på vent for å få nødvendige midler. Et tilsynelatende sammenrasket møblement arvet fra diverse kontorer, eller andre avdelinger. I tillegg eksisterer det ofte en sikkerhetstenkning som fører til at en ønsker å fjerne alle potensielt «farlige» gjenstander, kanskje langt ut over det som er nødvendig? For eksempel lamper, potter, lys, kniver og gafler. En følge av dette er at en fjerner mange gjenstander vi mennesker vanligvis omgir oss med, og som slik jeg ser det er med på å opprettholde stigmatisering, både fra seg selv og andre. Hva om det vi er redd for ikke skjer, nettopp fordi tingene rundt oss er vakre?

Denne problemstillingen ble også aktualisert i forbindelse med bygging av nytt Østfoldsykehus, der balansen mellom trivsel og sikkerhet ble tematisert i forbindelse med forskning om selvmords-forebygging. Utformingen av avdelingene var gjenstand for forhandlinger mellom arkitektene og helsepersonellet (Gjelstad & Larsen, 2013). Fagpersonene fra psykisk helse ønsket et fokus på sikkerhet foran alt annet, mens andre var opptatt av at en for ensidig oppmerksomhet på et sterilt og sikret lokale kan bidra til et for sterkt fokus på for eksempel villet egenskade og selvmordsadferd. Forfatterne hevder at lokaler som er varme og åpne med fokus på trivsel trolig kan bidra til reduksjon av angst og aggresjon og derved redusere risikoatferd (Gjelstad & Larsen, 2013, side 14). Temaet blir også løftet frem i forbindelse med ny forskning om tvangsreduksjon der Husum & Norvoll (2014) fant flere studier som antyder at endringer i arkitektur og innredning kan bidra til at det brukes mindre tvang (for eksempel Schaaf, Dusseldorp, Keuning, Jansson & Noorthoorn, 2013 i Husum & Norvoll, 2014). Dette understøttes også av Gilbert et.al (2008) som fant at lukkede avdelinger med «fengselaktige» forhold kunne føre til øket selvskading og selvmordsforsøk. (Bowers et.al (2007) i Gilbert et.al, 2008).

Andre studier utfordrer tanken om at pasienter i skjermede avdelinger skal ha minst mulig stimuli (Vaaler, Morken & Linaker, 2005; Bergsland, 2008) Forskerne fant at interiør og møblering som i et «vanlig hjem» i skjermingsområder hadde en positiv effekt også på aggressive pasienter. Pasientene trivdes bedre i fine omgivelser, og vandalisme gikk ned i stor grad. I tillegg kom pasientene seg forttere, og oppholdstiden ble redusert (Vaaler, Morken & Linaker, 2005). Det er også påvist sammenhenger mellom menneskers humør og deres vurdering av omgivelsene (Høie, 2003; Vaaler, Morken & Linaker, 2005). I omgivelser hvor en føler seg vel er det påvist at blodtrykket synker, svimmelhet, tretthet, smerte og bruk av



beroligende midler reduseres. I tillegg kan utformingen av omgivelsene redusere angst og depresjon, redusere muskelsmerter og gjøre sykehusoppholdet kortere (Høie, 2003; Vaaler, Morken & Linaker, 2005; Koldstad, 2007).

Flere informanter i denne studien kommenterte størrelsen på seksjonen både positivt og negativt. Noen synes det er godt at det er stort, og med gode muligheter til å trekke seg unna. Litteraturen viser til at romforholdene bør være egnet både for aktivitet og hvile (Borg & Topor, 2007; Hummellvoll, 2014).

Andre uttrykker misnøye med at det oppleves uoversiktlig og utrygt. Jeg har tidligere uttalt at diagnoser ikke er vesentlig i denne studien. Imidlertid er det en kjensgjerning at det er forskjellig hvilke karakteristika ved de fysiske rammene som innvirker positivt og negativt for forskjellige pasientgrupper (Hummellvoll, 2012). For eksempel trenger psykotiske personer oversikt, et relativt begrenset areal, men med god plass til alle. De trenger også rom til å bevege seg i (Hummellvoll, 2012). God fysisk plass på avdelingen og lav pasienttetthet kan bidra til reduksjon av tvang (Husum & Norvoll, 2014).

Flere informanter fremhevet «rommet» eller «rommet mitt» som noe av det de var mest fornøyd med. Noen beskrev også at de var positivt overrasket over å ha eget toalett og dusj. Det er vanskelig å si hva disse kommentarene egentlig handler om, men en mulig tolkning er at 6 av 12 rom i seksjonen er nybygd med eget bad, mange med fjordutsikt, og kan slik sett oppleves som en god ramme. Kommentarene kan også handle om at rommet er et trygt sted, som er «mitt», der «jeg» har kontroll. Studier viser at pasientene bør ha kontroll over områder som er «sine» i en psykiatrisk avdeling (Bergsland, 2008). Borge & Fagermoen fant at det handlet om private steder hvor pasientene kunne være sammen utenfor personalets kontroll. Topor (2007) beskriver en «oase» i en liten krok i korridoren, der forventningsløse møter med ergoterapeuten over en kopp te hjalp pasienten i bedringsprosessen. Hun hadde mye bedre tid enn sykepleierne, og bare var der. (Topor i Borg & Topor, 2007). Pasientenes kommentarer om rommet kan også handle om at de så for seg noe verre, basert på sine egne fordommer. Å bli innlagt i en psykiatrisk avdeling er fremdeles knyttet til et sterkt stigma (Borge & Fagermoen, 2008; Helsedirektoratet, 2011). En nyere studie viser at psykiatriske pasienter fremdeles er utsatt for omfattende fordommer og stigmatisering, også fra seg selv. Gullslett, Kim & Borg (2014) fant i sin studie at personer som har mottatt profesjonell hjelp for ulike

psykiske lidelser opplevde omfattende stigmatisering og nedlatende behandling. Dette handlet om personer «ute», men også om helsepersonell. I tillegg fant forskerne at personene stigmatiserer seg selv ved at de ser på seg selv som annerledes, svake, ikke som folk flest, og at de ikke «duger». Selvtilliten er vesentlig svekket (Helsedirektoratet, 2011; Gullslett et al, 2014). Historisk sett hadde man som regel ikke mulighet for enerom, men ble plassert på tomannsrom eller sal sammen med andre. Mange ser nok også for seg ribbede, ukoselige «celler» før de kommer.

Det fremkom også negative kommentarer. Disse handlet for en stor del om detaljer ved rommet, i tillegg til komfort med sengen og sengetøy. Slik jeg ser det kan disse kommentarene også forstås som et engasjement i «sitt eget». Når disse detaljene løftes frem i intervjuene tenker jeg at grunnen er at «rommet» og innholdet i dette er viktige faktorer som også har betydning for tilfredshet.

### 5.1.2 Miljø og fellesskap

Mennesker er ikke skapt for å være alene. De fleste har behov for å være del av noe, og føle fellesskap med noen. Så også våre pasienter. Å skape et miljø som gir grobunn for vekst og utvikling er en del av arbeidsoppgavene i en psykiatrisk avdeling (Hummelvoll, 2012). Mange informanter i denne studien beskrev faktorer som er viktig i miljøet.

Miljøterapi er et hyppig anvendt begrep innen psykisk helsearbeid, men er for mange et vagt og ullent begrep. Imidlertid er det slik at miljøterapi er en kompleks og krevende terapiform med strenge faglige krav (Lillevik & Øien, 2015). Fagpersonen som utøver miljøterapi må ha en kompetanse og ferdigheter innenfor et bredt teoretisk og metodisk spekter, og samtidig være i stand til faglig kritisk refleksjon rundt de terapeutiske tiltakene (Vatne, 2006; Hummelvoll, 2012; Lillevik & Øien, 2015).

Miljøterapi som metode handler om å tilrettelegge for fysiske og sosiale rammer samt relasjonelle tilnærmingsmåter (Vatne, 2006; Lillevik & Øien, 2015). Hummelvoll (2012) drøfter om miljøterapi passer til kortere sykehusopphold, og konkluderer med at miljøterapi fortsatt er berettiget under forutsetning av at man presiserer de faktorene som virker terapeutisk. På den måten er det også mulig å få et konkret grunnlag å evaluere virksomheten ut fra (side 495).

I intervjuene har pasientene brukt ord som beskriver betydningen av å være sammen med andre mennesker i et hverdagslig samvær, god stemning og hygge. Det uformelle samværet mellom pasientene er betydningsfullt både i forhold til læring og motivasjon for behandling (Borge, 2008). Pasientene kan være gode læringsmodeller for hverandre. Beskrivelsene av uformelle aktiviteter som ble nevnt i dette materialet var og bare være sammen, holde på med håndarbeid eller å se TV. I denne kontakten ligger slik jeg tolker funnene også en opplevelse å kunne være seg selv og ikke måtte ta på en «maske», og det kan være at innleggelsen knyttes til en pause fra «de der ute». Her ble også betydningen av måltider beskrevet av mange. Hummelvoll (2012) hevder at dette handler om at det oppleves normalt.

Det er mange beskrivelser som handler om personalets rolle i miljøet. Her handler flere beskrivelser om personalets trivsel i jobben, humor og evne til å spre optimisme. Flere fremhevet at humor var viktig også pasientene i mellom. Humor og latter er en viktig kontaktskapende faktor og bidrar til at mennesker blir kjent, samtidig som det bidrar til en god tone og en atmosfære som det er enklere å samhandle i (Eide & Eide, 2007). Humor kan bidra til økt nærhet og kontakt, og kan virke styrkende på båndet mellom hjelper og pasient og bidra til å skape en likeverdig relasjon (Eide & Eide, 2007). Bruk av humor bør allikevel ikke overdrives fordi det kan overskygge alvorlige elementer. Dette kan være med på å hindre fremgang og bearbeiding av tanker og følelser (Eide & Eide, 2007). Imidlertid er det gjerne slik at noen verdsetter humor, andre gjør det ikke, og en må derfor tilpasse bruken av humor.

Andre positive beskrivelser handlet om å møte andre i samme situasjon og dele erfaringer. Det er nyttig å erfare at andre sliter med noe av det samme som en selv, og det kan gi en følelse av fellesskap. Dette er et funn også i andre studier (Borge og Fagermoen, 2008; Thomas et al, 2002; Biering & Jensen, 2010). Borge og Fagermoen (2008) fant at sammen med andre pasienter følte de mindre skam og ensomhet. De opplevde også at det kunne være enklere å snakke med de andre pasientene enn personalet fordi de kunne snakke «samme språk» og var likeverdige (Borge & Fagermoen, 2008). I studien til Biering & Jensen (2010) handlet dette om tillit og vennskap og ble vurdert å være svært viktig. Samhandlingen med andre i samme situasjon kan være med på å gi pasienten sosiale ferdigheter og erfaringer som er viktig for bedringsprosessen (Borg & Topor, 2007). Flere informanter i denne studien fremhevet at selvtilliten ble styrket av tilbakemelding fra de andre pasientene.

Selv om mange informanter fremhevet miljø og felleskap som noe de var mest fornøyd med, kom det også frem beskrivelser fra enkelte som ikke var fornøyd. Noen informanter beskrev en underliggende følelse av ensomhet selv om de opplevde seg inkludert. For noen kan dette handle om lidelsen i seg selv, for andre kan det være mangelen på fellesskapsfølelse med de andre. Hummelvoll (2014) hevder at et godt miljø fordrer at pasientgruppen er noenlunde homogen (side 495), og dette kan således være en årsak til at enkelte ikke var fornøyd.

