

Masteroppgave

Masterstudium i psykisk helsearbeid

Mai 2022

Helsepersonell sine erfaringer med bruk av
Early Recognition Method (ERM): En kvalitativ studie.

Health professional's experiences with use of the
Early Recognition Method (ERM): A qualitative study.

Kandidatnavn: Ane Johnsrud

Emnekode: MAPSD5900

Antall sider: 59

Antall studiepoeng: 30

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY

STORBYUNIVERSITETET

FORORD

I min jobb får jeg møte mennesker som på en eller annen måte er i en sårbar livssituasjon. Mennesker som har lært meg mye om seg selv, om meg selv, om livet, glede, smerte, medmenneskelighet, likeverd, nestekjærlighet og mye mer. Mennesker som våger å dele av seg selv og om sitt. En stor motivasjon i er å opprette god kontakt med menneskene jeg møter. Men hvordan vet man hvilken vei man skal gå for å opprette god kontakt? Hvordan kan man som fagperson bidra positivt? Slike spørsmål melder seg ofte. Heldigvis lærer man hele tiden, og man blir aldri utlært. Da jeg ble introdusert for Early Recognition Method (ERM) for flere år tilbake, kjente jeg at noe som hadde ”manglet” falt på plass. Nysgjerrigheten omkring å undersøke mer inngående hva andre fagpersoner tenker om ERM, har lenge vært stor. Endelig fikk jeg muligheten til å se mer på saken.

Jeg vil rette en stor takk til de fem informantene som har åpnet seg omkring sine erfaringer. Alle fem viste interesse og engasjement for å delta i studien. Takk for åpenhet og ærlighet, og for at dere tok dere tid til å dele!

Min hovedveileder, førsteamanuensis ved OsloMet, Siv Skarstein; tusen takk for alle timene med drøftinger og konstruktive samtaler. Takk for dine mange gode innspill og tilbakemeldinger, og for at du har vært tålmodig og fleksibel. Ikke minst vil jeg takke gode kolleger som er spesielt interesserte i ERM og øverste leder. Jeg er veldig takknemlig for deres innspill og engasjement, og for alle diskusjoner. Uten dere hadde veien vært langt mer kronglete å gå! Takk til min samboer, som støtter meg i alle livets oppgaver og utfordringer.

Tusen takk til Frans Fluttert for at du har hatt troen på min studie. Takk for at du har tatt deg tid til å svare på mine lange e-poster, for videosamtaler og for at du har lest deler av materialet mitt fortløpende. Takk for at du har bidratt med kommentarer og tilbakemeldinger! Takk til Gunnar Eidhammer for samtaler og konstruktive ord. Takk for det imponerende og inspirerende arbeidet dere gjør for så mange der ute – for pasienter, brukere, studenter og ansatte, på tvers av landegrenser!

SAMMENDRAG

Tittel: Helsepersonell sine erfaringer med bruk av Early Recognition Method (ERM): En kvalitativ studie.

Bakgrunn: ERM retter fokus mot å forebygge eskalering ved å identifisere forvarslene på forverring. Pasientens tilstand, samhandling og brukermedvirkning beskrives som sentralt i dette arbeidet. Etter å ha jobbet med ERM over lengre tid, har interessen for å undersøke mer om hvordan andre fagpersoner opplever å bruke dette verktøyet meldt seg.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med studien er å få større forståelse for helsepersonell sine erfaringer med bruk av ERM.

Problemstillingen er: ”Hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av Early Recognition Method (ERM) ved et døgntilbud for mennesker med alvorlig psykisk lidelse?”

Metodologi: Kvalitativ forskningsmetode er brukt, og det er gjennomført semistrukturerte intervjuer av fem helsepersonell. Systematisk tekstkondensering ble benyttet for å analysere intervjuene.

Resultater: Fire hovedtemaer med subgrupper ble dannet under analyseprosessen:

1. Innsikt, med subgruppene: ”Innsikt hos pasientene” og ”Innsikt hos personalet”.
2. Forutsigbarhet, med subgruppene ”Bedre observasjonsgrunnlag” og ”Lettere å iverksette tiltak”.
3. Oppfølging, med subgruppene ”Relasjonelle forhold”, ”Medvirkning” og ”Dokumentasjon”.
4. Implementering, med subgruppene: ”Implementering hos pasientene” og ”Implementering hos personalet”.

Konklusjon: Informantene viste til positive sider og ulike utfordringer med å bruke ERM. Relasjonen er viktig, og ERM kan tilrettelegge for brukermedvirkning. Helsepersonell skal møte den hjelpetrengende med faglig kunnskap og være varm og forståelsesfull. Det må legges til rette for gjensidighet, trygghet, tillit og en god maktbalanse dersom arbeidet med

ERM skal fungere. Pasienten sine ønsker og meninger må vektlegges. Pasienten sin grad av innsikt i egen sykdom kan spille en rolle for samarbeidet om ERM. Implementering av ERM forutsetter opplæring, veiledning, motivasjon og forståelse.

Nøkkelord: early recognition method, brukermedvirkning, relasjonen, alvorlig psykisk lidelse, forvarsler

ABSTRACT

Title: Health professional's experiences with use of the Early Recognition Method (ERM): A qualitative study.

Background: ERM focuses on preventing escalation by means of identifying the early warning signs of deterioration. The patient's condition, interaction and user involvement are described as the core factors in this strategy. After using ERM over time, interest in other professional's experiences in using ERM have emerged.

Purpose and research question: The purpose of the study is to gain a greater understanding of health professional's experiences in using the ERM. The research question is: "What experiences do health professionals have with use of the Early Recognition Method (ERM) in a 24-hour service for patients with severe mental illness?"

Methodology: A qualitative research design has been used by means of semi-structured interviews conducted with five health professionals. Systematic text condensation was used to analyze the interviews.

Results: Four main themes with subcategories emerged during the analysis process:

1. Insights, with the subcategories "Patient insights" and "Staff insights".
2. Predictability, with the subcategories "Better observational basis" and "Easier to implement measures".
3. Follow-up, with the subcategories "Relational conditions", "Involvement" and "Documentation".
4. Implementation, with the subcategories "Implementation for patient's use" and "Implementation for staff's use".

Conclusion: The interviewees referred to positive aspects as well as various challenges in using ERM. The therapeutic relationship is important in which ERM could facilitate user involvement. Health professionals must meet the patient with professional knowledge as well as being warmhearted and keen to understand the patients' needs. Health professionals should facilitate reciprocity, safety, trust and a good balance with power in applying ERM. The needs

and opinions of the patient should be emphasized. The degree of insight of the patient in their own illness may play a role in the collaboration with the professional in using ERM. Implementing ERM depends on training, guidance, motivation and understanding.

Keywords: early recognition method, user involvement, therapeutic relationship, severe mental illness, early warning signs

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	ii
SAMMENDRAG	iii
ABSTRACT	v
1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
<i>1.1.1 Betragtninger omkring tidligere forskning og utgangspunkt for oppgaven</i>	<i>3</i>
1.2 Hensikt	4
1.3 Problemstilling	4
1.4 Avgrensning	4
1.5 Begrepsavklaringer	5
1.6 Oppbygging	5
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	7
2.1 Alvorlig psykisk lidelse	7
2.2 Early Recognition Method (ERM)	8
2.3 ERM og relasjonens betydning	11
2.4 Brukermedvirkning og ERM	12
2.5 Juridiske og etiske aspekter knyttet til bruk av ERM	13
<i>2.5.1 Juridiske aspekter</i>	<i>13</i>
<i>2.5.2 Etiske aspekter</i>	<i>14</i>
3.0 METODOLOGI	16
3.1 Bakgrunn for valg av metode	16
3.2 Litteratursøk	17
<i>3.2.1 Litteratursøk for å finne forskning om ERM</i>	<i>17</i>
<i>3.2.2 Litteratursøk for å finne forskning om alvorlig psykisk lidelse</i>	<i>18</i>
<i>3.2.3 Litteratursøk for å finne forskning om relasjonen</i>	<i>19</i>
<i>3.2.4 Litteratursøk for å finne forskning om brukermedvirkning</i>	<i>19</i>
3.3 Kildekritikk	20
3.4 Utvalg og innsamling av data	20
<i>3.3.1 Kvalitative intervju</i>	<i>21</i>
<i>3.3.2 Gjennomføring av intervjuer</i>	<i>22</i>
<i>3.3.3 Transkripsjon</i>	<i>22</i>
3.5 Analyse av data	22
<i>3.5.1 Å få et helhetsinntrykk</i>	<i>23</i>
<i>3.5.2 Å identifisere meningsbærende enheter</i>	<i>23</i>
<i>3.5.3 Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og å sammenfatte betydningen av dette</i>	<i>24</i>
<i>3.5.4 Illustrasjon av hvordan de fire trinnene i STC ble fulgt</i>	<i>25</i>
3.6 Etiske overveielser	26
3.7 Refleksivitet og forforståelse	28
3.8 Validitet og reliabilitet	29
4.0 RESULTATER	30
4.1 Innsikt	30
<i>4.1.1 Innsikt hos pasientene</i>	<i>31</i>
<i>4.1.2 Innsikt hos personalet</i>	<i>32</i>
4.2 Forutsigbarhet	32
<i>4.2.1 Bedre observasjonsgrunnlag</i>	<i>33</i>
<i>4.2.2 Lettere å iverksette tiltak</i>	<i>34</i>

4.3 Oppfølging	35
4.3.1 Relasjonelle forhold.....	35
4.3.2 Medvirkning.....	36
4.3.3 Dokumentasjon.....	37
4.4 Implementering	38
4.4.1 Implementering hos pasientene.....	38
4.4.2 Implementering hos personalet.....	38
5.0 DISKUSJON	40
5.1 Diskusjon av resultater	40
5.1.1 Vellykket bruk av ERM forutsetter innsikt hos både pasienter og helsepersonell.....	40
5.1.2 ERM kan gi økt forutsigbarhet i behandling og oppfølging.....	42
5.1.3 Relasjonens betydning, muligheter for medvirkning og journalføring.....	43
5.1.4 Vellykket implementering forutsetter opplæring, veiledning, motivasjon og forståelse.....	45
5.1.5 Oppsummerende refleksjoner omkring hovedtemaer.....	46
5.2 Metodediskusjon	47
5.2.1 Studiens validitet og reliabilitet.....	47
5.2.2 Studiens begrensninger.....	49
5.2.3 Implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning.....	51
6.0 KONKLUSJON	53
REFERANSELISTE	55
Vedlegg 1 – Tabell med hovedtemaer og subgrupper	58
Vedlegg 2 - Intervjuguide	59
Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	60
Vedlegg 4 – Vurdering fra NSD	63

1.0 INTRODUKSJON

I min arbeidshverdag møter jeg mennesker med alvorlig psykisk lidelse. De har ulike hjelpebehov og utfordringer og trenger individuelt tilrettelagt bistand og oppfølging. Retten til et individuelt tilpasset oppfølgingstilbud står sentralt ved de arenaene der psykisk helsearbeid foregår. Det rettes et stort fokus mot å møte den enkelte med respekt og likeverd, og det jobbes mot at vedkommende skal delta aktivt under oppholdet (Helsedirektoratet, 2014). Et mål for menneskene jeg møter er endring og bedring. Over lang tid har jeg jobbet med Early Recognition Method (ERM). Egne erfaringer tilsier at ERM kan bidra til å hindre forverring, tilbakefall og legge til rette for en positiv utvikling. ERM kan åpne opp for at den hjelpetrengende i større grad kan delta i sitt eget oppfølgingstilbud, ved at vedkommende sin stemme tydeligere kommer frem. Det kan se ut til at visse rammer og strukturer må være på plass for at en skal lykkes i dette arbeidet.

Psykiske utfordringer forekommer hos mennesker i samtlige samfunnslag og i alle aldersgrupper. Hvor mye hjelp en er i behov av, varierer fra at noen klarer å overvinne sine utfordringer på egenhånd, noen ved støtte og hjelp fra familie og venner, andre er i behov av bistand fra helse- og sosialsektoren en viss tidsperiode. Noen er i behov av bistand over kort tid mens andre er i behov av ulike hjelpe- og støttetiltak over år. I behandlings- og tjenesteutøvelsessammenheng står involvering av den hjelpetrengende sentralt. Det er en demokratisk rettighet å kunne medvirke i eget forløp (Helsedirektoratet, 2014).

Tjenesteapparatet plikter å sørge for at mennesker med behov for bistand får tilstrekkelig og tilpasset informasjon om eget hjelpetilbud. Helsepersonell plikter å legge til rette for at medvirkning blir mulig (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Ifølge Helsedirektoratet (2014) har den som er i behov av hjelp, rett men ikke plikt, til å delta i utformingen av tjenestetilbudet. Brukermidvirkning kan bidra til økt kunnskap om brukere sine behov, ønsker og situasjon, som igjen kan føre til bedre forståelse for hvordan tjenestene bør utvikles. ”Brukermidvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem” (Helsedirektoratet, 2014, s. 17). Behandlingen og hjelpen som tilbys, skal basere seg på evidensbaserte tilnærminger og metoder. Det finnes ulike metoder og teknikker å velge mellom. Behovet for hjelp eller

behandling skal vurderes med utgangspunkt i personens tilstand og behov. Oppfølgingen må justeres etter sykdomsfase og ulike individuelle faktorer (Helsedirektoratet, 2013). Etter å ha arbeidet med ERM over flere år har jeg flere ganger sett at dette er et verktøy som kan gjøre det lettere å tydeliggjøre hvilke behov den hjelpetrequende har, samt følge vedkommende i de ulike fasene som viser seg over tid.