Egen erfaring er at mennesker med for eksempel depresjon eller angstproblematikk ofte kan ha lite til felles med mennesker med en psykoselidelse. Det kan skape angst og utrygghet (Hummelvoll, 2012). Borge & Fagermoen (2008) fant at hvis personalet bisto med å løse eventuelle konflikter mellom pasientene førte dette til at de så på det som nyttige og lærerike erfaringer. Steinsbekk et al. (2013) fant i sin studie at en god tjeneste må bidra med motivasjon, støtte og hjelp til å benytte sosiale arenaer innenfor tjenestilbudet.

Mange informanter fremhevet som positivt at personalet var mye tilstede i miljøet, og at dette opplevdes trygt. Enkelte beskrev at det var viktig at noen «passet på» og var observante, spesielt i forhold til andre pasienter. Beskrivelsene handler om at de kan fange opp situasjoner eller pasienter som har det vanskelig på et tidlig tidspunkt og dermed forebygge vanskelige situasjoner som i ytterste konsekvens kan føre til tvangstiltak (Husum & Norvoll, 2014).

De negative kommentarene handlet om situasjoner der personalet ikke hadde vært tilstedeværende. Måltidene ble fremhevet som en trygg arena når personale ikke var tilstede. Gilbert et al. (2008) fant i sin studie at alle informantene var opptatt av trygghet. Følelsen av trygghet var alltid koblet til andre mennesker og handlet som regel om redsel for vold. Dette er også i overensstemmelse med studien til Duggins & Shaw (2006) som fant at denne frykten påvirket tilfredsheten med oppholdet. Flere informanter opplevde personalet utilgjengelige uten at det kommer frem hva dette handler om, men en mulig forklaring er annet pasientarbeid. Vaktrommet er avdelingens «hjerne» der mye foregår. Borge & Fagermoen (2008) fant i sin studie at vaktrommets plassering og bruksmåte er noe som kan påvirke pasientenes følelse av verdi fordi det skiller tydelig «oss» og «dem». Thomas et al. (2002) påpeker også betydningen av at døren ikke er lukket til vaktrommet slik at man må banke på for å få oppmerksomhet fra personalet.

I intervjuene som denne studien bygger på, er det ingen kjennetegn som kan tyde på at det er en ung voksen som er intervjuet, men det kan heller ikke utelukkes. Det er en kjensgjerning at vi har mange unge voksne som så vidt har passert 18 år innlagt i seksjonen. Derfor velger jeg å løfte det frem. Hva er ungdom som er innlagt i en psykiatrisk avdeling opptatt av? Biering & Jensen (2010) fant at ungdommer opplevde det positivt å være innlagt ved at de var på et trygt og skjermet sted, og at de hadde nytte av kontakten med personalet og hverandre. Imidlertid opplevde de det negativt å være isolert fra skole, venner og familie. Spesielt det å være borte fra skolen ble fremhevet, med begrunnelsen at det var vanskelig å holde seg faglig oppdatert, og at de veldig raskt følte seg utenfor fellesskapet i klassen. Dette opplever jeg som interessant. I intervjuene har ingen tematisert problematikken i forhold til å være sykemeldt fra jobb.

## 5.2 Behandlingsopplegget

Hva som ble løftet frem som god behandling varierer i intervjuene. Beskrivelsene som kom frem handlet om hjelpen de fikk til å «velge livet», det de opplevde som det konkrete innholdet i behandlingen i form av struktur og innhold samt at behandlingen ble opplevd som individuelt tilrettelagt og tilpasset hver enkelt. En informant oppsummerte det slik: «Poliklinikker kan ikke hjelpe alle. Man trenger døgnbehandling med kompetente fagfolk, og det er det her».

### 5.2.1 Livredding

Det fremkommer mange beskrivelser av fagpersoner som har bistått med å se gode alternativer i subkategorien som har fått navnet «livredding». Mange innleggelser i spesialisthelsetjenesten begrunnes i at en er «til fare for seg selv» og det er et viktig helsepolitisk mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Denne problematikken blir ikke drøftet i denne studien bortsett fra å slå fast at flere informanter beskrev at de hadde fått god hjelp til å «velge livet» under innleggelsen. Jeg anser også dette som betegnende for målet med behandlingen: Å bistå personen på veien til målet som er et godt nok liv for den enkelte - å få hjelp til å leve.

Betydningen av å være innlagt og få hjelp av dyktige fagpersoner ble fremhevet i flere intervjuer. Pasientene i studien til Steinsbekk et al. (2013) fant at dyktige fagpersoner gir god og riktig behandling, og innhenter annen kompetanse når det trengs. De er lette å snakke med, lytter, og har tid. Dyktige fagpersoner fanger opp signaler, forstår dem og handler ut fra det. De er også til å stole på, og følger opp planer og avtaler (Steinsbekk et al. 2013). Lauveng (2007) beskriver fagfolkene som støttet hennes bedringsprosess ved at de så ressursene hennes og ikke sykdommen. Dette gjorde de ved å forholde seg til henne som et normalt oppgående menneske, snakke om andre ting enn sykdom og ellers gjøre hverdagslige ting. I tillegg var de også fagfolk (Lauveng, 2007).

Flere informanter i denne studien brukte også begrepet «god omsorg» om hva de var mest fornøyd med. Slik jeg tolker funnene handler det om å få tilstrekkelig oppmerksomhet og nødvendig bekreftelse på alle områder. Hummelvoll (2012) hevder at omsorg er en kjerneverdi i alt hjelpearbeid og derfor betydningsfullt for bedringsprosessen. Omsorg har å gjøre med å se den andre, hans/hennes behov og situasjon – og handle ut fra en innlevende forståelse (Hummelvoll, 2012, side 62). Vatne (2006) hevder at omsorg handler om å være til stede for pasienten og ta imot pasientens vanskelige følelser. Ved å være lyttende og oppmerksomt tilstede anerkjenner og bekrefter man pasienten.

### 5.2.1 Rammene for behandling

Alle mennesker har behov for en viss struktur og rytme på dagen. Mange informanter beskrev at de var fornøyd med at det var forutsigbarhet, rutiner og struktur. Flere gav uttrykk for at de satte pris på fast behandler og kontakt. I tillegg handlet mange beskrivelser om de gode samtalene uten at det kommer frem med hvem bortsett fra der temaet er medisiner. Noen informanter skiller på yrkesgrupper i denne studien, andre gjør det ikke. Flere informanter beskrev at det var nyttig med individuelle tilpasninger til dagsprogrammet. Å gjennomgå en psykose er for eksempel en utmattende erfaring som krever mye hvile. Topor (2011) hevder at det finnes en utbredt redsel for «passivitet» blant personalet som møter mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og at dette kan fortolkes som «negative symptomer». Imidlertid fant han i sin studie at fortellingene om hva som var til hjelp nettopp handlet om muligheten til å hvile seg (Borg & Topor, 2011).

Mange positive beskrivelser handlet om innholdet på dagen. Enkelte fremhevet undervisningen som spesielt bra fordi den opplevdes interessant, informativ, og inkluderende. Gruppeterapien og kreativ gruppe ble også fremhevet positivt. Faktorene Informantene beskrev at dette handlet om at andre åpnet seg og delte, noe som gjorde at de følte seg mindre isolert. Dette bekreftes av Hummelvoll (2012) som hevder at faktorer som virker terapeutisk i grupper blant annet ved å bidra til å gi håp og fellesskapsfølelse.

Flere pasienter i denne studien gav uttrykk for at kreativ gruppe er et godt tilbud. Hummelvoll (2012) hevder at en slik gruppe kan bidra til en nytenkning og andre måter å forholde seg til livet sitt på. Det handler om å lære seg mestringsstrategier som handler om noe annet en lidelse og plager. Hummelvoll (2012) hevder videre at det er nødvendig å gjøre bruk av varierte metoder i bearbeidningen av pasientens selvforståelse og situasjon at det også kan være nyttig å ta i bruk dans og musikk, litteratur og annet. De fleste av disse metodene krever ingen forkunnskaper, bare lyst, interesse og pågangsmot for den som ønsker å sette i gang.

Flere gav uttrykk for at de var svært fornøyd med tilbudet om psykomotorisk fysioterapeut. Å tilegne seg kunnskap om sammenhengen mellom kropp og sjel opplevdes nyttig. Borge (2009) fant i sin studie at pasientene savnet dette når tilbudet var fraværende fordi pasientene mente at det kunne gi viktig kunnskap om seg selv.

Mange er også fornøyd med å ha tilgang til en sosionom. Steinsbekk et al. (2013) fant at brukerne har behov for å slippe å ta ansvar når de er innlagt. Dette handlet om økonomi, søknader og telefonsamtaler. Borg & Topor (2007) sier at økonomisk kontroll har stor betydning for bedringsprosessen, og psykiatriske pasienter rammes ofte hardere enn andre. Mange har blitt tidlig syke, har liten evne til å håndtere egne penger og liten, eller ingen inntekt. (Borg og Topor, 2007). Dette fører til at bekymringer vedrørende økonomi kan ta overhånd og gjøre det vanskelig og ta tak i andre ting og det er derfor viktig å bistå så fort som mulig. En god tjeneste vil derfor tilby seg å overta noe eller mye av ansvaret når brukeren ber om det (Steinsbekk et al, 2013).

De negative kommentarene handlet i stor grad om uforutsigbarhet samt endringer og avlysning av avtaler. Noen informanter beskrev et bytte av kontakter eller behandler, og beskrivelsene at dette handlet om at de stadig må fortelle historien sin på nytt til nye

mennesker. Sverdrup et al. (2007) underbygger dette. Brukerne blir trøtte av å stadig måtte gjenta historien sin til nytt personale. Enkelte opplever det til og med som et tilbakeslag. Dette gir igjen en følelse av å ikke bli tatt på alvor, og at behandlingen stadig avbrytes noe som bidrar til å skape frustrasjon og sinker bedringsprosessen.

Mange beskrev også gruppeterapien som vanskelig, fordi den opplevdes trykkende og krevende, mens andre opplevde den utfordrende i positiv betydning. Hummelvoll (2012) referer her til en ironisk beskrivelse av Macilwaine (1983) som sier det slik: «Grupperterapien er en uttrykksform som er preget av en times samvær hvorav 50 minutter består av en trykkende atmosfære og en beklemmende taushet. Så er det alltid en eller annen som synes det hele blir for pinlig- og sprekker» (Hummelvoll, 2012, side 445). Kanskje er dette også et særnorsk fenomen? (Hummelvoll, 2012).

Mange informanter i denne studien fremhever «de gode samtalene». Dette gjaldt både samtaler med behandler og miljøpersonale. Innholdet i samtalene ble beskrevet som å få veiledning på forskjellige områder samt kunnskap om det psykiske. I tillegg til å få lov til å snakke om vanskelige temaer. For enkelte er samtaler selve behandlingen, og da spesielt med «behandler». I materialet fremkommer det ikke om dette er lege eller psykolog bortsett fra der det kommer frem medisinske spørsmål. Det personlige møtet og samtaler er så sentralt i behandlingen at helsemyndighetene anbefaler å kvalitetssikre disse ansikt – ansikt relasjonene (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Noen informanter beskrev nytten av balansen mellom å bli støttet og pushet. Det at man ikke jatter med, men gir passe motstand når det trengs. Pasientene i studien til Borge (2008) gav også uttrykk for at de kunne vært mer utfordret av personalet fordi det handlet om refleksjon og læring. Ungdommene i studiene til Biering & Jensen kaller dette «tough love». Forfatterne fant her at «tough love» handlet om å bli sett på som en person og ikke som en pasient, ved at behandlingen ble oppfattet som individuell og respektfull. Steinsbekk, Westerlund, Bjørgen & Rise (2013) fant at en god tjeneste legger til rette for utviklingsmuligheter i gode perioder ved å stille krav og gi utfordringer slik at brukeren kan få økt selvstendighet, uavhengighet og mestring.