En god relasjon mellom den hjelpetrequende og hjelper er viktig for å lykkes innen psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2013). Dette samsvarer med det Wormnes (2013) sier om at relasjonen mellom behandler og pasient er essensiell for å lykkes i behandlingssammenheng. Ifølge forfatteren er relasjonen ofte mer avgjørende enn de verktøyene og metodene som benyttes. Bøe & Thomassen (2017) sier at en kan se effekt av ulike behandlings- eller hjelpetiltak i de situasjonene hvor den hjelpetrequende opplever likeverd, får anledning til å påvirke eget forløp og hvor en god relasjon preger samarbeidet. Helsedirektoratet (2013, s. 29) viser til at bedringsprosessen er en individuell prosess som avhenger av flere faktorer. Å rette fokus mot det som er viktig for den enkelte, kan bidra til økt følelse av mestring. Egne erfaringer tilsier at det kan ha positiv betydning for bedringsprosessen å vektlegge det den hjelpetrequende mener er sentralt i eget liv.

Helsepersonell som jobber på arenaer hvor psykisk helsearbeid foregår møter ulike utfordringer, spesielt i arbeidet med pasienter som potensielt kan fremvise aggressiv eller voldelig atferd. Et viktig fokusområde er å igangsette tiltak for å hindre voldelig atferd. Ulike verktøy for systematisk risikovurdering og -håndtering har over år blitt utviklet for å kunne møte slike utfordringer på en bedre måte. Individuelle faktorer har de senere årene vært mer i fokus. Sårbarhet, stress, tidlige tegn og triggere er sentrale faktorer. Dersom en klarer å identifisere individuelle tidlige tegn i forkant av en voldelig hendelse, kan tiltak settes inn før hendelsen inntreffer. Fluttert har utviklet ERM som er et verktøy som kan forhindre utviklingen av voldelig atferd. ERM retter også fokus mot å forebygge eskalering av annen type atferd med potensielt negative konsekvenser (Eidhammer et al., 2010, s. 5-7).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

ERM retter fokus mot å identifisere tidlige tegn (forvarsler) på forverring, slik at eskalering kan unngås (Fluttert et al., 2008). Fokuset på forvarsler handler om at pasienten i en tidlig fase av sykdomsforverring kan være i stand til å gjenkjenne tegn på forverring, og det er derfor nyttig å trene på å signalisere behovet for forebyggende tiltak i tide (Fluttert et al.,

2010). Identifisering av forvarsler gjør det mulig å benytte flere effektive tiltak som gåturer, musikk, samtaler, spill og så videre. Brukermedvirkning, pasientens tilstand og samhandling mellom pasient og personal beskrives som sentralt i dette arbeidet. Den profesjonelle skal jobbe mot å etablere en relasjon med pasienten (Eidhammer et al., 2013, s. 6-7).

Erfaringer tilsier at et arbeid hvor kartlegging av forvarslene til den enkelte, og igangsetting av gjeldende tiltak, kan føre til bedre psykisk helsetilstand hos mennesker med forskjellige typer psykiske lidelser. En kan få pasienten mer på banen og det kan legges bedre til rette for at vedkommende selv er mer aktivt med i eget hjelpetilbud. Det blir viktig å følge pasienten sine faser og behov, samt få tak hva som foregår inne i vedkommende. Hva mener pasienten selv fungerer når han eller hun får det vanskeligere, og hva bidrar til mer stabilitet? Hvorfor gjør vedkommende som han eller hun gjør? Slike spørsmål kan en få mer klarhet i ved å benytte et verktøy som setter forvarsler, effektive og mindre effektive tiltak, i system. Fokus på pasienten sine opplevelser er viktig. ERM kan være et godt utgangspunkt for å forhindre forverring og føre til bedring. Kunnskap om verktøyet synes å være nødvendig for å lykkes i arbeidet. Er det slik at andre som har jobbet med ERM sitter med andre betraktninger?

Eidhammer et al. (2013) fremhever temaer det kan være interessant å undersøke videre, og et av disse temaene er helsearbeidere sine erfaringer med bruk av ERM. ERM beskrives videre under oppgavens teoridel.

1.1.1 Betraktninger omkring tidligere forskning og utgangspunkt for oppgaven

ERM ble utviklet av Frans Fluttert i Nederland. Det ble opprettet kontakt med norske aktører under en konferanse i Amsterdam i 2007. Det ble i Norge gjennomført et pilotprosjekt fra perioden september 2008 til september 2009, ved Drammen sykehus, tidligere Sykehuset Buskerud. Fokus i pilotprosjektet var utvikling av risikovurdering og – håndtering og forskning (Eidhammer et al., 2010, s. 10). Det ble gjennomført et nytt pilotprosjekt, omtalt som pilotfase 2, i perioden 2009-2012. Et mål med en ny pilotprosjektperiode var å få mer erfaring med ERM ute i kommunene så vel som på institusjoner (Eidhammer et al, 2013, s. 5).

Etter å ha gjort systematiske søk i anerkjente databaser, kan det se ut til å være begrenset med tilgjengelig forskning om ERM. Helsedirektoratet (2018) har inkludert ERM som en anbefaling i forbindelse med voldsriskovurdering og -håndtering. Ved søk i ulike databaser dukker stort sett de samme navnene og forfatterne opp. De samme navnene dukket også opp ved søk i Google, som ledet frem til aktuelle rapporter.

Jeg ble introdusert for ERM etter å ha jobbet med mennesker med ulike hjelpebehov i flere år. Kort tid etter at jeg fikk opplæring og muligheten til å benytte verktøyet i praksis, så jeg flere fordeler og utfordringer. Etter hvert som jeg ble bedre kjent med ERM, så jeg at samarbeidet med pasientene kunne bli bedre, og at gode samtaler og muligheten for å se tydeligere hva den enkelte har behov for kunne bli et resultat. Etter å ha jobbet med ERM over lengre tid, har interessen for å undersøke mer om hvordan andre opplever å bruke dette verktøyet meldt seg. Det er tatt valg underveis som utarbeidelse av intervjuguide, avgrensninger, teoretisk rammeverk og valg av analyseverktøy. Egne erfaringer og utdannings- og yrkesmessig bakteppe vil farge utformingen av oppgaven.

1.2 Hensikt

Basert på tidligere forskning og egne opplevelser og betraktninger, ønsker jeg å undersøke mer om erfaringene til helsepersonell som har benyttet ERM. Hensikten med studien er å få større forståelse for helsepersonell sine erfaringer med bruk av verktøyet.

1.3 Problemstilling

Følgende problemstilling er utarbeidet:

”Hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av Early Recognition Method (ERM) ved et døgntilbud for mennesker med alvorlig psykisk lidelse?”

1.4 Avgrensning

Data er innhentet ved et tjenestested hvor heldøgns tjenester gis til mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Noen får behandling og andre har et botilbud. Felles for alle er at de er i behov av langvarige og koordinerte tjenester. Det skilles ikke på type lidelse eller diagnose. Tilleggsdiagnoser er ikke inkludert. ERM er i fokus, og andre behandlingsmetoder, verktøy eller teknikker vektlegges ikke. Informantene i studien er helsepersonell, og samtlige informanter er ansatt ved tjenestestedet. Tjenestemottakerne er alle over 18 år. Det er ikke tatt høyde for kulturelle eller religiøse differensieringer.

1.5 Begrepsavklaringer

Pasient

Ved tjenestestedet benyttes begrepene pasient, bruker, beboer og tjenestemottaker, avhengig av lovgrunnlag og den enkelte sitt oppfølgingstilbud. Begrepet pasient brukes i oppgaven. Pasient er i denne sammenheng mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse og som har behov for døgntilbud og oppfølging.

Alvorlig psykisk lidelse

Denne oppgaven omhandler mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Helsedirektoratet (2013) sier at alvorlig psykisk lidelse kan omhandle ulike symptomer som kan føre til funksjonsfall og vanskeligheter med å fungere i arbeid, skole og sosialt. Alvorlig psykisk lidelse omtales videre under teoretisk rammeverk.

Døgntilbud

Tjenestestedet omtales som et døgntilbud da det gis tjenester i form av kommunalt bo- og oppfølgingstilbud og behandling på spesialisthelsetjenestenivå.

Erfaringer

I denne studien handler erfaringer om opplevelser og kunnskap helsepersonell har tilegnet seg etter å ha jobbet med ERM. Erfaring kan forklares som informasjon et individ tilegner seg via handling og sansing (Store norske leksikon, 2021).

Helsepersonell

Helsepersonell brukes i denne studien om ansatte som har minimum en spesifikk treårig utdanning på høyskole eller universitetsnivå. De er alle ansatte ved et døgntilbud der ERM anvendes, og har fått opplæring og veiledning om bruk av ERM. Alle har erfaring med bruk av verktøyet i praksis.

Informant

Informant brukes om helsepersonell (se forrige punkt) som har deltatt i studien.

1.6 Oppbygging

I kapittel 1 presenteres oppgavens tematikk, bakgrunn for valg av tema, hensikt, problemstilling, avgrensning og begrepsavklaringer.

Kapittel 2 tar for seg teoretisk rammeverk. Det redegjøres for alvorlig psykisk lidelse, ERM, relasjonens betydning og brukervedvirkning, samt juridiske og etiske aspekter ved bruk av ERM.

I kapittel 3 presenteres metodevalg, litteratursøk og valgte artikler. Deretter beskrives kildekritikk, utvalg og innsamling av data, transkripsjon og analyse, etiske overveielser, refleksivitet og forforståelse og validitet og reliabilitet.

Kapittel 4 inneholder en fremstilling av resultatene. Innledningsvis presenteres en tabell som viser hovedtemaer og subgrupper. Resultatene illustreres ved utsagn fra informantene.

I Kapittel 5 diskuteres resultatene i lys av problemstillingen og teoretisk rammeverk. Videre diskuteres validitet og reliabilitet, studiens begrensninger, implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning.

Kapittel 6 inneholder konklusjon.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

I teorikapittelet presenteres en beskrivelse av hva alvorlig psykisk lidelse kan omhandle, deretter beskrives ERM. Relasjonen og brukervedvirkning blir fremhevet som sentralt i arbeidet med ERM, og disse temaene blir dermed omtalt. Relasjonen blir belyst med utgangspunkt i blant annet Bøe & Thomassen (2017) og Wormnes (2013), som sier at relasjonen er viktig i arbeidet med mennesker som har psykiske vansker. Til sist presenteres betraktninger om juridiske og etiske anliggende.

2.1 Alvorlig psykisk lidelse

Helsedirektoratet (2020) sier at tegn på alvorlig psykisk lidelse kan være mulige hallusinasjoner eller vrangforestillinger, tvangstanker eller tvangshandlinger av vedvarende art, alvorlige kroppslige tegn uten at en klar årsak identifiseres, flashbacks eller erfaringer som kan være traumatiserende, store endringer i døgnrytme, gjerne i sammenheng med andre symptomer, selvskading eller selvmordstanker, store endringer i stemningsleie som kan føre til mistanke om nedstemthet, angst depresjon eller mani, funksjonsfall og utfordringer med å fungere i skole, arbeid eller sosialt.

Hvilke symptomer en person har på psykisk lidelse vil kunne ha mye å si for forløpet. Det varierer hvorvidt ulike symptomer oppleves plagsomme for den enkelte. Symptomer påvirker aktiviteter i hverdagen og relasjoner til andre, og kan være en indikator på hvor inngripende de psykiske utfordringene er. Symptomer på psykisk lidelse vil kunne påvirke andre mennesker og vedkommende selv på forskjellig vis. Psykiske vansker som vedvarer over tid vil kunne sette et større preg enn mildere og mer kortvarige vansker. For eksempel er psykoser som varer lenge oftere knyttet til dårligere prognoser (Helsedirektoratet, 2014, s. 29).

Psykoselidelser er blant de psykiske lidelsene som kan ha langvarig og mer komplisert forløp. Helsedirektoratet (2013, s. 124) sier at "De alvorligste psykosene betraktes som dynamiske prosesser som utvikler seg i faser. Nesten alle psykosetilstander har et forstadium med 'alminnelige' symptomer og/eller tegn på at personen har følelsesmessige problemer". Tegn på slike problemer kan komme frem som sosial isolering, depresjon eller angst. Felles for

psykoselidelsene er at personen som opplever psykosen kan ha redusert realitetsforståelse. Som regel beskrives tre kategorier symptomer når det er snakk om psykoselidelser: 1. Realitetsbrist som viser seg ved sanseopplevelser som ikke er reelle, hallusinasjoner, feiltolkning av omverdenen, vrangforestillinger, fastlåst tankegang. 2. Funksjoner som ansees for å være vanlige bortfaller. Slike symptomer kan være utfordrende å skille fra depresjon eller sideeffekter av noen typer antipsykotiske legemidler. 3. Flere opplever følelsesmessige endringer som depresjon eller angst eller tankemessige vansker. Hos mange endres funksjonsnivået i forhold til hvordan det var før sykdomsdebuten. ”Psykoseutviklingen innebærer ofte at de mer basale funksjonene, som gjør at vi opplever oss som individer, selvpoppfatningen, blir annerledes enn vanlig” (Helsedirektoratet, 2013, s. 129).

Mennesker som har opplevd psykoser gir ulike beskrivelser av hvordan det oppleves. Mange har beskrevet at det oppleves kaotisk og skremmende, andre har beskrevet mindre belastende opplevelser. Av de som har opplevd psykoser er det kommet frem forskjellig syn på årsak og betydning for den enkelte. Ulike ønsker i behandlingssammenheng er vanlig. Enkelte ønsker mindre eller ingen medisiner, og er opptatt av annen type hjelp. Struktur, trygge ramme og omsorg er av flere løftet frem som noe av det som kan bidra positivt (Helsedirektoratet, 2014, s. 139).

Bøe & Thomassen (2017, s. 133) viser til studier som har sett på erfaringene til mennesker om har stått på mottakersiden av psykisk helsearbeid. Blant funnene fra denne forskningen er det å finne mening, samt håp og tro på bedring, sentrale elementer. Møter med profesjonelle kan, i bedringsprosessen, være til hinder eller til hjelp. Forfatterne sier at ”En mulig tolkning av de funnene som denne forskningen frembringer, kan likevel være at det er de etiske, relasjonelle og sosiale sidene ved psykisk helsearbeid som synes å være virksomme og gi bedring” (Bøe & Thomassen, 2017, s. 137). Det kan være flere positive effekter ved at mennesker med alvorlig psykisk lidelse deltar i avgjørelser som tas i deres hjelpetilbud. Et arbeid hvor den hjelpetrengende og den profesjonelle jobber sammen for å ta avgjørelser kan bidra til å bygge tillit og styrke forholdet mellom dem (Aoki, 2020).

2.2 Early Recognition Method (ERM)

Early Recognition Method (ERM) fokuserer på å identifisere tidlige tegn (forvarslar) på tilbakefall hos pasienter som har psykiske utfordringer. Tilbakefall kan handle om voldelig og farlig atferd, suicidal atferd eller annen atferd med negative følger. Identifisering av forvarslar

gjøres for å forhindre utviklingen av slik atferd, og for å redusere ulike former for tvangsbruk, isolasjon og alvorlige voldsepisoder. ERM kan bidra til økt forståelse for hvordan brukeren har det, og om hva som kan bidra til mer stabilitet og positiv endring for vedkommende. Brukermedvirkning, pasientens ståsted og egenomsorg er sentrale begreper i arbeidet med ERM. Samarbeid og en god relasjon løftes frem som viktig (Eidhammer et al., 2010, s. 6-7).

ERM kartlegger de karakteristiske forvarslene til den enkelte pasienten. Forvarsler er forskjellige hos alle pasienter. Forvarsler handler om å utforske tegn på forverring, og tegnene kan beskrives som subjektive oppfatninger, tanker eller handlinger som dukker opp hos pasienten i forkant av for eksempel voldelig atferd. Den objektive atferden til en pasient er ofte lett å oppdage. Roping kan knyttes til sinne. Årsaken til at vedkommende roper og fremstår sint kan være vanskeligere å få tak i. Fokus på hva som ligger bak atferden er sentralt. Det er viktig å undersøke de subjektive årsakene til vedkommende sin atferd. Videre må en jobbe for at pasienten selv kan lære seg å gjenkjenne sine tegn på forverring (Fluttert et al., 2008, s. 213). Et mål er å kartlegge og diskutere forvarslene sammen med pasienten. Det rettes fokus mot å øke pasienten sin selvbevissthet og egenmestring med tanke på å redusere sannsynligheten for at negativ atferd fremvises (Fluttert et al., 2010, s. 6).

Når pasienter lærer å gjenkjenne hvordan de reagerer på ulike påkjennelser eller endrer atferd, kan forebyggende tiltak iverksettes for å stabilisere situasjonen. Et mål i arbeidet er at pasienten skal bli bevisst på og få innsikt i foranledninger til egen negativ atferd. Pasienten må lære å gjenkjenne egne reaksjonsmønstre og bakgrunnen for disse. Det er en fordel å jobbe med ERM i situasjoner som er lite stressende da dette kan være et krevende arbeid. Dersom en legger til rette for et slikt arbeid under omstendigheter hvor pasienten opplever mindre grad av stress, kan en legge bedre til rette for å snakke om hva som kan bidra til mer stabilitet. Dersom nivået av stress øker, kan støtte fra for eksempel helsepersonell eller nettverk være positivt. Helsepersonell bør ha fokus på pasienter sin individuelle atferd slik at endringer raskt kan fanges opp og nødvendige tiltak kan settes inn i tide. Det er ønskelig at pasienten selv bidrar for å få det bedre, og at en jobber aktivt for å oppnå stabilisering før det blir for vanskelig. Når en pasient lærer å gjenkjenne sin måte å reagere på i ulike situasjoner, samt hvordan tanker og følelser uttrykkes, kan stabiliserende tiltak i større grad settes i verk og bidra til å stabilisere situasjonen (Fluttert et al., 2008, s. 213-214).

Eidhammer et al. (2010, s. 7-9) redegjør for prosessene i ERM:

Innledningsvis introduseres metoden for pasienten. Den profesjonelle kartlegger sammen med pasienten hans eller hennes motivasjon, tilstand, forståelse og eventuelt sosiale nettverk.

Basert på introduksjonen og kartleggingen, identifiseres videre tiltak.

Neste steg handler om å identifisere og klargjøre hvordan en kan håndtere eller hankses med forvarsler. Når forvarsler er identifisert, er det et mål at pasienten bruker egne ord for å beskrive forvarslene, slik at vedkommende lettere kan gjenkjenne forvarslene samt endringer i egen atferd. Det er et mål at pasienten skal gjenkjenne forvarsler så tidlig som mulig og deretter selv kunne bidra med egne tiltak som kan føre til at situasjonen ikke eskalerer. Pasienten sine tanker, handlinger og deltakelse er i fokus. Dersom det vurderes hensiktsmessig, kan pasienten sitt nettverk involveres i arbeidet.

Deretter skal pasienten, sammen med de profesjonelle, komme frem til 3-5 aktuelle forvarsler som skal være i fokus. Deretter jobbes det ut ifra hvilket eller hvilke forvarsler pasienten synes er mest viktig. Personalet kan legge til forvarsler som pasienten for eksempel ikke selv ønsker å jobbe med, eller ikke er enig i. Målet er å utarbeide en skreddersydd plan, med fokus på pasienten sine særegne tegn på tilbakefall, hvor prosessen blir forutsigbar for pasienten, personalet og eventuelt familie og nettverk.

Hvis pasienten ikke ønsker å delta i arbeidet med ERM, eller dersom tilstanden til pasienten tilsier at samarbeid ikke lar seg gjøre, vil personalet jobbe med forvarsler som identifiseres og nedtegnes basert på observasjon og profesjonelle vurderinger.

Forvarslene beskrives under de tre fasene Stabil, Moderat og Alvorlig. Fasene skal gjenspeile graden av påvirkning forvarslet har. Dersom pasienten selv ikke ønsker eller er i stand til å beskrive forvarslene, gjør personalet dette. Stabil fase beskriver en fase hvor pasienten har det greit, og forvarselet stresser ikke pasienten. Moderat fase beskriver en fase hvor pasienten opplever forvarselet som noe fremtredende og opplever på grunn av dette noe stress. Alvorlig fase beskriver en fase hvor pasienten kjenner seg veldig plaget/stresset. Forvarselet er sterkt tilstede (Eidhammer et al., 2010, s. 8-9.).

Et eksempel på et forvarsel kan være pasienten sitt søvnmønster. Helsepersonell identifiserer sammen med pasienten hva som er normalt søvnmønster for vedkommende og endringer knyttet til søvnmønsteret. Avvik fra normalt søvnmønster er i fokus. Manglende søvn over tid,

eller mer søvn over tid, kan være indikasjon på at noe er under endring. Endringer i søvnmønsteret kan påvirke andre forvarsler hos pasienten. Lite søvn over flere døgn kan føre til økt uro, stress og dårligere evne til å utføre aktiviteter og gjøremål. I tillegg kan pasienten trekke seg mer tilbake og dermed være mindre samhandlingsdyktig. Erfaringer tilsier at isolasjon er et forvarsel man ofte ser.

2.3 ERM og relasjonens betydning

Samarbeid, samhandling og en god relasjon fremheves som sentralt i arbeidet med ERM. Det beskrives som et viktig mål for den profesjonelle å utvikle en relasjon til den hjelpetrequende og et miljø som baserer seg på samarbeid (Eidhammer et al., s. 6-7). Fluttert et al. (2008, s. 213) viser i sin studie til at flere pasienter som ønsket å samarbeide omkring ERM etter at en god relasjon til den profesjonelle var etablert, til tross for at enkelte av pasientene hadde fremvist tvil omkring nytteverdien i utgangspunktet.

Wormnes (2013) hevder at relasjonen mellom pasient og behandler er vesentlig for virksom behandling. Relasjonen ofte har større betydning for behandlingsresultatet enn teknikkene og metodene som anvendes. Relasjonen beskrives som sentral for at et vellykket behandlingsforløp kan bli mulig. Dette kan sees i lys av Bøe & Thomassen (2017, s. 139) som sier at samarbeidet mellom den profesjonelle og den hjelpetrequende, og relasjonen mellom dem, er det som ser ut til å være mest virksomt. Ifølge forfatterne kan en snakke om en relasjon ”Når det i forholdet mellom to mennesker har utviklet seg kvaliteter, bånd, en gjensidig opplevelse av at en betyr noe for hverandre” (Bøe & Thomassen, 2017, s. 145). Slike bånd kan omhandle felles opplevelser, aktiviteter, ha med håp og tro å gjøre, eller være følelsesmessige. Det kan være sider ved relasjonen som det er utfordrende å forklare, og relasjonen må tydes med utgangspunkt i de to som har den. Relasjoner er noe som hender, noe som må oppleves, noe som kan bidra til at positive endringer skjer (Bøe & Thomassen, 2017).

Helsedirektoratet (2013) sier at en god relasjon mellom pasient og fagperson er nødvendig for god oppfølging og behandling. Det må legges til rette for en god relasjon og en god dialog. Enighet om de metodene som benyttes, i tillegg til mål og oppfølging, står sentralt. Samtaler og møter er de vanligste redskapene når helsepersonell samhandler med mennesker med ulike hjelpebehov. Møtene må dermed foregå i et klima preget av forståelse, likeverd og trygghet. Fokus på den hjelpetrequende sine ressurser og formidling av tro og håp fra den profesjonelle blir viktig. Kontinuitet og god kommunikasjon gjør det mulig at bruker- og fagkompetanse

supplerer hverandre. I tillegg bør den profesjonelle ha visse egenskaper. ”Helsepersonell som får gode resultater i behandlingen, beskrives ofte som varme, forståelsesfulle, erfarne og aktive” (Helsedirektoratet, 2013, s. 29). Relasjonelle faktorer skal ikke sees på som motstykke til metoder som er kunnskapsbaserte. De profesjonelle må ta stilling til hvordan slike faktorer og metoder kan samkjøres for å få til et godt resultat. Helsedirektoratet (2014, s. 68)

Bacha et al. (2020) undersøkte i sin studie hvordan mennesker som har mottatt psykiske helsetjenester erfarte forholdet til profesjonelle og hvordan disse forholdene påvirket dem. Forfatterne undersøkte i sin studie hvilke komponenter som kan bidra til bedring, og viser til tidligere forskning som sier at relasjonen mellom pasient og hjelper står sentralt i psykisk helsearbeid. Mottakere av psykiske helsetjenester satt pris på en god maktbalanse, tillit, gjensidighet, kontinuitet og en følelse av trygghet i sine forhold til hjelperne.

2.4 Brukermedvirkning og ERM

Brukermedvirkning og samarbeid er viktige faktor i psykisk helsearbeid. Dersom det legges til rette for at pasienten kan bidra i eget behandlingsopplegg, kan hjelpere få større forståelse for hvordan pasienten har det og hva pasienten selv ønsker. Involvering av pasienten i risikohåndteringsarbeidet kan føre til at vedkommende tar større ansvar for sine handlinger og videre utvikling. Ulike voldsrisikohåndteringsverktøy inkluderer ikke pasienten. Det finnes lite forskning på voldsrisikohåndtering hvor pasienten er involvert. Involvering av pasienten kan bidra til større forståelse for pasientens perspektiv. Dersom pasienten ikke involveres, kan viktig informasjon gå tapt. ERM retter fokus mot å ha pasienten med hele veien (Eidhammer et al., 2014).

ERM har et sterkt pasientfokus, og et mål er at pasienten skal utvikle en forståelse for egne forvarsler og selv kunne sette i gang tiltak som kan forhindre tilbakefall. Personalet kan få en større forståelse for hva som kan virke positivt, eventuelt mindre positivt, for den enkelte pasienten (Eidhammer et al., 2010, s. 5-6). ERM er verktøy som kan bidra til ivaretagelse av brukermedvirkning (Eidhammer et al., 2013, s. 6).