Noen informanter beskrev at de var fornøyd med planleggingen av utskrivelsen, andre at de var misfornøyd. Dette handlet om uklarhet om veien videre, utskrivelse rett før helgen, en var misfornøyd over å ikke ha fått være med prosessen i det hele tatt.

I kategorien behandlingsopplegget, fremkom det mange beskrivelser som omhandlet det pasientene ikke var fornøyd med. Noen hadde erfart at beslutninger ble tatt over hodet på en. En stor mengde beskrivelser handler også om at informantene ikke er fornøyd med informasjonen de fikk under innleggelsen. Dette omfatter både behandlingen, plan og målsetting for oppholdet samt innholdet på dagene. I tillegg hadde flere opplevd å ikke ha fått tilstrekkelig informasjon om undersøkelser og annen behandling. For eksempel ECT behandling og CT undersøkelse, noe som for enkelte var skremmende.

Flere beskrev også at de hadde gjentatte opplevelser av å få motstridende beskjeder avhengig av hvem de spurte. I den landsdekkende undersøkelsen høsten 2014 (Kjøllesdal & Iversen, 2014) fant forskerne et stort forbedringspotensiale nettopp på områdene medvirkning og informasjon. Funnene i denne studien kan sies å være i overensstemmelse med dette ved at det er mange negative kommentarene som omhandler disse områdene.

#### 5.2.2. Tilpasset behandling

I denne kategorien beskrev mange pasienter positive erfaringer med at de opplevde at behandlingen var individuelt tilrettelagt, og at de hadde fått medvirke underveis i prosessen. Flere har også åpenbart erfaringer fra tidligere innleggelser, og beskrev en positiv utvikling i forhold til opplevelsen av medbestemmelse som «før» og «nå». Imidlertid beskrev flere også negative erfaringer. Disse beskrivelsene var særlig knyttet til manglende informasjon og erfaring med tvang, spesielt i forhold til medisiner.

Mange informanter beskrev at de har opplevd behandlingen som et samarbeid, der det ble tatt hensyn til meninger og deres synspunkter hadde blitt lyttet til. Flere informanter gav også uttrykk for tilfredshet med at beslutninger vedrørende behandlingen var tatt i felleskap. Dette gav opplevelsen av å føle seg viktig. I studien til Kogstad, Hummelvoll & Eriksson (2009) fant forskerne at de fleste positive opplevelsene pasientene hadde kunne kobles til dialog og allianse:

Et viktig prinsipp i recovery tenkning er at mennesker selv skal være aktivt med i beslutninger rundt egen behandling (Borg & Topor, 2007; Steinsbekk, Westerlund, Bjørgen & Rise, 2013). Helsemyndighetene legger også sterke føringer for at pasientene skal bidra i beslutninger om egen helse, og at prinsippet «ingen beslutning om meg uten meg» skal gjennomsyre behandlingsvalgene som blir tatt (Jamtvedt & Nortvedt, 2015). I tillegg er pasienttilfredshet sterkt knyttet til i hvilken grad pasientene blir involvert i behandlingen og de ulike aktivitetene på posten (Helsedirektoratet, 2011; Helsedirektoratet, 2013). Andre kjerneverdier i bedringsprosessen er mestring av livet, håp, frihet, aktiv deltagelse, respekt, verdighet og fellesskap (Hummelvoll, 2012).

I enkelte beskrivelser fremkommer det at informanten har vært innlagt tidligere. Dette synliggjøres ved positive kommentarer om opplevelsen av at det har skjedd en endring i psykiatrien. Disse blir uttrykt som før og nå beskrivelser. Der dette blir nevnt i intervjuene handler det om opplevelsen av en utvikling mot mer medbestemmelse samt å bli tatt mer på alvor.

Mange informanter beskrev negative opplevelser med medisiner, spesielt i forhold til tvang. Et ensidig fokus på medisiner kan oppleves negativt, og påvirke opplevelsen av en innleggelse (Kogstad et al, 2009). Spørsmålet om medisiner er fremdeles noe av det mest konfliktladede innenfor psykisk helsevern (Husum & Norvoll, 2014). Det bio- medisinske perspektivet er fremdeles rådende innen spesialisthelsetjenesten, og ut fra dette perspektivet behandles pasienten ved å diagnostisere og medisinere (Bøe & Thomassen, 2013). Dette utfordrer slik sett pasientens ønske og rettigheter til å være med og bestemme på egne vegne.

De fleste ønsker best mulig hjelp når de blir bruker av helsetjenesten. Imidlertid er det pasienten som må leve med eventuelle bivirkninger og andre konsekvenser av behandlingen som gis. Derfor er det pasientens rett å velge, samt å få riktig og tilstrekkelig informasjon til å gjøre dette valget (Helsedirektoratet, 2011). Pasientenes verdier og preferanser skal gjelde, og det er gjennom informasjon de skal gjøres i stand til å velge behandling (Helsedirektoratet, 2011). Ofte velger pasienten å stole på behandleren, andre ganger ønsker eller trenger pasienten hjelp til å velge. Å få en diagnose kan oppleves som en lettelse (Kogstad et al., 2009).

Medvirkning i individuelle helsebeslutninger blir ofte omtalt som «shared decision making» (SDM), på norsk «samvalg eller veiledet valg» skal være styrende i all behandling (Helsedirektoratet, 2011; Jamtvedt & Nortvedt, 2015). I denne studien er det flere som gir uttrykk for at de ikke har fått være med på sin egen prosess.

Innen psykisk helsevern er det mange utfordringer knyttet til at pasientene ikke alltid kan bestemme, men brukermedvirkning i et recoveryperspektiv kan handle om enkle ting som at temaet «medisiner» løftes opp som et tema i en dialog. Deegan (2007) tar opp denne kompleksiteten i kraft av sine egne erfaringer som pasient og sitt virke som psykolog. Hun legger vekt på samspillet mellom pasient og behandler der premisset for samspillet er at pasientene og behandleren jobber tett sammen og at begge blir sett på som eksperter. Hvis pasienten blir invitert til å snakke om sine erfaringer knyttet til medikamentell behandling i forhold til bedringsprosessen er dette et dynamisk samarbeid. Deegan (2007) peker også på at det er viktig at medisinen ikke er målet i seg selv, men et av flere midler for å nå pasientens egne mål i bedringsprosessen.

Kvaliteten på relasjonen mellom bruker og terapeut er avgjørende for pasientens bedringsprosess (Vatne, 2006). For å fremme vekst og støtte pasientens egenomsorgsevne er det avgjørende at en veksler mellom nærhet og avstand, beskyttelse og utfordring. Dagens utvikling i helsevesenet med både krav til kunnskapsbasert praksis og økt brukerinnflytelse stiller større krav enn før til hvordan helsepersonell forholder seg i situasjoner der pasientenes ønsker og preferanser går på tvers av det fagpersonene mener (Helsedirektoratet, 2011).

Husum & Norvoll (2014) viser til litteratur som påpeker at pasientenes opplevelse av tvang påvirkes av om de har vært involvert eller ikke. Det synes som om opplevelsen av om tvangen er berettiget eller rettferdiggjort har stor betydning for pasienttilfredsheten ved behandlingen (side 27). I dette inngår flere delaspekter; å bli inkludert i beslutningsprosessen, om tvangsbruken faktisk er riktig og om den fremstår som nødvendig eller ei. Opplevelsen av negativt press, makt og trusler øker misnøye, mens dersom pasienten opplever seg hørt, sett og møtt med respekt og verdighet reduseres negative opplevelser med tvang (Lidz et al. 1995;1998 referert i Husum & Norvoll, 2014).

Flere studier som har undersøkt hva mennesker som har vært gjennom kriser forteller de savnet fant at de trenger kontinuitet i behandlingskontakt og relasjoner, valgfrihet når det gjelder behandling, tilgang til metoder for å redusere stress samt tilgang til historier om bedring (recovery) og individuelt tilpasset behandlingsplan og behandling. Den menneskelige kontakten med helsepersonell og kontaktperson kunne være avgjørende for samarbeid omkring behandling, og redusere den negative opplevelsen av å bli utsatt for tvang (Gilbert, Rose & Slade, 2008).

### 5.3 AKTIVITETER

Kategorien aktiviteter er den eneste kategorien der det er en overvekt av negative kommentarer. Dette er også i overensstemmelse med funn på landsbasis der mange pasienter sier at de i for stor grad ble overlatt til seg selv, og at det er for mye dødtid (Kjøllestad & Iversen, 2014). I denne studien fremkom det at dette handlet om tiden der det ikke er fast program. Mange informanter beskrev et savn etter noe meningsfullt å fylle tiden med. For enkelte handlet det om distraksjon fra det vanskelige, for andre handlet det mer om adspredelse eller kjedsomhet. Andre igjen beskrev et ønske om mer felles aktiviteter som kunne virke samlende for medpasienter og personale. Borge (2008) fant at pasientene i «arbeidstiden» opplevde seg selv som ansvarlige, aktive og likeverdige med personalet. Overgangen fra arbeidstid til fritid opplevde flere som negativt. Da ble de mer passive, opplevde seg passet på, og ble mer utrygge (Borge, 2008, side 123).

I tråd med forandringene som har skjedd innen spesialisthelsetjenesten er tanken at sykehusoppholdene skal være korte, effektive og nærmest som en parentes å regne (Borg & Topor, 2011). Imidlertid er det slik at noen innleggelser varer i uker, kanskje måneder. Hva da?

Psykisk helsearbeid handler blant annet om å støtte pasientene på veien mot mestring av hverdagens oppgaver og utfordringer. Aktiviteter og samhandling med andre bidrar på denne veien, og er med på å skape struktur (Hummelvoll, 2012; Vatne, 2006). I tillegg kan forskjellige aktivitetstilbud være god behandling ved angst, uro og kjedsomhet. Husum & Norvoll (2014) viser til flere studier der det er gode resultater med at ulike aktivitetstilbud brukes som alternativ til skjerming og derigjennom forebygge situasjoner som kan eskalere til

hendelser der det utøves tvang (Husum & Norvoll, 2014). Dynamisk skjerming er et begrep som brukes i denne forbindelse (Husum & Norvoll, 2014). Å gjøre noe sammen vil også kunne føre til at pasient og personale blir bedre kjent fordi uformelle situasjoner og arenaer vil kunne gjøre det lettere å snakke sammen både om vanskelige og mer dagligdagse temaer (Hummelvoll, 2012).

I tillegg kan aktiviteter representere en arena for sosialt samvær, og gi en lettere inngangsport både til samtale og kontakt. I samhandling med hverandre kan deltagerne få en følelse av positivt fellesskap, noe som i seg selv kan være tilfredsstillende. Aktiviteter kan dermed føre til gode relasjoner med andre, en følelse av samhold, og gi en følelse av gruppetilhørighet. Det er erfaringer gjennom å være sammen i «her og nå» situasjoner som bidrar til vekst og utvikling.

I intervjuene fremkommer det mange gode og konkrete forslag til aktiviteter både i, og utenfor avdelingen. I tillegg er det forslag til hva slags utstyr som er nødvendig. I mange tilfeller er det ikke stort som trengs. Personlig synes jeg forslaget om korridorbowling høres morsomt ut.