Bøe & Thomassen (2017, s. 23) viser til at brukermedvirkning tidligere handlet om å kunne velge mellom ulike behandlingsalternativer dersom slike valg fantes. I løpet av den senere tiden, omhandler brukermedvirkning i større grad deltakelse fra den hjelpetrengende. Vedkommende skal være aktiv med hele veien og samarbeide med de profesjonelle om alt fra

å beskrive egne utfordringer og egen situasjonen, og i tilretteleggingen av god hjelp. Dette samsvarer med hva Helsedirektoratet (2014, s. 20) sier om at tjenestene bør utformes sånn at den hjelpetrengende har alternativer å velge mellom. Det skal legges til rette for et godt samarbeid med den som er i behov av hjelp, og de profesjonelle har plikt til å hente inn informasjon om erfaringene til vedkommende. I tillegg fremkommer det at virksomheten plikter å ivareta brukerperspektivet ved å ha systemer for innhenting av synspunktene til pasienter og brukere via blant annet brukerundersøkelser. Ifølge Helsedirektoratet (2013) bør oppfølging av pasienter foregå med utgangspunkt i pasienten sine prioriteringer og valg, slik at større deltakelse i samfunnet og økt mestring blir aktuelt.

Fluttert et al. (2008) sier at pasienter og personal må samarbeide for at oppfølgingen skal bli vellykket. Verktøyene som anvendes må henge sammen med pasientens behov og personalets kompetanse. I arbeidet med ERM skal pasienten skal lære seg å gjenkjenne egne reaksjoner og trene på alternative måter å reagere på. Forfatterne viser til at dette er et krevende arbeid, og at en stor fordel med ERM er at pasientene jobber sammen med de profesjonelle i mindre stressende situasjoner.

2.5 Juridiske og etiske aspekter knyttet til bruk av ERM

Følgelig presenteres juridiske og etiske aspekter ved bruk av ERM.

2.5.1 Juridiske aspekter

Tjenestedet hvor studiens data er innhentet, yter tjenester til mennesker som har rettigheter i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Rettssikkerheten til menneskene som oppholder seg ved tjenestestedet reguleres av dette lovverket. Lovverket legger føringer for tjenestene som ytes. Noen av menneskene som oppholder seg der, mottar tjenester som er regulert av lov om psykisk helsevern. Psykisk helsevern innebærer spesialisthelsetjenestens oppfølging av mennesker med psykiske lidelser (psykisk helsevernloven, 1999).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) regulerer rettighetene til pasientene studien dreier seg om. Pasienten skal ha muligheten til å ta del i valg av tjenester som kan tilbys og utførelsen av disse. De som yter tjenestene, skal sørge for å legge til rette for at den enkelte kan medvirke ved at informasjon og form på tjenestene justeres etter vedkommende sine forutsetninger. Det skal legges til rette for at pasienten får medvirke i eget tilbud.

Ifølge nevnt lovverk, kan man se det slik at pasienten har muligheten til å velge om han eller hun vil samarbeide omkring ERM. ERM-arbeidet må tilpasses den enkelte.

Informantene i studien er i regi av sin rolle definert som helsepersonell. Som helsepersonell gir man helsehjelp. Ifølge helsepersonelloven (1999, § 3-3) dreier helsehjelp seg om å gi omsorg, pleie eller utføre handlinger som virker helsebevarende, forebyggende, diagnostisk, behandlende eller rehabiliterende. Arbeidet som utføres skal ytes i henhold til faglig forsvarlighet og det som kan forventes ut ifra den enkelte sine forutsetninger. Det enkelte helsepersonell skal ta utgangspunkt i egne kvalifikasjoner. Nevnt lovverk legger ulike føringer for hvordan helsepersonell skal opptre under ERM-arbeidet.

Helsepersonell skal føre journal som skal innebefatte påkrevete og aktuelle opplysninger om den enkelte pasienten og helsehjelpen som gis. Opplysningene som nedtegnes skal stå i samsvar med lovfestet melde- eller opplysningsplikt (helsepersonelloven, 1999). Egne erfaringer tilsier at ERM kan legge til rette for at dokumentasjonsplikten innfris.

2.5.2 Ethiske aspekter

Skærbæk og Lillemoen (2013, s. 45) mener at etikk handler om å reflektere over egne handlinger og den standarden handlingene gjenspeiler. En må stille seg spørsmål som går ut på om det en gjør kan forsvares, om det er godt, rettferdig og om det er riktig. Forfatterne sier: ”Etikk er å stille seg spørrende til den standarden handlingene gjenspeiler. Etikk er dermed refleksjon over og drøftingen av den standarden praksisen inneholder, de valgene en gjør og de handlingene som kommer til uttrykk”.

Bøe Thomassen (2017, s. 113-114) viser til at etikken kanskje er noe av det mest sentrale i et samspill hvor hensikten er å utgjøre en forskjell i andre menneskers sitt liv. Forfatterne viser til Løgstrup og Lévinas som mener at nærhet mellom dem som skal hjelpe hverandre er en forutsetning. At noen har tid til deg, ser deg, ønsker å tilbringe tid med deg og snakke med deg, kan bidra til bevegelse bort fra det som er utfordrende eller vondt. Videre hevder forfatterne at tilstedeværelse av nærhet kan bidra til at den andre blir ivaretatt, at det kan skapes et virksomt samarbeid. Hva som vil være virksomt, vil variere fra person til person, og være avhengig av den enkelte situasjonen. For at helsepersonell skal kunne tilrettelegge for individuell behandling og nærhet, må det etableres en god relasjon. I en travel arbeidshverdag kan det være utfordrende å bli godt nok kjent med den hjelpetrequende til å kunne skreddersy

et opplegg som i tilstrekkelig grad vektlegger individualitet og nærhet. Man kan kanskje la seg prege av vedkommende sin bakgrunn eller diagnose, tiden kan bli knapp og gitte rammer og knappe ressurser kan føre til liten tid og anledning til å møte hver enkelt på best mulig måte. Etikk handler om møtet med den andre og relasjonen som blir til (Bøe & Thomassen, 2017).

I arbeidet med ERM er det et mål å sette i gang effektive tiltak som kan bidra til bedring hos pasienten. Forvarsler og tiltak settes i system, og det jobbes mot å unngå tilbakefall eller forverring (Eidhammer et al., 2013). For stort fokus på selve verktøyet, kan føre med seg en risiko for at en ikke ser hele personen det dreier seg om. Bevissthet om spesifikke arbeidsverktøy kan bidra til at menneskelige sider hos den vi skal hjelpe står i fare for ikke å bli sett. Kravet om evidensbasert praksis i møtet med mennesker med psykiske lidelser står sentralt. Metodene og teknikkene som anvendes skal basere seg på forskning og dokumentert effekt. Psykisk helsearbeid dreier seg om å ta utgangspunkt i erfaringer og kunnskap den enkelte har om sitt eget liv (Bøe & Thomassen, 2017).

Bøe & Thomassen (2017, s. 103-104) sier at de som mottar tjenester må involveres i utviklingen av tjenestene som gis. Det fremheves som vanskelig å gjøre rom for brukermedvirkning dersom det som kan tallfestes får størst plass. Stort fokus på diagnoser og tallfestede data kan bidra til at brukerens stemme blir borte. Eidhammer et al. (2010) viser til at brukermedvirkning er sentralt i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser. Forfatterne hevder at ERM har et sterkt pasientfokus og viser til at verktøyet legger til rette for aktiv deltakelse. Fremgangsmåten ved bruk av ERM beskrives ved at samarbeidet mellom pasient og personal står sentralt hele veien. Det er viktig å få fram pasienten sine tanker og følelser. Det er ikke alltid mulig å få pasienten til å delta. Det kan hende at vedkommende ikke ønsker å være med på et slikt samarbeid, eller at vedkommende ikke er i stand til å delta grunnet sin psykiske helsetilstand. Personalet bør jobbe ut ifra profesjonelle observasjoner og vurderinger dersom pasienten ikke ønsker eller evner å delta. En kan undre seg over om arbeidet med ERM vil være tilstrekkelig dersom pasienten ikke aktivt er med, og om det vil kunne gjøres riktige vurderinger når personalet må ta over eller gjøre jobben alene. Formålet med en ERM-plan er økt vekst og trygghet. ERM fremheves som en nyvinning for ivaretagelse av brukermedvirkning i arbeidet med voldsriskohåndtering (Eidhammer et al., 2013).

3.0 METODOLOGI

I dette kapitlet beskrives valg av metode. Oppgaven baserer seg på forskningsartikler, faglitteratur og kvalitativ forskningsmetode med kvalitative intervjuer. En slik fremgangsmåte skal kunne bidra til svar på oppgavens problemstilling. Det er utført søk i anerkjente databaser for å finne relevante forskningsartikler. Kvalitativ metode kan bidra til å fremskaffe en bredere og dypere innsikt i oppgavens problemstilling og tematikk (Kvale & Brinkmann, 2019). Her presenteres bakgrunn for valg av metode, litteratursøk og valg av artikler, kildekritikk, utvalg og innsamling av data, transkripsjon og analyse. Videre beskrives etiske overveielser, refleksivitet og forforståelse og validitet og reliabilitet.

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Oppgaven er inspirert av en fenomenologisk tilnærming, og beskrivelse og forståelse av informantenes livsverden er sentralt. Tolkningen av informantenes utsagn og dataskapningen er inspirert av hermeneutikken. Bevissthet om at forskningsmetode og filosofi ikke er synonyme, har blitt vektlagt (Malterud, 2018). Det er tatt utgangspunkt i at ”Den hermeneutiske erkjennelsestradisjonen handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse” og at ”Fenomenologi omfatter forståelse av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet” (Malterud, 2018, s. 28). Forfatteren sier at hermeneutikken vektlegger forholdet mellom deler og helhet, refleksjon og sammenheng. Fenomenologi handler om forståelse av subjektive erfaringer, som skal kunne sees på som gyldig kunnskap. Kvale & Brinkmann (2019) sier at fenomenologi i forskningsøyemed går ut på å beskrive omverdenen slik informantene oppfatter den. Hermeneutikk handler om å komme frem til gyldige fortolkninger i meningen av en tekst.

Det er gjort søk i ulike databaser for å finne relevant forskning. Det er benyttet kvalitativ forskningsmetode for å få innsyn i hvilke erfaringer helsepersonell har med bruk av ERM. Ifølge Malterud (2018) er kvalitative forskningsmetoder egnet for å få større innsikt i menneskelige sider som holdninger, tanker, opplevelser og erfaringer. En kan få forståelse for helhet og samhandling, utvikling og meninger om de aktuelle fenomenene. Det er gjennomført intervjuer med et utvalg informanter for innsamling av data. En kan få tak i folk

sine erfaringer samt få forståelse for deres syn på verden ved bruk av kvalitativt forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 20).

Det har vært viktig å fremheve informantene sine synspunkter. Det har vært sentralt å være bevisst på at egne betraktninger og erfaringer, interesser og egen bakgrunn vil kunne sette sitt preg på gjennomføring og utforming av studien. Dette beskrives nærmere under senere kapitler.

3.2 Litteratursøk

Søk ble gjort i databasene ”CINAHL (EBSCO)”, ”Medline (Ovid)” og ”PsycINFO”, som er anerkjente søkebasen med peer-reviewed forskningsartikler. Tidligere har jeg erfart at disse databasene har vært egnet for å finne relevant forskning. Det ble foretatt søk flere ganger.

Det ble foretatt søk via nevnte databaser og Google Scholar for å finne forskning om erfaringer. Etter vurderinger og drøftinger med veileder, ble det besluttet å redegjøre for erfaringer under kapittel 1.5 Begrepsavklaringer.

Under hele søkeprosessen det satt ”Limits” (begrensninger). Følgende begrensninger ble satt for søk og kombinasjoner av søk i databasene:

”Peer-reviewed journal” for å sikre forskningsartikler.

Årstall 2011-2022. Dette for å sikre artikler som ikke er eldre enn 10 år gamle, samt nyere artikler.

Alder 18 år og eldre for å sikre artikler som omhandler voksne mennesker.

Språkene engelsk, dansk, norsk og svensk, for å sikre artikler med språk skaperen av oppgaven behersker.

Artikler ble plukket ut etter at overskrifter og abstract for artikler som så ut til å være aktuelle ble lest. Referanselisten til de valgte artiklene ble også gjennomgått for å undersøke om annen relevant forskning var mulig å oppdrive.

Følgelig kommer en oversikt over søkeord som ble benyttet for å finne forskning knyttet til sentrale begreper i oppgaven.

3.2.1 Litteratursøk for å finne forskning om ERM

Følgende søkeord ble benyttet for å finne forskning som omhandler ERM:

“Patient Violence”, ”Risk Factors” og ”Risk Management”.

Søkeordene ble kombinert med ”AND” og ”OR” på forskjellig vis.

De fleste kombinasjonene ga mange treff.

Etter hvert ble søkeordet ”Patient Violence” inkludert i søket, og nye kombinasjoner ble gjort.

Sistnevnte søkeord ble tillagt fordi ERM i utgangspunktet ble utviklet som

voldsrisikohåndteringsverktøy, og i håp om at flere relevante artikler ville dukke opp.

Early Recognition ble etter hvert lagt til som ”Keyword”, noe som resulterte i 0 treff. Ved å unnlate begrensninger knyttet til søket, ble et resultat på 6 treff aktuelt. To artikler ble vurdert å være av interesse og inkludert i oppgaven. Artikkelen ble publisert i årene 2008 og 2010, og ble vurdert å være relevante, tross publisering for mer enn 10 år siden. Artikkelen er merket ”Peer-reviewed journal”.