## 5.4 RELASJONER

En stor mengde beskrivelser av hva pasientene var mest fornøyd med handler om betydningen av relasjoner. Disse beskrivelsene var mangfoldige og variert. I mange intervjuer var personalet navngitt, alternativt referert til som «kontakten min», «teamet mitt» «behandler» eller lignende. Personalets faglige og mellommenneskelige kvaliteter ble fremhevet i form av mange utsagn. Beskrivelsene gjaldt også forskjellige ansatte uavhengig av stilling og utdanning, og flere informanter inkluderte også kjøkkenpersonalet. Det handler om å bli sett, møtt, akseptert, bli vist tillit samt respekt (Vatne, 2006; Borge & Fagermoen, 2008; Kogstad et al, 2006).

Hele opplevelsen av et sykehusopphold i psykisk helsevern er sterkt knyttet til relasjoner (Steinsbekk et al. 2013; Borg & Topor, 2011; Borge & Fagermoen, Längle et al. 2003; Kjøllesdal & Iversen, 2014).

#### 5.4.1 Rolig og kompetent

Denne overskriften er et av flere sitater fra intervjuene som beskriver betydningen av både personlige egenskaper, men også faglige kunnskaper. Mangfoldige positive beskrivelser handler om informantenes møte med personale som vet hva de driver med. Som hadde gode kunnskaper og i tillegg gav informantene en følelse av å bli sett, møtt og ivaretatt. Enkelte informanter beskrev at dette gjorde at de følte seg viktige. Dette samsvarer med andre studier der sentrale faktorer som har betydning for bedringsprosessen er kunnskap, respekt og forståelse. Borge (2008) fant at det viktigste er at de profesjonelle kan faget sitt og «både har hjerte og hode» (side 120). Steinsbekk et al. (2013) fant også at respekt og dyktige fagpersoner er grunnleggende for en god tjeneste. Respekt handler om å bli sett, hørt og tatt på alvor.

#### 5.4.2 Det beste er menneskene her

Informantene i denne studien beskrev oftere relasjonene og de menneskelige kvalitetene hos personalet enn de spesifikke terapeutiske teknikkene. Dette underbygges av omfattende forskning presentert i kapittel 2, der relasjoner blir identifisert som den viktigste komponenten for tilfredshet i flere av studiene. (For eksempel Borg & Topor, 2011; Gilbert, Rose & Slade, 2008; Kogstad, Hummelvoll & Eriksson, 2009; Biering & Jensen, 2010; Kjøllesdal & Iversen, 2014). Personalets generelle evne til å samhandle er viktigere enn terapien. Disse kvalitetene handler om egenskaper som respekt, varme, tillit, støtte, ekthet og ikke-dømmende tilbakemeldinger (Vatne, 2006). Andre studier beskriver engasjement og vilje til å yte litt mer enn det som forventes, samt kunnskap og tålmodighet til å holde ut relasjoner (Topor, Borg & Topor). Gode og tillitsfulle relasjoner er også avgjørende for å løse vanskelige situasjoner uten bruk av tvang (Gilbert, Rose & Slade, 2008; Husum & Norvoll, 2014).

I dette ligger at personalet er empatiske, interesserte og forståelsesfulle. Videre handler det om at personalet respekterer pasienten, bruker tid sammen med dem og skaper et trygt terapeutisk miljø som kan virke positivt inn på pasientens tilfriskningsprosess.

I Borg & Topor (2007) fremhever brukerne profesjonelle som blant annet formidlet håp, delte makt, var tilgjengelige når de trengte det, og var villige til å strekke grensene for hva som blir oppfattet som profesjonelt.

Biering & Jensen (2010) fant at også ungdom trenger profesjonelle som har gode relasjonelle evner spesielt i forhold til ungdommer med psykiske lidelser, og kunnskap om deres spesifikke behov. Personalet må fokusere på behovet for utvikling relatert til deres unge alder. Jeg antar at dette også gjelder de unge voksne som er innlagt hos oss.

#### 5.4.3 Pårørende kommer på besøk og blir ønsket velkommen

Et viktig anliggende i seksjonen er at personalet tilrettelegger for samarbeid og følger opp pårørende når de kommer på besøk. I mange intervjuer er ikke pårørende kommentert i de åpne spørsmålene. Dette er imidlertid et eget område i selve intervjuet: ”Informasjon til pårørende” og er således gjennomgått i de lukkede spørsmålene. I mange intervjuer er imidlertid denne delen krysset ut (bokstavelig talt med et stort kryss over) som uaktuelt.

Min egen erfaring er at mange pasienter ikke ønsker å involvere pårørende. Imidlertid har pårørende egne rettigheter til generell informasjon (Storm, 2009; Helsedirektoratet, 2011), og er påvirket når en nærstående er innlagt. På tross av at de pårørende er sentrale, er det ingen langvarig tradisjon for å trekke inn familie eller venner i pasientenes behandling innen psykisk helsevern (Storm, 2009). I denne studien har jeg lyst til å løfte det frem fordi mange beskrivelser om hva pasientene var mest fornøyd nettopp kunne plasseres i denne kategorien. De fleste positive beskrivelsene handler om å tilrettelegge for besøk, og «ta tak» i problemer.

For personalet kan det være en utfordring å ivareta pasientens pårørende når pasienten ikke ønsker at de er involvert, mens pårørende ønsker å delta. Det blir en balanse mellom pasientens autonomi og ivaretagelse av pårørende, deres rettigheter til generell informasjon og kunnskap om den psykiske lidelsen til pasienten (Helsedirektoratet, 2011).

### 5.5 Meg selv

Et funn i denne studien er betydningen av «meg selv». Mange informanter beskrev med forskjellige ord og uttrykk at det de var mest fornøyd med var sin egen innsats. Dette handlet om egen utvikling, veien dit, og resultatet. Informantene beskrev på ulike måter ting de hadde gjort for å hjelpe seg selv. Utsagnene i intervjuene kan tyde på at mange har jobbet hardt for å bli bedre, og at innleggelsen har ført til en utvidet og større bevissthet om seg selv, og er slik

jeg ser det recoveryorientert ved at den individuelle bedringsprosessen er målet. Flere brukte ordet læring om den prosessen de hadde gjennomgått.

Undersøkelser viser at pasienter ofte legger mer vekt på andre dimensjoner (for eksempel livskvalitet) enn symptomreduksjon, som ofte er det mål behandlerne er mest opptatt av. Sentralt i moderne psykisk helsearbeid er behandlingen som en lærende prosess. Pasienten bidrar med sine erfaringer, mens personalet bidrar med struktur, teoretisk og forskningsbasert kunnskap (Borge, 2009). Hvis man ser på begrepet læring som pasientens eget læringsprosjekt vil ekspertkunnskapen kunne endres til å betrakte fagkunnskap og brukererfaring som likestilte bidrag (Borge, 2009).

Dette sammenfaller med studien til Borg og Topor om virksomme relasjoner (2007). Forfatterne refererer i sin studie til pasientenes egen drivkraft, og om alle kreftene som tas i bruk i en bedringsprosess. Dette er et krevende arbeid som forutsetter at man bruker all sin energi. Følelsen av å klare, mestre, og få tilbake troen på fremtiden. Pasientenes eget arbeid i forhold til sin egen bedring. Dette er også funn i andre studier (Borge, 2009; Andersen et al. 2006; Hummelvoll, 2012). Vatne (2006) refererer til Miller mfl. (1999) som på bakgrunn av flere, både kvantitative og kvalitative studier fant at klientens egen styrke og deltagelse i sosiale sammenhenger sammen med støtte fra omgivelsene utgjør 40% av bedringsprosessen. Deretter fulgte betydningen av relasjoner med 30% (Vatne, 2006, side 118).

#### 5.5.1 Lært mye om meg selv

Mange informanter beskrev på forskjellige måter at de hadde lært mye under oppholdet, og at denne kunnskapen skulle brukes videre.

Andersen et al. (2006) har i Hummelvold (2012) beskrevet fem stadier i en bedringsprosess. Alle stadiene omhandler samspill mellom individet og seg selv. I den første fasen er individet tilbaketrukket og opplever en dyp følelse av tap og håpløshet. I oppvåkningsfasen erkjenner individet at alt ikke er tapt, og at et tilfredsstillende liv er mulig. I trinn tre, forberedelse, begynner individet arbeidet med å utvikle sine bedringsevner. Det neste trinnet, gjenoppbygging, er stadiet der individet aktivt jobber for å utvikle en positiv identitet, sette meningsfulle mål, og ta kontroll over sitt eget liv igjen. Det siste trinnet, vekst, innebærer å leve et meningsfullt liv som kjennetegnes ved å mestre lidelsen og ha en positiv følelse.



Hvordan mennesker opplever og håndterer sine egne psykiske problemer vies økende oppmerksomhet i forskningen (Karlsson & Borg, 2013), og leting etter sitt eget jeg er vesentlig for bedringsprosessen (Borg og Topor, 2007). Flere informanter gav uttrykk for at denne utviklingen hadde skjedd i løpet av innleggelsen ved å beskrive situasjonen som var utgangspunktet for innleggelsen og deretter resultatet. Resultatet var for flere å bli «så bra som jeg kan bli».

Et funn i denne studien er at innleggelsen for mange også har hatt en nødvendig og viktig funksjon som en pause fra hverdagen. Dette er interessant fordi utviklingen innen helsetjenesten er at det stilles krav om effektivitet, kort liggetid samt at flest mulig skal behandles poliklinisk eller ved oppsøkende virksomhet (Borge i Karlsson, 2008). Det er også et mål at helseproblemer skal møtes så tidlig at innleggelse kan unngås slik at behandlingen kan foregå utenfor sykehus (Hummelvoll, 2012). Allikevel vil det fremdeles være behov for sykehus der et miljø som nærer, beskytter og bidrar til å hjelpe de som trenger det gjennom en akutt fase er viktig (Thomas & Shattell, 2002; Hummelvoll, 2012).

Et institusjonsopphold handler om å være borte hjemmefra. Mange innlegges etter en periode hvor de har opplevd stor lidelse – kanskje over lang tid. Høyt symptomtrykk, sosial isolasjon og en hverdag som ikke fungerer som vanlig. Kritikken mot psykiatriske institusjoner har vært pågående i lang tid blant annet med den begrunnelsen at livet i institusjon synes å fremme avhengighet hos pasientene og redusere deres sosiale ferdigheter (Hummellvoll, 2012). Datamaterialet i denne studien tyder på at for mange informanter er innleggelsen viktig som en forberedelse til verden der ute. Mange positive beskrivelser handler om å møte andre i samme situasjon, dele det de sliter med, bruke humor og optimisme til å snu en vanskelig situasjon. Enkelte beskrev til og med at de har fått nye venner, og oppgav støtten fra de andre som en viktig del av bedringen.

Borge & Fagermoen (2009) skriver at behovet for, og tid til ettertanke og selvrefleksjon er helt nødvendig for at pasientene skal oppleve behandlingsprosessen som læring. Læring kan handle om personlig kunnskapsvekst i tilknytning til behandlingen under et behandlingsopphold. Flere informanter i denne studien beskrev at innleggelsen fungerer som en form for «asyl» fra pliktene hjemme. Under en innleggelse slipper de mange av dagliglivets krav og forventninger, noe som for mange er en forutsetning for bedring.