Følgende artikler ble plukket ut:

“Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the ‘Early Recognition Method’” (Fluttert et al., 2010) og “Risk Management by Early Recognition of Warning Signs in Patients in Forensic Psychiatric Care” (Fluttert et al., 2008). Artikkelen omhandler ERM og retter fokus mot temaer som synes aktuelle for oppgaven.

En tredje artikkel ble inkludert etter et nytt søk med ulike kombinasjoner av ovennevnte søkeord, inkludert søkeordet ”Patient Violence”.

Et søk ga 73 treff. Etter å ha satt begrensninger til søket, i hovedsak til Peer reviewed Journal og årstall, ble resultatet 16 treff.

Følgende artikkel ble plukket ut:

“User involvement in structured violence risk management within forensic mental health facilities – A systematic literature review” (Eidhammer et al., 2014). Denne artikkelen ser på brukermedvirkning i arbeidet med voldsrisikoarbeid, og fremhever ERM som verktøy i denne sammenheng.

3.2.2 Litteratursøk for å finne forskning om alvorlig psykisk lidelse

Følgende søkeord ble benyttet for å finne forskning som omhandler alvorlig psykisk lidelse:

”Serious Mental Illness”, ”Psychosis” og ”Affective Disorders”. Søk på og ulike kombinasjoner av disse begrepene ga mange treff. Med begrensninger som nevnt over resulterte et søk i 176 treff.

Artikkelen “Shared decision making for adults with severe mental illness: A concept analysis” (Aoki, 2020) ble plukket ut. Artikkelen handler om felles beslutningstaking for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Det beskrives som positivt at mennesker med alvorlig psykisk lidelse er med i beslutninger som tas, og dette kan legge til rette for endringer hos både de hjelpetrequende og de profesjonelle som virker positivt inn på relasjonen mellom dem.

3.2.3 Litteratursøk for å finne forskning om relasjonen

Følgende søkeord ble benyttet for å finne forskning som omhandler relasjonen: ”Mental Health Services”, ”Mental Disorders” og ”Therapeutic Alliance”. ”therapeutic relationship” ble lagt til som keyword.

Artikkelen ”’Like a human being, I was an equal, I wasn’t just a patient’: Service users’ perspectives on their experiences of relationships with staff in mental health services” (Bacha et al., 2020) ble plukket ut for å belyse perspektivet til mennesker som har fått hjelp for sin psykiske lidelse.

3.2.4 Litteratursøk for å finne forskning om brukermedvirkning

Artikkelen “User involvement in structured violence risk management within forensic mental health facilities – A systematic literature review” (Eidhammer et al., 2014) omhandler brukermedvirkning. Etter å ha utført søk, om brukermedvirkning, ble det besluttet å knytte denne artikkelen opp mot tematikken.

Det ble utført søk via Google, med utgangspunkt i oppgavens tematikk. Google-søk ledet til rapportene ”Early Recognition Method (ERM): Pilot Project Report” og ”Early Recognition Method – ERM: Pilotfase 2 – 2009-2013”. Rapportene omhandler funn og betraktninger etter innføring av ERM i Norge, innenfor tidsrom som fremkommer i rapportenes titler.

Rapportene er publisert av anerkjente navn innenfor tematikken. Søk via Google ledet også frem til en veileder og en nasjonal faglig retningslinje fra Helsedirektoratet.

3.3 Kildekritikk

Flere av kildene som er benyttet er bøker som har blitt vurdert å være aktuelle. Det kan være uklart i hvor stor grad disse bøkene bygger på forskning, eller forfatterens erfaringer og betraktninger. Enkelte av bøkene har tidvis få referanser i teksten. Forfatterne viser noen ganger til andre kilder. Det må tas med i betraktningen at materialet preges av forfatterens tolkninger, og at materialet ikke nødvendigvis baserer seg på nyeste forskning.

Enkelte av forskningsartiklene som er benyttet er produsert i andre land som trolig har andre systemer, annen lovgivning og andre holdninger og fortolkninger av pasientbehandling eller oppfølging av brukere. Dette kan variere fra systemene vi kjenner i Norge, noe som kan prege tolkningene. Artiklene som er benyttet er skrevet på engelsk og skaperen av oppgaven har vært opptatt av å tolke innholdet slik at det samsvarer med det opprinnelige budskapet. Skaperen av oppgaven har god kjennskap til det engelske språket og oppgavens tematikk.

Det er benyttet to rapporter i oppgaven som er publisert av forfattere som har vært sentrale i ERM-arbeidet i Norge og i andre land. Begge rapportene fremstår oversiktlige og fremstiller positive og mindre positive funn og erfaringer. Rapportene formidler hva som bør undersøkes videre. Rapportene er fra tidsbegrensede perioder.

Gjengivelse av forskning og teori som er benyttet vil kunne bære preg av undertegnede sin forståelse, erfaring og tolkning.

3.4 Utvalg og innsamling av data

Utvalget består av fem informanter som er rekruttert fra samme tjenestested. I planleggingen av prosjektet ble det vurdert at rekruttering ved aktuelt tjenestestedet kunne gi svar på oppgavens problemstilling, og at et antall på fem informanter ville være tilstrekkelig. Dette ble diskutert med hovedveileder, biveileder og erfarne kolleger. I følge Kvale & Brinkmann (2019, s. 148) må en i kvalitative undersøkelser vurdere hvor mange som må intervjues for å få tilstrekkelig informasjon. Utvalget er gjort med utgangspunkt i at informantene har ulike, individuelle erfaringer med bruk av ERM. Alle har jobbet ved tjenestestedet over lengre tid. Informantene jobber ved ulike avdelinger, med forskjellige pasienter og brukere. Alle har minimum en treårig utdanning på høyskole- eller universitetsnivå og samtlige er i regi av sin rolle ved tjenestestedet definert som helsepersonell. Informantene har fått veiledning og formell opplæring om bruk av ERM og alle har over tid anvendt verktøyet i praksis.

Malterud (2018, s. 58) sier ”Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra en målsetting om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen vår”. Forfatteren viser til informasjonsstyrke og sier at dette begrepet egner seg bedre enn begrepet representativitet når vi snakker om kvalitative studier. Det er viktig at utvalget kan si noe om det vi faktisk skal undersøke.

Skriftlig og muntlig informasjon om hensikten med studien, samtykke og muligheten for å trekke seg, ble presentert informantene. Det ble innhentet skriftlig samtykke før intervjuene ble gjennomført. Avdelingsledere til alle informantene ble informert i forkant, og godkjente deltakelse. Gjennomføring av intervjuene ble avklart med øverste ledelse.

Tjenestested og informant benyttes som begreper for ivaretagelse av anonymitet. Informantenes alder, kjønn og spesifikk informasjon om bakgrunn er ikke omtalt av samme hensyn.

3.3.1 Kvalitative intervju

Kvalitative intervju ble benyttet for å samle inn data. Målet var å få tak i beskrivelser av livsverdenen til informantene (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 47). En intervjuguide som ga rom for oppfølgingsspørsmål ble utarbeidet. Spørsmålene kunne stilles i en annen rekkefølge en oppsatt dersom det syntes hensiktsmessig. Semistrukturerte intervjuer hvor informanten intervjues individuelt, benyttes gjerne når det er ønskelig å gi den som intervjues tid til å dele av sine erfaringer. Ved hjelp av en intervjuguide kan en bedre holde seg til ønsket tematikk for intervjuene. Intervjuguiden bør åpne for justeringer underveis og ikke være for utfyllende, slik at justeringer kan gjøres både under intervjuet og i etterkant (Malterud, 2018, s. 133).

Intervjuguiden ble jobbet med over tid, og det ble søkt etter tidligere masteroppgaver og forskningsartikler for å undersøke om det fantes arbeider som har undersøkt noe lignende. Det har ikke vært mulig å oppdrive studier som har tatt for seg den samme problemstillingen. Det ble brukt mye tid på å justere intervjuguiden før gjennomføring av intervjuene.

Problemstilling, hensikten med studien og aktuell litteratur i form av bøker, forskningsartikler og rapporter ble gjennomgått. Det ble ført mange samtaler og drøftinger med erfarne kolleger, ekstern biveileder og hovedveileder ved OsloMet.

Det ble gjennomført et pilotintervju med en ansatt ved det aktuelle tjenestestedet. Denne personen har lang erfaring med bruk av ERM, og var ikke en av informantene i studien. Pilotintervjuet ble transkribert, og transkripsjonen ble gjennomgått. Gjennomføring av pilotintervjuet ga muligheten til å vurdere behovet for å justere intervjuguiden ytterligere. Intervjueren fikk testet utstyr for lydopptak, gjennomføring av intervju og transkripsjon.

3.3.2 Gjennomføring av intervjuer

I forkant av alle intervjuene ble det informert om hvordan lydopptaket ville foregå, oppbevaring og hvordan transkripsjonen ville skje. Det ble informert om taushetsplikt og at alt ville bli utført i henhold til OsloMet sine retningslinjer. Datainnsamlingen foregikk i perioden 16.09.21-24.09.21. Intervjuene varte fra 20 minutter til 27 minutter. Samtlige intervjuer ble tatt opp via godkjent lydopptaker og deretter transkribert. Intervjuene ble gjennomført i et rom med låst dør, uten at andre enn informant og intervjuer var tilstede.

3.3.3 Transkripsjon

Dataene ble gjort klart for analyse via transkripsjon. Transkripsjonen ble gjort av undertegnede, som var den som gjennomførte intervjuene. Intervjuene ble transkribert fortløpende for bedre å kunne vurdere behovet for justeringer. Det viste seg hensiktsmessig å transkribere etter hvert intervju, noe som gjorde at det ble lettere å se sammenhenger og relevans i hvert intervju. Intervjuene ble nedtegnet så ordrett som mulig, fra lydopptak til tekst i Word. Ord som ”ehhh” og ”hmm” ble inkludert, og pauser ble markert. Det transkriberte materialet utgjør omtrent 49 sider i Word.

3.5 Analyse av data

Systematisk tekstkondensering (STC) er valgt som analyseverktøy. STC kan benyttes for analyse av ulike typer empiriske data og kan egne seg godt for en som ikke har mye erfaring med slike prosedyrer. STC består av følgende fire trinn:

1. Å få et helhetsinntrykk, 2. Å identifisere meningsbærende enheter, 3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene: Kondensering, 4. Å sammenfatte betydningen av dette: Syntese. Følgelig kommer en beskrivelse av hvordan analysen er gjennomført med utgangspunkt i de fire trinnene i STC (Malterud, 2018, s. 97-111).

3.5.1 Å få et helhetsinntrykk

Under første trinn leste jeg resultatene fra intervjuene, det transkriberte materialet, flere ganger for å danne meg et helhetsinntrykk. En kollega, som har lang fartstid innen psykisk helsearbeid og erfaring med bruk av ERM, ble invitert med i prosessen. Det var ønskelig å konferere med nevnte kollega for å unngå at egen forforståelse i for stor grad skulle prege arbeidet. Problemstillingen ble notert ned slik at denne hele veien ble husket på, og begge leste intervjuene hver for seg. Underveis ble det tatt pauser hvor vi snakket om viktigheten av å legge sin forforståelse og egne meninger til side. Jeg noterte meg foreløpige temaer underveis. Etter gjennomlesning ble det diskutert omkring foreløpige temaer. Det ble videre snakket om at disse temaene ikke var endelige resultater (Malterud, 2018, s. 99-100).

Følgende 9 temaer ble skrevet ned:

Forutsigbarhet, sårbarhetsområder, tidlig intervensjon, dokumentasjon, implementering, tiltak, bedre oppfølging, observasjon, kartlegging.

3.5.2 Å identifisere meningsbærende enheter

Under trinn to, hvor målet er å finne meningsbærende enheter, ble all tekst lest på nytt. Målet var her å sortere teksten ut ifra hva som er sentralt og hva som ikke er relevant.

Problemstillingen og det teoretiske utgangspunktet ble hentet fram igjen. Teksten ble organisert i fargekoder, med utgangspunkt i de foreløpige temaene som ble notert under første trinn. Fargekoding ble gjennomført over flere omganger. Noe av materialet ble kodet med flere farger og så ut til å kunne plasseres under flere av de foreløpige temaene.

Tekst som ikke var relevant ble lagt bort. Etter ny gjennomgang og koding, sett i lys av problemstillingen og teoretisk utgangspunkt, ble det vurdert om noen av temaene kunne slås sammen eller på annet vis burde endres på. Det viste seg at enkelte av temaene måtte justeres. Enkelte av de foreløpige temaene kunne plasseres under noen av de andre temaene. Det anbefales at antallet foreløpige temaer, som vil være utgangspunktet for kodegrupper, ligger på tre til fem. Det er anbefalt at analysen utføres sammen med en annen forsker. Kollega som er nevnt under første trinn, har deltatt under trinn to, og deltok under diskusjonen omkring sammenslåing eller endring av de foreløpige temaene. Dette ble diskutert med hovedveileder. Det ble foretatt en ny gjennomgang av tekstmaterialet for å sikre at ikke meningsbærende enheter var blitt glemt og at tekst som ikke passer inn under noen av temaene var blitt inkludert (Malterud, 2018).