Borge & fagermoen (2009) fant at pasienter med erfaring både fra poliklinisk og døgnbehandling opplevde at de fikk større utbytte og kontinuitet når de var innlagt. På institusjonen fikk de mulighet til ro og hvile i trygge omgivelser, noe de ikke hadde mulighet til hjemme. Enkelte informanter fremhever at de ikke har blitt helt «friske» men bedre. Dette er i tråd med en recoveryorientert måte å forstå bedring av psykiske problemer. I stedet for helbredelse er en opptatt av å fokusere på bedringsprosessen (Borg og Topor, 2007). Som en informant i denne studien sa; «jeg er ikke redd for meg selv lengre».

En studie som er inkludert omhandler ungdom (Biering & Jensen, 2011). Funnene i denne studien viser at ungdommene vektlegger andre faktorer enn eldre. Dette er slik jeg ser det viktig kunnskap fordi pasientgruppen i seksjonen oftere enn tidligere består av svært unge mennesker. Det vil si så vidt passert 18år.

#### 5.5.2 Håp og mestring

I dataene beskrev flere informanter at de hadde fått hjelp til å leve, enkelte beskrev oppholdet som livreddende. Ordene de brukte for å beskrive dette handlet om at de hadde fått tilbake optimismen og håp for fremtiden. At de hadde fått tilbake håpet om et godt liv. Dette gjengir jeg som et sitat: «Får håp om å leve, har fått hjelp til å leve». Thomas et al. (2002) fant at det å få hjelp til å leve var knyttet til innleggelsen, og handlet om læring og forståelse av dysfunksjonelle mønstre og oppførsel. Innleggelsen i seg selv gir håp for fremtiden.

Det å være en som holder håpet oppe for den som ikke kan gjøre det selv, har en avgjørende betydning i alt hjelpearbeid. Like viktig er det å strebe etter at personen selv tar håpet tilbake og holder fast i det (Glover, 2002 referert i Borg & Topor, 2011). Å holde håpet oppe kan i perioder dreie seg om tett oppfølging, og i andre perioder holde seg på avstand. (Borg & Topor, 2007). Dette samsvarer med mine funn der flere informanter fremhever at det viktig med en balanse mellom støtte og krav.

## 6.0 KONKLUSJON

En mengde positive beskrivelser om hva pasientene var mest fornøyd med handlet om omgivelsene både ute og inne.

Mange beskrev et godt avdelingsmiljø der viktigheten av å være sammen med andre mennesker i et hverdagslig samvær ble fremhevet. Det kom frem i beskrivelsene at både pasientene og personalet er viktige bidragsyttere i så måte. Det uformelle samværet er betydningsfullt både i forhold til læring og motivasjon for behandling, og gjør at oppholdet oppleves normalt. Det er nyttig å erfare at andre sliter med noe av det samme som en selv, og det kan gi en følelse av fellesskap. Mange brukte ordene humor og optimisme både om medpasienter og personale. I beskrivelsene kom det også frem at et godt miljø forutsetter at personalet er tilstedeværende, og trygghet er et sentralt aspekt i dette. Beskrivelsene som omhandlet trygghet handler i stor grad om dårlige medpasienter. Det handler også om at personalet tilrettelegger for et hyggelig miljø

Mange beskrivelser viste at mange informanter var fornøyd med behandlingsopplegget, og hadde fått medvirke i egen behandling. Det kom frem at relasjonen til personalet hadde stor betydning for oppholdet. Enkelte beskrev innleggelsen som livreddende ved at de hadde fått hjelp av dyktige fagfolk til å velge livet. Dyktige fagfolk har både hode og hjerte. Strukturen og innholdet på dagen var også mange fornøyd med. Gruppeaktiviteter bidrar til å gi håp og en følelse av normalitet, men særlig gruppeterapien kunne oppleves vanskelig for enkelte. Innleggelsen har en viktig funksjon som en pause fra hverdagen og legger til rette for egne krefter.

Flere beskrivelser handlet om de «gode» samtalene, men mange spesifiserte ikke dette nærmere. Imidlertid ble innholdet beskrevet som å få veiledning og kunnskap. Andre positive beskrivelser handlet om riktig balanse mellom å bli støttet og pushet.

Aktiviteter har en viktig funksjon som avledning og distraksjon og mange beskrev at de var fornøyd med tilbudet. Imidlertid er det mange som også beskrev et savn etter mer aktiviteter. I tillegg hadde flere erfart at beslutninger ble tatt over hodet på en. Mangel på informasjon handlet hovedsakelig om medisiner, plan og målsetning for oppholdet samt innholdet på

dagene. Manglende informasjon om behandling og undersøkelser kan være skremmende. Flere beskrev at de opplevde å ikke bli hørt i forhold til medisiner, og at medisinsystemet er tungvint. Mange informanter beskrev også en dårlig planlegging av utskrивelsen.

Funnene i denne studien tyder på at praksisen i denne avdelingen i stor grad er i tråd med de offentlige målene som er skissert av helsemyndighetene for en god helsetjeneste (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; Helsedirektoratet, 2011). Mange er fornøyd, men det er funn som tyder på at noe kan forbedres.

Målsetningen i denne studien har vært å skape kunnskap om hva som oppleves betydningsfullt under en innleggelse. I drøftingen har jeg tatt for meg de, etter min mening mest interessante funnene og drøftet disse opp mot aktuell litteratur. Det er store svakheter ved å gjøre det på denne måten. For eksempel viser den siste nasjonale undersøkelsen at oppfølging av pårørende er et forbedringsområde. Så også når man ser på svarene i intervjuene i mitt materiale som helhet. I denne studien er det imidlertid få av våre pasienter som har kommentert dette i de åpne spørsmålene. De som har kommentert dette er hovedsakelig fornøyd.

Studien er basert på beskrivelsene til pasienter innlagt i akkurat denne avdelingen. Funnene kan ikke generaliseres på vegne av alle, men kan imidlertid peke på viktige områder og gi en økt bevissthet rundt temaene som har kommet frem. Ved å systematisere alle utsagnene kan funnene synliggjøre et innenfra perspektiv og slik være en kilde til kunnskap ved å lære av det pasientene har fortalt om opplevelsen med å være innlagt.

## 6.1 Tanker om videre forskning

Jeg har gjort meg mange tanker om veien videre. Etter hvert som man tilegner seg kunnskap og setter seg inn i litteratur og forskning ser en flere temaer det kunne vært spennende å forske videre på.

Det kunne også vært interessant å supplere intervjuene med fokusgruppeintervjuer, gjerne med et «bruker spør bruker» perspektiv. Ved å gjennomføre slike intervjuer på en systematisk måte kan en få gode kvalitative data for videre forskning.

Dataene i denne studien er innhentet i løpet av en to års- periode hvor seksjonen fremdeles het ”Åpen akuttseksjon”. Siden da har seksjonen utviklet seg, blitt omorganisert, blitt omorganisert igjen, og heter i dag ”Akutt C”. En lukket akuttavdeling i spesialisthelsetjenesten. Flere endringer er også planlagt fremover. Med utgangspunkt i pasientenes uttalelser om hva som har vært til hjelp /ikke vært til hjelp er det en spennende tanke å forestille seg at seksjonen kan beholde det særpreget vi har representert, og som jeg mener å ha synliggjort i denne oppgaven ved korte og lengre sitater. Kanskje utfordre den gjeldende «akuttenkningen» ved fortsatt å vektlegge betydningen av faktorer som et pent interiør og et normalt hjem?

## LITTERATURLISTE

- Almvik, A., & Borge, L.(red.) (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget
- Andersen, A.J.W., Bøe, T.D Fodstad, H., Ibabao, V.A., Krogsæter, O., & Norvoll, R (2008) Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5 (2), 98 – 103
- Andreassen TA, Lie T. (2007) *Helseforetaksreformen – en brukermedvirkningsreform? Iverksetting og resultater av brukerutvalg i helseforetak*. I: Norges forskningsråd, red. Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse. Oslo: Norges forskningsråd, 2007: 116 – 27.
- Andresen, Ø., Bjørngaard, JH. Dahle, KA., Groven, G., Grut, L., Hofoss, D., Saunes, IS & Ruud, T. (2004). *Måling av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet*. Rapport fra kunnskapssenteret nr. 09 – 2004 (PasOpp-rapport). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2004.
- Bergsland, K, (2008). Kan gode bygg bidra til psykiatrisk behandling? *Suicidologi 2008. Årg. 13 nr 2, side 3- 5*.
- Biering,P., Jensen, V.H (2011) The concept of patient satisfaction in adolescent psychiatric . care: a qualitative study. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 24, 3-10
- Bjertnæs, Ø.A., Garratt, A., & Johannessen J. O. (2006) Innsamlingsmåte og resultater i brukerundersøkelser i psykisk helsevern *Tidsskrift Nor lægeforening nr 11, 2006; 126: 1481-83*
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling [Recovery oriented practice: A systematic*

- review]. Rapport 4/2013. Oslo, Norway: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Borg, M., & Topor, A. *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser.* (2011). Oslo: Kommuneforlaget
- Borge, L.(2008). Institusjonen – et sted for læring. mening og eksistens. I Karlsson, Bengt . (red) (2008). *Se mennesket- om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borge L, & Fagermoen M S. (2008) Patients core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. *Journal of mental health*, 17(2) 193-205
- Bøe, TD. & Thomassen, A. (2013). “*Fra psykiatri til psykisk helsearbeid - om etikk, relasjoner og nettverk*”. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahle K.A., Holmboe, O., Helgeland, J. *Brukererfaringer med døgnenheter i psykisk helsevern- resultater og vurderinger etter en nasjonal undersøkelse i 2005.* Rapport fra kunnskapssenteret nr. 09 – 2006 (PasOpp-rapport). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
- Dalland CP (2011) Utfordringer ved gjenbruk av andres kvalitative data. *Norsk pedagogisk tidsskrift* 6:2011: årgang 95: s 449 – 459.
- Deegan, P. (2007). The lived experience of using psychiatric medication in the. recovery process and a shared decision-making program to support it. *Psychiatric rehabilitation Journal*, 2007
- Duggins, R. & Shaw, I. (2006). Examining the concept of patient satisfaction in patients with a diagnosis of scizofrenia: a qualitative study. *Psychiatric bulletin* (2006). 30. 142-145
- Duncan, B.L (2012). Forord. A.K. Ulvestad, A.K Henriksen, A-G. Tuseth, T. Fjeldstad (Red), *Klienten- den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid.* (s. 15-17). Oslo: Gyldendal akademisk
- Eide, H & Eide, T.(2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Erikson & Hummellvoll J.K. (2012). Relevans og evidens. Praksisnær og brukerrettet kunnskapsdannelse innen psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* vol.9, nr 1, 2012
- Fjeldstad, T. (Red). (2012). *Klienten- den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk i helsearbeid.* Oslo: Gyldendal akademisk
- Forskningsrådet (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009)*

- Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges Forskningsråd, 2009.
- Gilbert, H., Rose, D., & Slade, M. (2008) The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. Tilgjengelig fra: [BioMed Central health services research, 8, doi: 10.1186/1487-6963-8-92](https://doi.org/10.1186/1487-6963-8-92) (Lastet ned 20.09.13)
- Gjelstad, K., & Larsen, K. (2013). Selvmordsforebygging skal sitte i veggene: Om bygging av nytt Østfoldsykehus. *Suicidologi, 2013:18, nr 3*
- Gullslett, M. K., Kim, H. S., & Borg, M. (2014). Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations. *Scandinavian Psychologist, 1*, e2. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e2> (Lastet ned: 02.03.15)
- Hammerstrøm K, Bjørndal A. *Arkitektur og design for livskvalitet og helse. En kartlegging av foreliggende forskning*. Rapport Nr 00-2007. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2007.
- Helsedirektoratet (2011). *Kvalitet og kompetanse ... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre 06/2011*
- Helsedirektoratet. (2014) *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. IS- 2076.
- Helsedirektoratet (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Nasjonale faglige retningslinjer. IS-1957. Oslo: helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Fra stykkevis til helt*. NOU 2005:3. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Regjeringen.no Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/> (Lastet ned: 26.06.15)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011 – 2015). Sammen drag av høringsutkast for Nasjonal helse- og omsorgsplan. Tilgjengelig fra: <http://www.fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no> (Lastet ned: 26.06.15)
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m. v av 2. juli 1999 nr 64. Endringslov til helsepersonelloven. (2007). Lov om endringer i 1999 nr 6 om helsepersonell m.v av 29.juni 2007 nr. 64. Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>. (Lastet ned: 23.03.14).
- Helse Sør – Øst. ”13 prinsipper for brukermedvirkning” (2010). Tilgjengelig fra:

- [Http:// om oss /brukerutvalg /documents/brukermedvirkning i Helse Sør-Øst - folderen justering 2012.pdf](http://om.oss.br/brukerutvalg/documents/brukermedvirkning%20i%20Helse%20Sør-Øst%20-%20folderen%20justering%202012.pdf) (Lastet ned: 17.09.13).
- Horn, K, Martinsen EW (2007) Pasienttilfredshet etter opphold i psykiatrisk døgnpost. *Tidsskrift Norsk legeforening nr 11, 2007; 127: 1506 – 9.*
- Hummelvoll. JK (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Husum, T.L., & Norvoll, R. (2014) *Alternativer til tvang 11. sett fra et fag- og forskningsperspektiv*. UiO: Institutt for helse og samfunn Det medisinske fakultet. Ressurshfte. Tilgjengelig fra: [erfaringskompetanse.no](http://erfaringskompetanse.no), 2014:3.
- Høie, I. M. (2003). Helse inn i veggene – fakta, fornuft eller følelse? *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 24: 3610- 3612 Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/articlesearch?q=helse+inn+i+veggene&source=mosez> (Lastet ned 23.08.15).
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., ... & Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews 2012, issue 6., art.No: CD000259.*
- Jamtvedt, G., & Nortvedt M (2015). Brukermedvirkning i sykepleie. *Sykepleien Forskning . 2015,10 (2):188-191* Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/08/brukermedvirkning-i-sykepleie> (lastet ned 24.08.15).
- Karlsson, B. 2004. “Strålende!” (Leder). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Vol. 1, nr. 1.*
- Karlsson, B & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid – humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsen, R (2012). Idealer og realiteter i moderne psykisk helsearbeid. *Nordisk tidsskrift for helseforskning, nr 2-2012, 8.årgang.*
- Kjøllesdal JG, Iversen HH. *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern. Resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014*. Rapport fra kunnskapssenteret nr. 9-2014 (PasOpp-rapport). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
- Kogstad, R.E, Hummellvoll, J.K & Eriksson, B.G (2009) User experiences of different treatment cultures in mental health care. *Ethical human psychology and psychiatry volume 1, (2), 97-11.*
- Kolstad, A. (2007). Helbredende kunst – finnes det? Betydningen av utsmykking og estetikk i



- helseinstitusjoner. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, vol 44, nummer 8, side 991-994. Tilgjengelig fra:  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=28739&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=28739&a=2) (Lastet ned 02.02.15).
- Konsmo, T., Bakke, T. (2012). *Brukermedvirkning i kvalitetsforbedring av tjenester for personer med rus og psykiske lidelser (ROP)*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, seksjon for kvalitetsutvikling (2012).
- Larsen, A. K (2007). *En enklere metode. Veiledning i samfunnsfaglig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Larsen, E., Aasheim, F., Nordal, A. Sosial- og Helsedirektoratet. (2006). *Brukermedvirkning-psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse*. IS- 1315., Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet; 2006, IS-1315. Tilgjengelig fra:  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf> (Lastet ned: 18.01.14)
- Lian, O.S. (2005). Forskningsmessige utfordringer i studier av pasienttilfredshet. C. Foss, & B. Ellefsen (Red.), *Helsetjenesteforskning. Perspektiver, metoder og muligheter* (s.141-156). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lillevik, OG & Øien, L (2015). Hva er miljøterapi? *PsykNytt - Helsebiblioteket 2015 .103*. (5):60-62. Tilgjengelig fra: URL: <http://wp.me/pVND9-89W> (Lastet ned: 24.08.15).
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV- 1 999-07-02-62.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV-. 1999- 07-02-61.
- Lov om helseforetak m.m (helseforetaksloven). LOV 2001-06-15 nr 93.
- Länge, G., Baum, W., Wollinger, A., Renner, G., U'ren, R., Schwärzler, F., & Eschweiler, G. W. (2003). Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients' view. *International Journal for Quality in health care*, 15(3), 213-221.
- Malterud, K. (2012). Brukerundersøkelser i allmennpraksis-erfaringer med ulike metoder. *Utposten 3*, UiB;14-19.
- Malterud, K. (2013) *kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2002) *Kvalitative metoder I medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og*

- begrensninger *Tidsskrift Nor legeforening* nr. 25,2002; 122:2468-72.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012) Notat. "Bruk".data fra nasjonale og andre storskala brukererfaringsundersøkelser i lokalt kvalitetsarbeid? ". En systematisk litteraturgjennomgang.
- Naper, Øystein. (2006). Det har styrket meg, og gjort meg helere. Betydningen av kunst, kultur og estetikk for psykisk helse og utbyttet av oppholdet i institusjon. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol 3, nr2, 2006.
- Norvedt M., Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV & Reinart L.M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert! – en arbeidsbok*. Oslo: Akribe forlag.
- Norvoll Reidun, Hatling Trond, Hem Karl-Gerhard (2008). *Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT)*. SINTEF rapport.<http://www.sintef.no/Helse/Psykisk-helse/Tvang-i-psykisk-helsevern/Brukerorienterte-alternativer-til-tvang> (Lastet ned: 07.06.15).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste : NOU 2005:3. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/Nasjonal-helse--og-sykehusplan/id759967/>. (Lastet ned: 20.07.15).
- Olsson H, Sørensen S. (2013) *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Patton, M.Q (2002) *Qualitative research and evaluation methods*. London; Sage s.230- 246.
- Riiskjær, E., Ammentorp, J., & Kofoed, P. E. (2011). Er otte ud af ti patienter tilfredse? – Om forståelse af patientkritik og anvendelse af åbne spørgsmål. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 1(02), 93-110.
- Skorpen A., Anderssen N., Øye C., Bjelland AK. (2008) Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte pasienter. En litteraturgjennomgang *Vård i nord* 2008; 90 (28) 19-23.
- Slade, M (2015) *100 råd som fremmer recovery - en veiledning for psykisk helsepersonell*, oversatt av I. Wormdahl og L. B. Ødegaard, Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Steinsbekk A, Westerlund H, Bjørgen D, Rise M B. (2013) Hvordan beskriver brukere av psykiske helse-og sosialtjenester et godt tjenestetilbud. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 2013 (50)2-5.
- Sosial- og Helsedepartementet. Opptrappingsplan for psykisk helse. Oslo 1999 – 2008.
- Sosial- og Helsedepartementet. Stortingsmelding nr. 25 *Åpenhet og helhet* Oslo 1996-1997.

- Sosial- og helsedirektoratet. ... *og bedre skal det bli!*: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Veileder IS-1162.
- Sverdrup, S., Myrvold, T.M., & Kristoffersen, L (2007). Brukermedvirkning og psykisk helsearbeid: Idealer og realiteter. (NIBR.rapport 2007:2). Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- Sosial og Helsedirektoratet (2007) Sammendrag av anbefalingene for å oppnå god kvalitet på tjenestene. (Bygget på” og bedre skal det bli” 2005) nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten.
- Sosial- og Helsedirektoratet: veileder IS-1162 ... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005- 2015).
- Steinsbekk, A., Westerlund, M., Bjørgen, D. & Riise, MB (2013). Hvordan beskriver brukere av psykiske helsetjenester et godt tjenestetilbud? *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 2013: 50, side 2-5.
- Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Svensson, B., Hansson, L (2006) Satisfaction with mental health services. A user participation approach. *Nord J psychiatry*- vol 60, 365-71.
- Sverdrup, S (2009). *Evaluerings- faser, design og gjennomføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomas S P, Shattell M, Martin T. (2002) “Whats therapeutic about the therapeutic milieu” *Archives of psychiatric nursing* vol XVI, (3) 99-107.
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder I praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Topor, A. (2004) Hva hjelper? Veier til bedring ved alvorlige psykiske problemer. Oslo: Kommuneforlaget.
- Ulvestad, A.K., Henriksen, A.K., Tuseth, A- G. & Fjeldstad, T (red). (2012). *Klienten- den glemte terapeut*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vatne, S. (2012) *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vestre Viken klinikk for psykisk helse og rus, *strategiplan 2013-2016*.  
Tilgjengelig fra:  
<http://www.vestreviken.no/SiteCollectionDocuments/Klinikker/Psykisk%20helse%20og%20rus/Strategiplan%20PHR%202013-2016.pdf>. (Lastet ned 22.03.14).
- Vaaler, A., Morken, G., Linaker, O.M. (2005). Effects of different interior decorations in the seclusion area of psychiatric acute ward. *Nord J Psychiatry*. Vol 59. NO, 2005, side

19- 24.

Westerlund, H. (2012). *Mer enn bare ord- ord og begreper i psykisk helsearbeid*. Skien:  
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Ørstavik, Sunniva. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2008, Vol.5. nr 2.

# VEDLEGG 1: Intervjuprotokollen. Statens helsetilsyn. Utredningsserien 6:2001

Utredningsserien 6:2001

A: RESPEKT FRA PERSONALET	
1. Ble du tatt i mot på en god måte da du ble innlagt i avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Var personalet høflige og interesserte i forhold til deg?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Respekterte personalet dine meninger?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Var personalet tilgjengelig når du trengte det?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Hadde du tillit til personalet?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
<b>Kommentarer fra pasienten:</b> ..... .....	

B: STØTTE FRA PERSONALET	
1. Brydde personalet seg om deg?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Kunne du snakke med personalet om dine personlige bekymringer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Forsto personalet problemene dine?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Ble du oppmuntret av personalet til å arbeide med dine problemer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Trodde personalet på deg?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
<b>Kommentarer fra pasienten:</b> ..... .....	

C: SOSIALT MILJØ PÅ AVDELINGEN	
1. Hadde du mulighet til å få være for deg selv når du trengte det?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Hadde du muligheter for meningsfulle aktiviteter i avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Kunne du ta i mot familie eller venner på besøk når du ville?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Følte du deg trygg i avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Følte du deg ensom i avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Nei <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Ja
<b>Kommentarer fra pasienten:</b> ..... .....	

D: MEDVIRKNING I EGEN BEHANDLING	
1. Tok personalet hensyn til dine meninger om behandlingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Var det et godt samarbeid mellom deg og personalet om behandlingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Var du med på å planlegge din egen behandling?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Hendte det at beslutninger om behandlingen ble tatt over hodet på deg?	<input type="checkbox"/> 2.Nei <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Ja
5. Spurte personalet deg om hva du mente om behandlingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
<b>Kommentarer fra pasienten:</b> ..... .....	