”Kodingen innebærer en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å leses i sammenheng med beslektede tekstelementer i lys av de teoretiske perspektivene” (Malterud, 2018, s. 104). Etter ovennevnte prosess, ble følgende temaer aktuelle videre: innsikt, forutsigbarhet, oppfølging, implementering. Teksten ble på nytt lest igjennom for å se om ovennevnte temaer syntes å stemme overens med informantenes utsagn og materialet i sin helhet.

3.5.3 Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og å sammenfatte betydningen av dette

Trinn 3 og 4 beskrives samlet.

Teksten ble gjennomgått med utgangspunkt i de fire hovedtemaene som er nevnt under trinn 2. Utsagn fra informantene ble trukket ut og sett opp imot de fire temaene. Under denne prosessen ble tekst og tema gjennomgått flere ganger. Jeg har beveget meg mellom tekst og tema for å få et tydeligere bilde av hva hver enkelt informant har uttrykt knyttet til hvert enkelt tema, samt for å få et klarere blikk på materialet i sin helhet.

Ifølge Malterud (2018, s. 106) stilles ikke her samme krav til at forforståelsen skal legges til side og faglig ståsted vil prege vårt videre arbeid. Det anbefales at en annen forsker deltar under prosessen. Erfaren kollega og hovedveileder ble konferert med i forbindelse med trinn 3 og 4. Sentrale utsagn fra informantene ble sortert under de fire hovedtemaene. Det ble opprettet subgrupper under hvert hovedtema. Resultatene blir presentert under kapittel 4.0. Følgelig presenteres en illustrasjon over hvordan trinnene i STC ble fulgt, deretter et eksempel.

3.5.4 Illustrasjon av hvordan de fire trinnene i STC ble fulgt

1. Å få et helhetsinntrykk →	Gjennomlesning av datamaterialet for å få oversikt →	Fugleperspektiv og helhetsinntrykk. 9 foreløpige temaer
2. Å identifisere meningsdannende enheter →	Ny gjennomlesning med fokus på å finne meningsbærende enheter →	4 hovedtemaer Meningsbærende enheter ble vurdert opp mot de fire temaene
3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene →	Organisering av teksten. Vurdering av hovedtemaer, opprettelse av subgrupper →	Sitater fra informantene ble på nytt gjennomgått og plassert under de ulike hovedtemaene Subgrupper opprettet (2-3 subgrupper under hvert hovedtema)
4. Å sammenfatte betydningen av dette →	Sammenfatning av funn, med utgangspunkt i hovedtemaer og subgrupper →	Funn presenteres i eget kapittel

Eksempel:

<p>Trinn 1:</p> <p>Utdrag fra materiale:</p> <p><i>Og ikke minst dokumentasjonen. Man har jo fokus på noe helt annet når man dokumenterer nå enn det man hadde tidligere. Det var den daglige oppfølgingen, har de spist, har de fått tabletter, har de liksom gått seg en tur, har de fulgt ukeplanen... Nå er det liksom, okei, den har ikke hatt umotivert latter i dag og virker mer stabil, tar kontakt, er adekvat, men og kontra da å være motorisk urolig, ja...Stirring i taket, selvsnakk, diverse, altså du ser mer...Det går mer inn på det faglige innholdet innenfor psykiatrien og ikke kun den daglige ukeplanen og diverse ting, da. Ja... Så der har dokumentasjonen blitt bedre.</i></p>

Materialet ble lest flere ganger for å danne et helhetsinntrykk, videre for å se hvilke temaer som så ut til å utpeke seg. Egen forforståelse ble lagt til side. Erfaren kollega ble involvert, og fokus på å legge vekk forforståelse ble diskutert.

Aktuelle temaer:

Daglig oppfølging, journalføring

Trinn 2:

Meningsbærende enheter ble identifisert. Farger ble brukt for å markere det av materialet som var aktuelt som meningsbærende enheter. Ulike farger ble benyttet for å knytte meningsbærende enheter til de ulike hovedtemaene.

Hvor mye av materialet som skulle inkluderes ble vurdert flere ganger underveis.

Trinn 3:

Hovedtemaene ble vurdert på nytt ut ifra opprinnelige hovedtemaer og meningsbærende enheter som var identifisert.

Kunstige sitater med en ble laget. Gullsitater ble opprettet.

Et eksempel kunne ha vært hovedtema: Daglig oppfølging, subgruppe: Journalføring.

Gullsitat: "Nivået på dokumentasjonen har hevet seg etter innføringen av ERM".

Trinn 4: Funnene skrives ut i tekstform, under eget kapittel, med utgangspunkt i hovedtemaer og subgrupper.

3.6 Etiske overveielser

Bevissthet omkring etiske anliggende er viktig under hele forskningsprosessen og ulike etiske utfordringer vil kunne dukke opp. Forskeren bør i forkant av en intervjuundersøkelse tenke på de ulike problemstillingene som kan melde seg. En rekke spørsmål må tas stilling til og potensielle etiske dilemmaer og ulike verdispørsmål må vurderes (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 97-98). Prosjektet er meldt til, og godkjent av, Norsk senter for forskningsdata (NSD). Drøftinger knyttet til hvert ledd i oppgaven er blitt gjort med erfarne kollegaer, biveileder og hovedveileder ved OsloMet. Kvalitativ forskning forutsetter gjensidig tillit. Forskeren har ansvar for å skape en trygg arena hvor informantene kan dele sine tanker og opplevelser (Malterud, 2018, s. 216-217). Informantene fikk informasjon i forkant av intervjuene. Det ble ført samtaler med samtlige informanter i etterkant av intervjuene for å undersøke om de var tilfreds med eget intervju. De ble informert om oppbevaring av lydopptak og

transkripsjonsprosessen. Alle informantene formidlet at de kjente seg trygge på egen innsats og håndteringen av materialet.

Det bør vurderes om nytteverdien av et forskningsprosjekt overgår potensielle ulemper (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 103). Prosjektet ble vurdert som nyttig og etisk forsvarlig, etter drøftinger med ansvarlige ved OsloMet, biveileder og erfarne kolleger. Det ble vurdert at valg av problemstilling og gjennomføring av intervjuer ville kunne gi nyttig informasjon og ny innsikt i aktuelt tema. Malterud (2018, s. 217) påpeker at "Vi plager ikke mennesker med å delta i et prosjekt som går ut på å gjenta noe vi allerede vet nok om". Forfatteren sier at dersom en skal få et materiale med tilstrekkelig omfang, må data samles inn trinn for trinn, analysen foregå fortløpende og det må gjøres vurderinger av informasjonsstyrken.

Problemstillingen og eksisterende forskning legger føringer for hva som bør vektlegges i en studie. Det kan være utfordrende å synliggjøre nyanser som danner grunnlag for ny kunnskap hvis utvalget er homogent (Malterud, 2018). Det er hentet inn opplysninger fra et tjenestested og fem fagpersoner er intervjuet. Informantene har ulike erfaringer med bruk av ERM og ingen av dem jobber ved samme avdeling. Det er variasjon i alder, kjønn og utdanning. Det er vurdert at utvalget skal kunne gi tilstrekkelig data for å svare på oppgavens problemstilling.

Skaperen av oppgaven har hatt med seg at ulik grad av kjennskap til informantene og kjennskap til tjenestestedet kan sette preg på prosessen. Dette er noe som ble jobbet mye med, samt snakket mye om, både med erfarne kollegaer og veiledere. En forutsetning i kvalitative studier er gjensidig tillit. Informantene deler egne erfaringer og situasjoner som er mindre heldige kan bli belyst. Som forsker har en et ansvar for hvordan informantene fremstilles (Malterud, 2018, s. 217).

Informert samtykke er en forutsetning for å kunne gjennomføre intervjuundersøkelser. Studiens deltakere må informeres om hensikten med prosjektet, kort om design og rammer, samt om potensielle fordeler og ulemper ved å bli med. Frivillig deltakelse og retten til å trekke seg omfavnes av informert samtykke. Videre bør informantene bli kjent med hvem som vil ha tilgang til materialet som innhentes og skapes (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 105). Informantene mottok i forkant av intervjuene et skjema med skriftlig informasjon om studien, hvor målet var å gi informantene nok informasjon til at de kunne vurdere sin deltakelse. Videre fikk alle informanter et samtykkeskjema hvor signatur fra hver enkelt ble hentet inn.

Informantene ble informert om at det når som helst var mulig å trekke seg. Det ble i forkant av lydopptaket snakket om at ingen sensitive opplysninger skulle omtales. Informantene og undertegnede var bevisst taushetsplikt, jf. kapittel 5 i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Informantene ble informert om at utsagn eller uttalelser kunne slettes eller justeres dersom noe de angret på ble formidlet. Det ble informert om hvordan lydopptakene skulle benyttes, hvem som ville ha tilgang til disse og når de ville bli slettet (Malterud, 2018, s. 214).

Ivaretagelse av anonymitet kan bidra til vern av informantene og samtidig føre til at forskeren i større grad vil kunne tolke utsagn uten fare for å bli sagt imot (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 106). Informantene sin anonymitet, personvern og privatliv skal ivaretas. Studien gjengir ikke personlig informasjon. Oppgaven er utformet med tanke på at kolleger, familie eller venner av informantene kan lese resultatene uten å gjenkjenne informantene. Det transkriberte materialet er anonymisert. Informantenes alder, detaljert beskrivelse av utdanning og person, samt stedsnavn eller andre sensitive opplysninger er ikke inkludert (Malterud, 2018, s. 214-215). Informantenes kjønn er ikke spesifisert, med tanke på at informantene bedre skal beskyttes dersom kolleger ved aktuelt tjenestested leser det ferdige resultatet. Konfidensielt materiale er ikke blitt gjort tilgjengelig for andre og fremkommer ikke i studiens utførelse. Dersom funn fra studien skal publiseres må forskeren sørge for at informantene sin anonymitet bevares. Malterud (2018, s. 212) sier "Forskeren må kjenne ansvar for å håndtere det som bli sagt, på en måte som best mulig samsvarer med hvordan det var ment".

3.7 Refleksivitet og forforståelse

Ifølge Malterud (2018, s. 19) må en som forsker "være innstilt på muligheten av at jeg må forkaste resultater og konklusjoner som jeg trodde jeg hadde". Videre sier forfatteren at egen påvirkning underveis i prosessen står sentralt og forskeren må ha klart for seg egen rolle. Forskeren vil ha med seg egne tanker og holdninger som vil sette preg på hvordan vi tolker og forstår underveis. Bevissthet omkring egen forståelse er viktig. Egen forforståelse har vært sentralt under hele prosessen og egne fordommer og forestillinger har blitt utfordret. Det ble ført flere samtaler med hovedveileder og erfarne kolleger der egen forforståelse ble drøftet. Egen forforståelse har vært et sentralt tema for oppgavens utforming i sin helhet. Egne erfaringer med bruk av ERM, innstilling, utdanning og arbeidserfaring vil kunne sette sitt preg på utformingen av oppgaven. Det er gjort flere overveielser for å vurdere om egen forforståelse eller egne meninger preger materialet. Det er tilstrebet å beskrive studien på en

slik måte at leseren skal kunne forstå hvordan de ulike prosessene i studien har foregått. Malterud (2018 s. 41) sier ”Uansett hvilken forskningsmetode vi bruker, eller hva slags forskningsprosjekt vi skal gjennomføre, vil forskerens person påvirke forskningsprosessen og resultatene av denne”.

3.8 Validitet og reliabilitet

Vurderinger om validitet er sentralt i alle delene av et forskningsprosjekt. Validitet legger føringer for at det skal være en sammenheng mellom de ulike leddene i en studie.

Problemstillingen legger føringer for metoden. Det skal være tydelig sammenheng mellom problemstilling, teori, metode og data (Malterud, 2018, s. 25).

Validitet handler om hvor godt den valgte metoden passer til å undersøke det den har til hensikt å undersøke. Validitet dreier seg om forskerens moralske integritet og praktiske klokskap. Bevissthet om egen påvirkning er sentralt (Kvale & Brinkmann, 2019).

Reliabilitet dreier seg om troverdigheten og konsistensen av resultatene i en studie. Dette handler om hvorvidt en annen forsker ville ha kommet frem til de samme resultatene ved å gå frem på samme måte. Innen kvalitativ forskning må en ta høyde for at en ikke vil komme frem til de samme svarene flere ganger. Møter mellom mennesker kan ikke gjentas på et slikt vis (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 276). Malterud (2018) påpeker at det i kvalitative studier handler om mangfold. Forfatteren sier at forskeren påvirker de ulike leddene i en studie. Det anerkjennes at flere gyldige nyanser av kunnskapen eksisterer, og at forskjellige forskere vil være opptatt av forskjellige ting i det samme materialet.

4.0 RESULTATER

Under dette kapitlet presenteres studiens resultater. Trinnene i systematisk tekstkondensering ble benyttet for å komme frem til resultatene (Malterud, 2018, s. 97-111). Under analyseprosessen ble fire hovedtemaer identifisert og to til tre subgrupper. Disse er presentert i følgende tabell:

HOVEDTEMA	INNSIKT	FORUTSIGBARHET	OPPFØLGING	IMPLEMENTERING
SUBGRUPPE	Innsikt hos pasientene	Bedre observasjonsgrunnlag	Relasjonelle forhold	Implementering hos pasientene
	Innsikt hos personalet	Lettere å iverksette tiltak	Medvirkning	Implementering hos personalet
			Dokumentasjon	

Vedlegg 1 viser oversikt over hva subgruppene omhandler.