E: INFORMASJON TIL PASIENTEN	
1. Fikk du forståelig informasjon om praktiske rutiner i avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Fikk du forståelig informasjon om årsakene til dine psykiske problemer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Fikk du forståelig informasjon om ditt behandlingsopplegg?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Fikk du forståelig informasjon om dine framtidsutsikter, med de problemene du har?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Fikk du forståelig informasjon om virkninger og bivirkninger av medisinene du brukte?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
6. Fikk du vite at du kunne lese journalen din?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
7. Fikk du vite at du kunne klage over behandlingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
8. Fikk du så mye informasjon som du ønsket?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
9. Hendte det at du fikk motstridende informasjon?	<input type="checkbox"/> 2.Nei <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Ja
10. Stolte du på at du fikk korrekt informasjon fra personalet?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
Kommentarer fra pasienten:	
.....	
.....	

F: PLANLEGGING VED UTSKRIVING	
1. Ble du informert i god tid om når du skulle utskrives?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Har du avtale med en fagperson (f. eks. lege eller sykepleier) om oppfølging etter utskrivingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Har du møtt denne fagpersonen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Har personalet ved avdelingen snakket med denne fagpersonen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Har du fått informasjon om hvilke tilbud som finnes for deg i din egen kommune?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
6. Fikk du informasjon om tegn som kan tyde på tilbakefall av dine problemer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
7. Fikk du råd om hva du bør gjøre ved tegn på tilbakefall?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
8. Fikk du beskjed om tegn som kan tyde på bivirkninger av medisinene du bruker?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
9. Fikk du råd om hva du bør gjøre ved tegn på bivirkninger av medisiner?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
10. Har du vært med på å lage planer for din oppfølging etter utskrivingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
Kommentarer fra pasienten:	
.....	
.....	



G: INFORMASJON TIL PÅRØRENDE	
(Disse spørsmålene utelates fra intervjuet dersom pasienten ikke har nære pårørende, eller ikke ønsker at de skal informeres)	
1. Spurte personalet om du ville at dine pårørende skulle få informasjon om dine problemer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Fikk du den hjelpen du trengte for å informere dine pårørende om dine problemer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Fikk dine pårørende tilbud om samtaler med deg og din kontaktperson i avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Har dine pårørende fått informasjon om hva som kan forebygge at du får tilbakefall?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Har dine pårørende fått informasjon om dine tiltaksplaner for tiden etter utskrivingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
<b>Kommentarer fra pasienten:</b> ..... .....	

H: OPPLEVD NYTTE AV BEHANDLINGEN	
1. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til dine psykiske problemer?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
2. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til å mestre dine daglige gjøremål?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
3. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til samvær med andre mennesker?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
4. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til å forstå problemene dine?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
5. Dersom noen fikk de samme problemene som du har hatt, ville du råde dem til å legge seg inn ved denne avdelingen?	<input type="checkbox"/> 2.Ja <input type="checkbox"/> 1.Delvis <input type="checkbox"/> 0.Nei
<b>Kommentarer fra pasienten:</b> ..... .....	

#### AVSLUTTENDE SPØRSMÅL

Hva var du minst fornøyd med under oppholdet på avdelingen?

.....

.....

Hva var du mest fornøyd med under oppholdet på avdelingen?

.....

.....

#### INTERVJUERENS KOMMENTAR TIL INTERVJUET

.....

.....

## VEDLEGG 2: Eksempel på meningsbærende enheter, subkategorier og kategorier

Meningsbærende enheter	Subkategori	Kategori
<p>Dette er kremavdelingen. Jeg kaller dere Blakstad fjordhotell. Estetisk avdeling. Omgivelsene innbyr til fred og ro. Interiøret. Pent her, kunst og pene møbler. Hyggelige omgivelser. Ytre forhold. Eget toalett og dusj-luksus! Lukket avdeling er dårlig vedlikeholdt og slitt. Det er rent fysisk og estetisk. God totalopplevelse. Rommet mitt! Stille og rolig. Flere stuer, kan trekke seg tilbake, stille, må ikke trække oppi hverandre. Lyst og åpent. Gode rammer. Det er så pent her- fint område. Har gått turer, det gjør jeg ikke hjemme. Beliggenheten har helbredende virkning, turmulighet året rundt. Det er så godt å gå til kapellet</p>	Gode fysiske rammer er viktig	Omgivelser
<p>Dårlig med gode sitteplasser i stua, bare en stol som var god. Det er stort her. En stor avdeling, mange dører, vanskelig å finne frem. Gjorde det vanskelig å finne personalet. Det burde vært flere Tver. Senga var vond. Madrasser – plast! Dårlig dyne. For lyst på rommet. Lytt mellom rommene. Bråk og skriking fra sikkerhetsseksjonen. Uro fra avdelingen under- uteområdene Personalet på et sted- pasientene et annet sted.</p>		



<p>Mat og mennesker, det er luksus. Humor, god tone og optimisme. Stemningen gir godfølelsen. God atmosfære. Brødbaking lukter så godt om natta. Godt å være sammen med de som er her. Både medpasienter og personale. Jeg har fått nye venner her. Viktig for selvtilliten hva de andre sier. Det tryggeste stedet jeg har vært. Den gode stemningen personalet lager. Personalet er tilstedeværende og mye i miljøet. Når personalet var tilstede var jeg alltid fornøyd. Herlig positive mennesker- ser at personalet trives. Det er trygt med stabilt personale. Maten og måltidene. Føler meg som hjemme – får håp- alt var svart- negative tanker. Har strikket og heklet – hyggelig. Gode råd og tips – hudpleie- mat og dameprat. Liker det sosiale – sitte på TV-stua. Miljøet og fellesskapet. Flotte medpasienter! Jeg følte jeg kunne være meg selv. Alle menneskene jeg ble kjent med – kunne gråte sammen med. Støtten fra medpasienter. God mat og drikke. Hyggelig med felles fredagslunsj.</p>	<p>Miljø og fellesskap har mye å si for bedring</p>	
<p>Det er ensomt å være syk. Jeg følte meg ensom hele tiden. Jeg er ensom over alt- en underliggende følelse som kommer og går. Fant ikke fellesskap med de andre. Dårlige medpasienter påvirker miljøet, personalet må være der. Var veldig redd de andre pasientene. Savner mye, latter og humor. Hadde satt pris på om det var enklere å få frukt. Maten er så god at det er lett å spise for mye.</p>		
<p>Poliklinikker kan ikke hjelpe alle, heller ikke dagsenter, aktivitetshus- Trenger døgnavdeling med kompetente fagfolk- Det er det her. Takknemlig for tiden her- kanskje dere har reddet en hel fremtid. Sier at vi redder liv og at vi reddet hans. Å jobbe meg opp fra det dypeste mørke sammen med dyktige folk i et rolig tempo. Jeg har inntrykk av at hver pasient er viktig her i posten. Å få tid til å bearbeide og verktøy til å håndtere</p>	<p>Livredding</p>	<p>Behandlingsopplegget</p>

<p>Mottagelsen jeg fikk da jeg kom- Var redd for å komme hit- at folk skulle se ned på meg – dømme meg. Forutsigbarhet, rutiner og struktur. Bra opplegg på dagen. Viktig med faste, planlagte samtaler. Bra med primærkontakter- ikke forskjellige kontakter hver dag. Programmet her, grupper og undervisning. Bra å dele med andre. Det blir klart at andre også sliter med ting. Gode samtaler. Å få hjelp med det psykiske og årsaker. Akupunktur – godt i stedet for tabletter – samme virkning. Fysioterapi – trim for kropp og sjel. Fikk god hjelp med økonomien av sosionomen. God plan om å komme hjem. Jeg ser at det blir gjort noe- de der ute følger opp</p>	Rammene for behandlingen	
<p>Å være her har vært både og- systemet irriterer meg. Ønsket mer samtaler med behandler. Tatt tid å konkretisere og komme i gang med behandlingen. For mange personale og forholde seg til- må gjenta informasjonen. Har ikke fått være med på prosessen med utskrivelse</p>		
<p>Det ble tatt hensyn til mine meninger- spesielt medisiner- fikk tenketid. Medbestemmelse- det er mye mer fritt nå. Så hva jeg mener har dere godtatt, jeg ble tatt ordentlig på alvor. Ble hørt på mine tanker og forslag. Pushet på og sparket bak. De lar meg ikke i fred- blir hørt og sett. Jeg har fått sove lenge selv om det er forventet at man står opp.</p>	Tilpasset behandling	
<p>Misfornøyd med å være tvangsinnlagt. Tvangs- særlig medisiner. Ingen informasjon om medisiner. Det tok for lang tid å endre medisiner. Ikke informasjon om psykiske lidelser og årsaker. Tungvint å få Paracet for hodepine</p>		
<p>Bra med mulighet for meningsfulle aktiviteter. God balanse. Bra med fritid om ettermiddagen. Noe felles er godt i forhold til dagen</p>	Noen dager tomme- andre veldig fulle	Aktiviteter

<p>Skulle ønsket mer aktiviteter. Noen dager tomme- andre veldig fulle. Manglet aktiviteter- flere ting å gjøre. Det kunne fort bli kjedelig. Ønsket mer felles aktiviteter. Det kunne vært mer program i helgene. Trenger noe å gjøre- indre uro. Kunne hatt mer undervisning på kveld. Gruppearbeid, spill og bingo.</p>		
<p>Betryggende og fine folk som har gitt meg trygghet og ro. Dyktige og forståelsesfulle. Profesjonelle og varme. Rolig og kompetent. At noen kjenner historikken og tør å sette noen grenser. Tør å snakke om vanskelige temaer. De psykiatriske sykepleierne her har veldig peiling på hva de holder på med. Meget kompetente, kloke og varme. Kommer til å savne samtaler med ... (behandler). Profesjonelle og trygge. Sjefen som ikke er sjefete – går turer med pasientene. Å bli møtt som et ordentlig menneske. Personalet har gjort meg synlig og inkludert, føler at man fortsatt er et ordentlig menneske</p>	Rolig og kompetent	Relasjoner
<p>Jeg føler meg omgitt av engler. Jeg har ikke et anstrengt forhold til noen av personalet- dette er unikt. Var veldig fornøyd med teamet mitt. ... (navngitt personale) har vært der for meg i medgang og motgang ... (navngitt personale) var fantastisk til å se meg. ... (navngitt personale) - kontakten vi har vi matcher så godt- ikke noe dilldall. ... (navngitt personale) har vært til stor hjelp, tar seg tid, bryr seg. Rolige, avslappede, omsorgsfulle, som jeg følte ønsket meg det beste og behandlet meg med respekt. Og som alltid var tilgjengelige for en prat. All star team. Flotte mennesker her- ikke høye på pæra. Føler at folk bryr seg- er der. Veldig fornøyd med behandleren min. psykologen skjønner mye uten så mye snakk. Varmen og innlevelsen har gitt trygghet. Folk med et godt hjerte. Å bli møtt som et menneske med ydmykhet og verdighet. Visste at ... (navngitt personale) ville gjøre det om jeg ikke klarte det. Den gode følelsen av å bli tatt vare på, respektert. Møtt med respekt, også av de på kjøkkenet.</p>	Det beste er menneskene her	

<p>... (navngitt personale) la til rette for, og tok tak i forholdet mellom min kone og meg. At besøk blir planlagt og forberedt, og at de ble ønsket velkommen. Mulighet for å være sammen med barna. Den måten besøk av pårørende ble ivaretatt av personalet. Familien min ble tatt godt vare på. Fint at foreldre, søster, samboer har fått delta. Veldig godt for pasienten at hennes ektefelle ble inkludert, tatt vare på, fikk spise. Fått på plass planer med pårørende – viktig med mestringsplan- at pårørende er på nett. At barna ble ivaretatt og respektert</p>	<p>Personalets oppfølging av pårørende</p>	
<p>Kontaktpersonen bryter uanmeldt inn i besøk av pårørende og tilbyr samtale mot pasientens vilje. Dårlig informasjon til pårørende. Ikke fått tilbud om familiesamtale.</p>		
<p>Har lært å forstå mine følelser og meninger. Skjønner problemene mine bedre. Jeg hadde gått for mye for meg selv hjemme- det var derfor jeg kom hit- der prater jeg med meg selv- ensom. Jeg er positivt overasket over egen innsats. Egeninnsats – stolt. Synes jeg har fått det til, kommet meg over kneika – ikke drikker. Jeg skammer meg ikke over å være her. Jeg har turt mer- og det har kommet fra meg selv. Jeg har lært mye om meg selv og hvordan jeg kontrollerer det. Har lært mye, vet hva jeg må endre. Jeg bryr meg – har fått ryddet og sortert mye i forhold til venner og liknende. Gleder meg til noe. Gleder meg til å stå opp. Jeg har greid å si fra- jobbet, trent på å sette grenser. Tok tak i meg selv – gråter ikke for alt. Fikk et avbrekk hjemmefra. Klarer nå å tenke på familien. Har fått fred- skru av noen funksjoner- praktiske ting. Slipper hverdagens stress. Avgrensning, nyttig- mental ferie. Fokus på mine ting- overskudd- litt initiativ. Fikk ro til å samle meg. Har fått tid til å bearbeide en del tanker. Fikk tid til å tenke og planlegge. Få være i fred, ro, skjerming. Opp- ned tanker og følelser, slippe konsekvensene der ute</p>	<p>Lært mye om meg selv</p>	<p>Meg selv</p>

<p>Jeg er et helt annet sted, livslyst. Mer trygg for fremtiden, har fått HÅP! Jeg er ikke redd for meg selv lenger. Føler at jeg er klar for å starte på nytt, og at det går min vei dette året. Bedringen er synbar. Ser positivt på framtidsutsiktene. Fått håp om å leve, hjelp til å leve. En form for avrusning. Har fått stelt meg- viktig! Psykose- verden som jeg ser den- synes det er unormalt nå. Skulle ønske at jeg var helt kurert ved utskrivelse, men vet at det ikke mulig. Nå begynner det å bli synlig! Tenker klart uten avsporing</p>	<p>Hjelp til å leve</p>	
---	-------------------------	--

## VEDLEGG 3: Godkjent registreringsskjema

Prosjektnr: M-

### Registreringsskjema for masterprosjekter i Vestre Viken HF

<b>1. Prosjekttittel</b> (maks. 100 tegn) Pasienttilfredshet i psykiatrisk døgnenhet. Evaluering av erfaringer.				
<b>2a Prosjektperiode</b> (fra rekruttering til og med tidspunkt for sletting av data som kan spores tilbake til deltageren.)		<b>Fra dato; 15. august 2014</b> <b>Til dato; 31 desember 2015</b>		
<b>2b Hvem er forskningsdeltagerne/ informantene i prosjektet?</b> (sett kryss)		Pasienter: <input checked="" type="checkbox"/>	Pårørende: <input type="checkbox"/>	Ansatte: <input type="checkbox"/>
<b>3. Mastergradskandidat</b>				
<b>Navn:</b> Trude Hverven		<b>Fødselsdato:</b> 300765		
<b>Stilling/tittel:</b> Psykiatrisk sykepleier		<b>Ansettelsessted:</b> Psykiatrisk avdeling Blakstad		
<b>Telefon:</b> 47400634		<b>E-post:</b> trude.hverven@vestreviken.no/ thverven@online.no		
<b>Utdanningsinstitusjon:</b> Høgskolen i Buskerud/Vestfold		<b>Navn på studium:</b> Masterstudie i klinisk helsearbeid, psykisk helse		
<b>4. Prosjektleder/veileder</b> (Prosjektleder skal fortrinnsvis være samme person som veileder)				
<b>Navn:</b> Siren Eriksen Kouwenhoven		<b>Ansettelsessted:</b> Høgskolen i Buskerud/Vestfold		
<b>Stilling og akademisk grad:</b> Postdoktor/ førsteamanuensis				
<b>Telefon:</b> 992 93 231		<b>E-post:</b> Siren.Eriksen.Kouwenhoven@hbv.no		
<b>5a. Hvilken institusjon skal være forskningsansvarlig og databehandleransvarlig for prosjektet?</b> Dersom studenten er ansatt i Vestre Viken bør det være VV-HF: (sett kryss)		VV-HF <input checked="" type="checkbox"/>	Utdanningsinstitusjon	
<b>5b. Dersom VVHF skal være forskningsansvarlig institusjon forutsettes det at student og prosjektleder/veileder har gjort seg kjent med Vestre Vikens "Prosedyre for uthenting, behandling, bruk og lagring av pasientdata til bruk i forskningsprosjekter/kvalitetsstudier"</b>			Har gjort seg kjent	
<b>6. Hva er avtalt vedr. bruk av data, og evt. publisering, dersom masterstudenten vil slutte før prosjektperiodens slutt?</b>		Data tilfaller VV-HF og tilbakeføres til akuttseksjon C		
<b>7. Hva er avtalt oppbevaringstid av prosjektdataene?</b>		Data benyttet i masteroppgaven slettes innen utgangen av 2015		
<b>8. Hva er avtalt vedr. medforfatterskap på eventuell artikkel som kommer ut av studien?</b> (Dersom det skal publiseres i refereebedømte tidsskrift skal Vancouver-reglene om medforfatterskap følges)		Det er planlagt at masterstudien som monografi våren 2015. Ingen artikler er planlagt.		

**Følgende vedlegg skal følge registreringsskjema**

Prosjektbeskrivelse

Søknad til avdelingssjef om gjennomføring av prosjektet

Bekreftelse fra avdelingssjef på at det er gitt tillatelse til å gjennomføre prosjektet

Søknadsskjema til Regional etisk komite (REK), og eventuelt svar fra REK

og/ eller

Søknadsskjema til Personvernombudet (PVO), og eventuelt svar fra PVO

<b>9a. Hvor skal prosjektet gjennomføres?</b> (Klinikk og avdeling i VV-HF der person-/journalopplysninger skal hentes ut i fra)	Avdeling, Klinikk: Akuttseksjon C, Psykiatrisk avdeling, Blakstad	
<b>9b. Er det utarbeidet og vedlagt søknad om tillatelse til å gjennomføre prosjektet, med kort beskrivelse av hva deltagelse vil innebære av arbeidsinnsats for avdelingen:</b>	Ja: X	Nei:
<b>10a. Krever prosjektet godkjenning av REK?</b> (dvs. at det er karakterisert som et forskningsprosjekt - til forskjell fra et Kvalitetssikringsprosjekt), og omfatter prosjektet bruk av identifiserbare eller aidentifiserte personopplysninger? (Ved tvil; bruk skjema for fremleggelsesvurdering / kontakt REK; <a href="http://helseforskning.etikkom.no">http://helseforskning.etikkom.no</a> )	Ja:  Svar på 10b	Nei: X  Svar på 11a
<b>10b. Hvis ja, oppgi REK-nr når dette foreligger</b>	REK-nr:	
<b>11a. Faller prosjektet utenfor REKs mandat</b> (dvs. at det er karakterisert som en kvalitetsstudie), men omfatter allikevel bruk av identifiserbare eller aidentifiserte personopplysninger?	Ja:	Nei: X
<b>11b. Dersom utdanningsinstitusjonen skal være forskningsansvarlig og databehandleransvarlig institusjon skal studien meldes til VV-HFs personvernombud for utlevering av data. Bruk meldeskjema som ligger på:</b> <a href="http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/personvern/Sider/vestreviken.aspx">http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/personvern/Sider/vestreviken.aspx</a>	PVO-nr:  Prosjektet ble diskutert med Helge Grimnes hos personvernombudet 4. juli 2014. Fordi intervjudataene som behandles er anonyme, faller prosjektet utenfor personvernombudets mandat.	
<b>11c. Alle data som er personidentifiserbare eller aidentifiserte må lagres etter kravene fra gjeldende personvernombud.</b> Dersom VV-HF skal være forskningsansvarlig og databehandleransvarlig institusjon skal prosjektdata lagres på Vestre Vikens forskningsserver. Er PVO i Vestre Viken HF ( <a href="mailto:henriette.henriksen@vestreviken.no">henriette.henriksen@vestreviken.no</a> ) kontaktet for opprettelse av mappe (via ?	Ja:	Nei: X  Data i denne studien er anonymiserte  <a href="http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/personvern/Sider/avidentifisering.aspx">http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/personvern/Sider/avidentifisering.aspx</a>
<b>12. Skal prosjektet registreres i Clinicaltrials?</b> (Krav om registrering omfatter nå alle studier «som prospektivt inkluderer forsøkspersoner til én behandlingsgruppe eller til sammenliknende grupper for å undersøke effekter av helserelaterte endepunkter». Da bør prosjektet registreres i <a href="http://www.ClinicalTrials.gov">www.ClinicalTrials.gov</a> . Dersom det er planer om publisering av resultater.)	Ja:	Nei: X
<b>13a. Har studenten et behandleransvar for pasientene som skal inngå i studien, slik at du har full tilgang til pasientens journal i pasientjournalssystemer; (DIPS/PACS)?</b>	Ja:	Nei: X
<b>13b. Hvis nei, har du behov for en spesiell avtale om tilgang til pasientjournalssystemer (DIPS/PACS)?:</b>	Ja:	Nei: X
<b>13c. Hvis ja, spesifiser hvilke tilganger som er nødvendige.</b>  Forskningsansvarlig i klinikken søker om opprettelse av tilganger til DIPS/PACS ansvarlig		



14 a. Navn på prosjektets mappe på VVHF's forskningsserver:				
Masterstudie ved Trude Hverven: <b>Pasienttilfredshet i psykiatrisk døgnenhet. Evaluering av erfaringer.</b>				
<b>14 b. Personer som skal ha tilgang på mappen:</b>				
Navn:	b-brukernr:	Avdeling:	Lesetilgang	Lese- og skrive-tilgang
<b>Trude Hverven</b>	thverv	Akuttseksjon C		x

<b>15a. Prosjektleder og Masterstudent</b> (Undertegnede innestår for at alle meldinger/søknader er/vil bli sendt, at alle samarbeidende institusjoner og avdelinger er informert, og at selve prosjektet ikke starter før alle formalia foreligger.)	
<b>Dato:</b>	<b>Sign (Pr.l):</b>
<b>Dato:01.06.14</b>	<b>Sign (M.st):</b> <b>Trude Hverven (Masterstudent)</b>  <b>Siren E. Kouwenhoven, veileder (sign.)</b>

<b>15b. Avdelingssjef:</b> Undertegnede er informert om prosjektet, og gir godkjenning til at den gjennomføres i avdelingen.	
<b>Dato</b>	<b>Sign:</b>
	<b>Viser til godkjenning i e-postkorrespondanse med Carsten Bjerke datert 26/6 – 2014.</b>

<b>15c. Forskningsansvarlig i klinikken</b> (Undertegnede har gjennomlest skjemaet og gir endelig godkjenning før prosjektet kan starte opp)	
<b>Dato: 10.07.2014</b>	<b>Sign: Paul Møller, forskningssjef (sign.)</b>