Hovedtemaer og subgrupper presenteres med en sammenfatning av det transkriberte materialet og illustreres fortløpende med sitater. Materialet viser at informantene fremhevet positive sider ved å bruke verktøyet, og at alle kom inn på ulike utfordringer.

Hovedtemaet innsikt er delt inn i de to subgruppene innsikt hos pasientene og innsikt hos personalet.

4.1 Innsikt

Informantene fortalte at varierende grad av sykdomsinnsikt hos pasienten kan ha betydning for hvordan arbeidet med ERM fungerer. Flere sa at mangelfull innsikt hos pasienten kan føre til ulike utfordringer. Noen beskrev at det varierte fra dag til dag om den enkelte samarbeidet omkring ERM, og noen sa at muligheten for aktiv deltakelse varierte fra pasient til pasient. Enkelte viste til at det var lettere å samarbeide om ERM når pasienten hadde mer innsikt i egen situasjon. Noen sa at arbeidet med ERM kan føre til økt innsikt hos pasientene. Flere

mente at personalet får større forståelse for hvordan pasienten har det når det jobbes aktivt med ERM over tid.

4.1.1 Innsikt hos pasientene

Flere av informantene fortalte om møter med pasienter som mangler innsikt i egen situasjon og eget sykdomsbilde, og om noen utfordringer dette kan føre med seg. En informant sa følgende: *”Enkelte dager er det jo ikke mulig å komme igjennom nærmest i det hele tatt, selv om det i seg selv er en god indikasjon på hvor vi er, da, i de ulike fasene i ERM. Mens andre dager så kan det være en mer eller mindre ren samtale-basert plan, hvor brukerne selv forklarer hvordan de har det”.*

Flere viste til at det kan være vanskelig å få til gode samtaler og presentere ERM dersom pasienten mangler innsikt og motivasjon. Noen fremhevet det som lettere å jobbe med ERM dersom pasienten virket mer klar over egen situasjon og viste motivasjon for endring.

En informant sa det slik: *”Noen har innsikt og sier ‘Ja, vet du hva jeg har en psykisk lidelse’. Mens andre er veldig på at det er en chip i hodet mitt. Det er den som gir meg signaler. Ikke sant. Og det er veldig vanskelig å komme i posisjon til å realitetsorientere og jobbe med det, da”* og sa videre *”det er litt vanskelig å komme i posisjon der det er lite selvinnsikt, da. I sin egen sykdom”.* En annen sa: *”de har ikke så innsikt i ERM. Han ene kan...han stiller seg på bakbena så fort han får vite at vi har noe opplegg rundt ham”.*

En annen informant fortalte: *”Det er jo noen som har veldig innsikt og lyst og evne til å ta tak i egen sykdom og eget behandlingsforløp. Der er det mye lettere å komme i posisjon til å snakke om ERM-plan og oppfordre og motivere de til å ta tak i det og bruke det og kjenne på det selv. Mens på andre så helt motsatt, at du møter... De føler seg krenket eller de er ikke syke så de trenger ikke hjelp, og i hvert fall ikke av deg som jobber som helsepersonell. Og da er det tornene ute med en gang. Så da går det ikke. Og da blir det bare vondt verre, egentlig, for da har jeg opplevd at de bare lukker seg i kommunikasjonen over tid, da.”*

Flere mente at å jobbe med ERM kan bidra til at pasientene får økt forståelse for egne utfordringer. En informant mente at det kan ta tid og fortalte: *”For det kan føre til mye mer innsikt hos beboerne. Også har vi jo noen som på en måte er helt avvisende og ikke noe interesserte og kanskje ikke har så mye innsikt i utgangspunktet. Men nå skal vi i hvert fall prøve, da. Så da håper jeg kanskje vi kan få snudd det litt.”*

4.1.2 Innsikt hos personalet

Samtlige informanter fortalte at ERM bidrar til at personalet får økt innsikt i pasienten sin situasjon. Det ble beskrevet at personalet oftere går inn for å snakke med pasientene om det som opptar dem, og at personalet reflekterte mer over hvorfor pasientene gjør som de gjør. Noen sa at ERM har bidratt til at man tør å gå inn på vanskelige temaer i samtaler med pasientene. En informant fortalte: *”Det tror jeg også ERM har ført til, da, at man tør å ta samtalen. Og tør å anerkjenne dem på at dem ikke alltid har det greit. Og tør å utfordre litt, da. På hva som er...som kan være vanskelig for dem. For det er jo, som nevnt tidligere, veldig sånn bevisstgjørende overfor både pasientene og oss, da”*.

Flere sa at det har blitt mer tydelig hva man skal ha fokus på i det daglige arbeidet med pasientene. En informant sa: *”Min erfaring med bruk av ERM går vel ut på at jeg har blitt mer bevisst på hva jeg skal observere, og hva som på en måte er relevant for meg å ha hovedfokus på når jeg jobber med mennesker. Sånn jeg ser på den brukergruppen vi har, så er det mennesker med sårbarhetsområder hvor veldig mange av forvarslene henger sammen”*. En annen sa: *”Gjennom å observere hvordan de er, da i forskjellige situasjoner. Så jeg synes det bevisstgjør veldig godt. Hva pasienten har av sårbarhetsområder”*.

Noen fortalte at ERM kan føre til at personalet er mer granskende og nysgjerrig i møte med pasientene, noe som igjen kan føre til økt forståelse for hvilke utfordringer pasienten har. En sa: *”Det har jo blitt en sånn liten...åpenbaring, men, liksom, folk har blitt mye mer obs på det, og...liksom forståelse for at måten man spør om ting på, måten beboeren selv sier ting på, ehh...At dem kanskje kan si mye mer om hvordan de har det enn det vi har trodd, da. Så det har jo vært en veldig sånn utvikling hos oss”*.

En informant fortalte at det har vært diskusjoner i avdelingen om hvorvidt pasientene er i stand til å si noe om hvordan de har det. Informanten sa: *”Alle hos oss har observasjonsplan for det er ingen som egentlig er i stand til å på en måte si noe om hvordan de har det. Men så har vi funnet ut, sakte men sikkert, at det er vel kanskje mer samtale / observasjon, fordi alle kan si noe, og så handler det om måten man spør om ting på, eller prater om ting på, også.”*

4.2 Forutsigbarhet

Flere av informantene beskrev at ERM bidrar til at personalet i større grad vet hva de skal observere hos den enkelte pasienten og hvilke tiltak som kan være effektive. Det ble

fremhevet at det kan være lettere for ansatte som ikke kjenner pasienten så godt å følge utviklingen til vedkommende gjennom døgnet. Noen sa at man er avhengig av å kjenne pasienten for å vite hva ting betyr og hva som er lurt å gjøre.

Hovedtemaet forutsigbarhet er delt inn i de to subgruppene bedre observasjonsgrunnlag og lettere å iverksette tiltak.

En informant fortalte:

”Jeg synes vi på en måte får oversikt over hvordan vi skal jobbe som helsepersonell gjennom dagen med de forskjellige pasientene eller brukerne, da, ut ifra dems egen plan. Så, så det gir helt klart en bedre oversikt og jeg vet konkret hva jeg skal observere eller hva jeg skal se etter, på en måte. Og det gjør jo dagen min litt mer forutsigbar.”

En annen informant sa: *”Når du kartlegger søvnmønsteret på morgenen...Det handler litt om hvordan du observerer videre, altså, det legger lista for resten av dagen, da. For det kan påvirke flere forvarsler de har”.*

Forutsigbarhet er delt inn i de to subgruppene bedre observasjonsgrunnlag og lettere å iverksette tiltak.

4.2.1 Bedre observasjonsgrunnlag

Samtlige informanter snakket om at det har blitt enklere å forstå hva som kan være positive tiltak. Flere kom inn på at ERM gjør det lettere å vite hva en skal ha fokus på hos den enkelte pasienten og fremhevet det som positivt at også nytt personal kan få bedre oversikt.

En fortalte: *”Men det er veldig fint for oss som jobber der, nye som kommer inn, ikke sant. Det er veldig lett å se på en plan... hvor dette ser vi... ved et stabilt stadie, ved et moderat og et alvorlig stadie, så vi vet liksom hvor pasienten hele tiden ligger, da, sånn i sykdomsbilde, sykdomstrykk eller symptomtrykk, da”.* Videre sa informanten om ERM at: *”Jeg synes det er forutsigbart”.*

En annen fortalte: *”Også tror jeg det er et fint verktøy for nytt personal, også, som ikke kjenner noen av beboerne, kanskje bare har hatt opplæringsvakt. Sette seg inn, lese litt på ERM. Hva er sårbarhetsområder, hva er forvarsler, hva ser vi at kan funke hvis personen er i moderat fase og de tingene der”.*

En annen sa: *”Så det kjenner jeg i hvert fall på, at det har gjort meg mer bevisst på hvor fokusområdene skal være i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser, og de forvarslene*

de har”. Senere sa vedkommende: *”Det setter ting liksom litt på spissen, at du vet mer hva du skal se etter, du vet hva du skal kartlegge i mer konkret forstand, holdt jeg på å si, når du møter og tar inn nye pasienter”*.

En informant fortalte at ERM kan legge til rette for videreføring som bygger på observasjoner og samtaler med pasientene. Vedkommende sa: *”Det er veldig konkret hva du skal se etter. Det gjør det veldig enkelt. Det er ikke noen sånn derre svær teoretisk omhandling av hva du skal se etter sånn i det daglige. Det er konkret, altså...Hvordan sov den personen...Hvordan, altså, ut ifra observasjoner og prat med dem og at man har en sammenheng i vaktskiftene hvor man kan videreføre”*.

4.2.2 Lettere å iverksette tiltak

Flere snakket om at ERM gir bedre forståelse for pasientens utfordringer og hvilke tiltak som kan være effektive. Noen viste til at ERM bidrar til at det er lettere å se hva som påvirker pasienten.

En informant sa: *”Også er det jo at vi til en hver tid er på utkikk etter hva det er som påvirker den og den brukeren i negativ eller positiv retning, da. Både i form av tiltak, men og...Er det forvarslar eller indikatorer som sier at nå er han på vei inn i en negativ spiral, eller, ja, forverrende tilstand, da”*.

Videre sa informanten at mer effektive tiltak kan bli iverksatt. Vedkommende fortalte om et eksempel: *”Fordi han ble møtt med forståelse istedenfor eventuellmedisinering eller skepsis, da”*.

En annen informant fortalte at det ble lettere å forholde seg til svingninger hos pasientene, og sa: *”Hvordan er det jeg skal forholde meg til pasientene når de er dårlige. Ok, nå ser jeg her, nå begynner han å bli alvorlig, eller hun, da. Da vet jeg tidligere så jeg kan komme med tidlig intervensjon, da. Sånn sett er det veldig forutsigbart. Tidlig intervensjon fordi man vet litt mer hva man skal kunne gjøre, da. Man blir ikke så rådløs”*.

Noen mente at ERM kan være et godt verktøy for at de som ikke har faglig bakgrunn bedre skal kunne ivareta pasientene. En fortalte: *”Jeg tror det gjør det veldig mye lettere for personalet som ikke har så mye faglig bakgrunn fra før. Altså, det konkretiserer veldig hva det er vi ser etter. Så det er veldig konkret i forvarslene, så det er veldig lett å vite hva du skal agere på eller hvordan du skal agere, da, hvilke tiltak du skal gjennomføre til enhver tid i forhold til hva du ser”*.

En informant snakket om at personalgruppen hadde blitt ble mer samstemt, og dermed lettere kunne se hva som fungerer. Informanten fortalte: *”Ettersom du blir kjent med beboerne så føler jeg liksom at personalgruppa også har blitt mer enstemmig, på en måte, i hvordan forstå hvordan en person er når den er stabil kontra moderat kontra alvorlig (...) Det har blitt mer fokus på psykiatrien og den psykiske biten og oppfølgingen der, da. Slukke liksom små branner eller varsellamper som kommer tidlig, at vi klarer å sette inn tiltak.”*

4.3 Oppfølging

Samtlige informanter mente at ERM-arbeidet påvirker oppfølgingen av pasientene, og de trakk i denne sammenheng frem områder som relasjonen, medvirkning og dokumentasjon. Flertallet av informantene mente at det var et bedre utgangspunkt for å samarbeide om ERM hvis en god relasjon mellom pasient og personal var på plass først. En informant viste til erfaringer med at ERM som utgangspunkt kan bidra til at en god relasjon dannes. Flere av informantene mente at det var enklere å legge til rette for brukermedvirkning dersom pasienten deltok aktivt i ERM-arbeidet. Andre mente at det kunne legges til rette for medvirkning også der pasienten ikke var så aktivt med, ved å utgangspunkt i observasjoner og vurderinger gjort av personalet. Flertallet viste til at dokumentasjonen har bedret seg i takt med bruk av ERM.

Hovedtemaet oppfølging er delt inn i de tre subgruppene relasjonelle forhold, medvirkning og dokumentasjon.

4.3.1 Relasjonelle forhold

Flere mente at en god relasjon mellom pasient og personal er viktig for å lykkes i ERM-arbeidet. Det ble vist til at det er nødvendig å danne en relasjon før en kan introdusere og jobbe med ERM. En god relasjon ble av flere fremhevet som sentralt.

En fortalte: *”Det er jo ikke så lett å skulle være åpen mot hvem som helst, og det synes verken vi som ikke bor her eller de som bor her, garantert. Så...Det krever jo litt...I hvert fall sånn vi jobber oppe hos oss, da, hvis vi skal introdusere ERM for en pasient, så tar vi jo gjerne og velger ut kanskje det personalet som har best relasjon med den pasienten. For i det hele tatt å føle at man kan stole på vedkommende og føle seg trygg. Det er tross alt sårbarhetsområder*

vi skal prate om, så...Det kan jo være litt vanskelig hvis det er en du ikke har noen relasjon til, da."

To av informantene mente at det er viktig å snakke om hverdagslige temaer og bli kjent før en kan snakke om de vanskelige tingene. Den ene sa: *"Det er lettere å komme i kontakt med folk du har en god relasjon med, det er lettere å åpne seg, for personer du har en god relasjon med. Det er i hvert fall min erfaring, da. Informanten sa videre: "Min erfaring er at det krever en del å danne en relasjon, og når du først har kommet i posisjon til det, så er det lettere å snakke om de vanskelige tingene."*

Den andre sa: *"Du skal jo ha en del tillit, da. Og du skal jo ha en god relasjon. Det er selvfølgelig...En ERM-plan vil på en måte være lite effektiv hvis ikke pasienten tør å være ærlig, på en måte, eller åpne seg, da. Så hvis man kjører en ERM-plan med en pasient, så er man jo veldig avhengig av den tilliten og relasjonen man bygger opp på forhånd. For å kunne få de svarene som er til hjelp for pasienten og brukeren selv, da. Så jeg tenker at det er jo, det er viktig å bygge opp en relasjon i forkant, før man går inn på ulike temaer. For det er veldig sårbart, og det er jo ikke hvem som helst man åpner seg for. Så man...Den er absolutt veldig, veldig viktig".*

En informant viste til erfaringer med at man ved å utgangspunkt i pasienten sin bakgrunn og observasjoner gjort av personelt, kan bygge en relasjon. Vedkommende fortalte: *"Du starter jo med en observasjonsplan i starten, uansett. Og det baserer seg jo på bakgrunn og de første inntrykkene man får og hva som kommer frem i en innkomstsamtale, liksom. Og da...Sånn jeg opplever der, så har det jo, i tillegg til en sånn type observasjonsplan, gått veldig fint å opprette en god relasjon til dem".*

4.3.2 Medvirkning

Medvirkning ble av noen informanter fremhevet som mer aktuelt dersom pasienten samarbeider og er med på å utarbeide en egen ERM-plan. En sa: *"Brukermidvirkning vil jo bli tatt mest i bruk der hvor brukeren er med på hele planen. Hvor han selv kan identifisere egne forvarsler, tiltak og være med på å velge de tiltakene når han ser at ting går dårlig, da".* En mente at det går an å få lagt til rette for brukermedvirkning også hvis pasienten ikke samarbeider om ERM-plan, og vedkommende sa: *"De sier jo noe selv om sin tilværelse og hvordan de har det og hva som kanskje er vanskelig og sånn uten at vi kaller det for en ERM-*

plan. Og vi lytter jo fortsatt like sterkt til det som vi gjør når de har sin egen plan. Så jeg vil jo si at brukermedvirkning står sterkt der og, egentlig”.

Flere viste til at ERM bidrar til mer fokus på individet, og bidrar til å legge til rette for at pasienten får påvirke sitt eget oppfølgingstilbud.

En sa: *”ERM gir et veldig individuelt fokus. Det er liksom ikke en og samme måte å tilnærme seg pasientene på, for det er jo individuelt. Så det er kanskje er veldig godt poeng”.*

En sa at det er viktig å tilpasse seg den enkelte pasienten, slik at pasientene får et eieforhold til sin egen plan.

4.3.3 Dokumentasjon

Flere av informantene trakk frem at journalføringen har bedret seg med bruk av ERM.

Innholdet i det som ble dokumentert ble omtalt som mer relevant for pasientens opphold.

Fokus på mer aktuelle temaer i dokumenteringen ble fremhevet. En informant sa: *«Man har jo fokus på noe helt annet når man dokumenterer enn tidligere»*, og en annen informant fortalte *”Og så er det jo dokumentasjonen rundt det. Tror det er lettere å synliggjøre for hver enkelt at det ikke bare er hvor mye hver enkelt har spist i løpet av en dag, men det er mer, på en måte, symptomtrykk, vrangforestillinger og den type ting som kommer frem, da”*. En tredje informant sa *”Jeg synes jo vi har blitt mye flinkere på å dokumentere og, da, på grunn av ERM, liksom”*. Informanten beskrev at flere i personalgruppa vet mer om hva som skal skrives i journalen enn tidligere, og sa videre *”Så det blir på en måte ting som folk kanskje ikke hadde nesten...Det er litt følt å si, men nesten ikke giddet å skrive om. Men så skriver man om det når det passer inn, da. Og det ser jeg, sånn som...Nå har vi fått inn psykisk helse som forvarsel på alle beboerne våre. Da har man jo alltid noe å skrive. Før har vi hatt det litt sånn...Folk bare sånn ‘Ja, hva skal jeg skrive her, da. Det har jo ikke vært noe sånt i dag, så hva skal jeg skrive om det da, da?’ Og sånne ting. Så jeg føler at vi har...Ja, kommet fremover på den dokumentasjonsbiten.”*

En annen informant kom også inn på at det kan være lettere å vite hva som skal dokumenteres og fortalte *”Det er jo en felles forståelse for hvordan vi skal skrive en rapport, da. Altså, det er en felles forståelse for hvordan vi skal rapportere om pasienten, på en måte. Og jeg ser at det er lettere å for oss å samarbeide når vi har et felles språk, da. Hvis du forstår hva jeg mener når jeg sier det. Så det synes jeg det har bidratt til. At det har hevet nivået der”*.

En informant fremhevet det som positivt å kunne gå tilbake å se på tidligere opplysninger i journal, og sa *”Og det er det som er så fint med den dokumentering og, for da står det der. Da har vi det der, så kan vi bare gå tilbake og se”*.

4.4 Implementering

Flertallet kom inn på ulike utfordringer med innføring av ERM hos pasientene. Flere av informantene fortalte om utfordringer knyttet til å implementere ERM hos personalgruppa. En informant sa at dette ikke var vanskelig.

Hovedtemaet implementering er delt inn i de to subgruppene implementering hos pasientene og implementering hos personalet.

4.4.1 Implementering hos pasientene

Utfordringer med implementering hos pasientene ble av flere sett i lys av manglende innsikt eller motivasjon hos pasientene.

En sa: *”Sånn som jeg opplever det på min avdeling, så er det vanskelig å implementere det fordi det er lite snev av egeninnsikt i graden av sykdom, da”*. Informanten sa videre *”men overfor pasienten sånn implementere det, presentere det for dem er ofte litt sånn...litt sånn trøblete i starten. Man må gå litt sånne omveier, er min erfaring”*.

Noen sa at manglende evne eller vilje hos pasienten til å delta aktivt, fører til at personalet må benytte seg av observasjoner og observasjonsplan. En av informantene sa *”Vi tar mer i bruk den observasjonsplan-biten, vi, på grunn av dems innsikt og evne til å uttale seg adekvat, da. Så vi bruker observasjonsplan. Ja, med dems innspill underveis, da”*.

En annen informant sa *”at man kan bygge på det etter hvert”*. Det ble her vist til at pasienten ikke liker at begrepet ERM brukes og viste til utsagn som *”Oi, hva er dette for noe, det vil jeg ikke svare på”*. Informanten sa videre at dersom det ble nevnt hva som var observert, så kunne pasienten kjenne seg igjen i det og snakke om det.

4.4.2 Implementering hos personalet

Flere av informantene snakket om ulike utfordringer ved implementering i personalgruppa.

En fortalte: *”Men det som jeg ser utfordringer i er hvordan det skal implementeres og brukes og gjøres på en fornuftig måte i avdeling. Sånn at det ikke blir sett på som et ork mer enn en*

fornuftig måte å løse ting på, da (...) Det er noen misforståelser ute og går, noen forestillinger om at det skal være så veldig vanskelig, selv om fasiten egentlig står der. Så jeg tror det handler om i mye større grad å synliggjøre hva det er vi egentlig ser etter, konkretisere det. Og så trenger det ikke å være så veldig mye mer enn det”.

En annen fortalte: *”Litt nytt og litt stort og litt vanskelig. Så det var en del sånne negative holdninger at ‘Hva er det her for noe, liksom, hvorfor må vi bruke dette’, og litt sånn”.*

Videre fortalte informanten at det kan by på utfordringer å stå alene med veiledningsansvaret i avdelingen: *”Også var det jo ei som tidligere jobbet på avdelingen som da var ansvarlig, og syntes det var en veldig vanskelig rolle å ha alene. På vår avdeling, da. For det er jo på en måte mye...Det er ganske omfattende, da”.* Informanten sa at det var vanskelig å få det til grunnet negative holdninger hos personalet, men at det begynte å gå seg til da det etter hvert ble to om veiledningsansvaret og fortalte:

”Da jeg begynte fast ble jeg ansvarlig sammen med hun som var det. Hun syntes det var veldig godt å få med en til. For hun syntes det var vanskelig, da. Og en vanskelig oppgave å få snudd den litt negative tankegangen over til at det faktisk er noe bra, noe vi kan bruke.

Videre sa informanten at mange i personalgruppa *”hang seg opp i at det var til bruk for å unngå utagering og sånn”* og at flere ansatte *”ikke helt så at man kan bruke det, allikevel”.*

Informanten sa videre at: *”Når man blir alene, så blir det litt tungt å dra liksom lasset alene, også merker man...Man blir nesten litt lei seg. Hvis du møter mye negativitet og sånn, så blir du kanskje litt lei (...)”.*

En informant sa at det ikke har vært utfordrende å implementere ERM hos personalet, men pekte allikevel på at noen trenger tid for å forstå hva det dreier seg om. Informanten sa det slik: *” Det er ikke vanskelig å implementere det med personalet, de som jobber der. Klart det er litt sånn startspærre med en gang. Personalet tenker litt vanskelig, da. Men det er egentlig et veldig enkelt, konkret verktøy. Så når liksom knekker koden, så er de...funger det bra”.*

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet diskuteres studiens resultater, det vil si hovedtemaer. Deretter diskuteres validitet og reliabilitet, studiens begrensninger, implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning.

5.1 Diskusjon av resultater

Innsikt, forutsigbarhet, oppfølging og implementering er hovedtemaer som fremkommer gjennom analyse av intervjuene. Utsagn fra informantene tilsier at graden av sykdomsinnsikt hos pasienten, kan ha betydning for arbeidet med ERM. Pasienten kan få mer innsikt i egen sykdom og situasjon, og personalet kan få større forståelse for hvordan pasientene har det ved å jobbe med ERM over tid. ERM kan føre til mer struktur, økt forutsigbarhet, og tydeliggjøre hvilke tiltak som kan være effektive. ERM påvirker oppfølgingen av pasientene. Relasjonens betydning og pasientenes medvirkning ble omtalt. Flere viste til at dokumentasjonen hadde bedret seg. Det ble vist til utfordringer med å implementere ERM både hos pasientene og personalet.

Resultatene vil diskuteres hver for seg. Det ser ut til å være glidende overganger mellom de ulike hovedtemaene.

5.1.1 Vellykket bruk av ERM forutsetter innsikt hos både pasienter og helsepersonell

Et sentralt tema var at pasientens innsikt i egen sykdom hadde betydning for samarbeidet om ERM. Det kunne variere fra dag til dag, hvorvidt den enkelte pasienten var i stand til å føre samtaler med personalet. Samarbeidet mellom pasient og personal er sentralt i arbeidet med ERM, og den profesjonelle skal jobbe sammen med pasienten under hele prosessen (Eidhammer et al., 2010). Bøe & Thomassen (2017, s. 155) sier at en skal ta utgangspunkt i livsverdenen til den det gjelder når en forsøker å hjelpe. En informant snakket om at enkelte pasienter til tider kan ha en annerledes oppfatning av virkeligheten, og at det kan være vanskelig å ”realitetsorientere”. Psykoselidelser kan ifølge Helsedirektoratet (2013) føre til mangelfull realitetsforståelse. Bacha et al. (2020) fant i sin studie at behandlingen som ble tilbudt ble ansett for å være mer effektiv dersom de profesjonelle viste forståelse og satt den hjelpetrengende sine behov i fokus når avgjørelser skulle tas. En informant fortalte om

diskusjoner i avdelingen om pasientenes evne til å si noe om hvordan de har det, og at måten personalet spør eller snakker om ting på, er avgjørende. Vi trer inni i hverandres liv via dialog, som kan bidra til at vi kan møtes og påvirke hverandre. Det er viktig at en tar seg tid til menneskene en skal hjelpe, og at de blir sett og hørt (Bøe & Thomassen, 2017). Det kan kreve mye av personalet å tilpasse seg og følge pasienten. Pasientene kan tidvis være preget av høyt symptomtrykk, og tilstanden til den enkelte kan variere, noen ganger fra dag til dag, andre ganger i løpet av dagen.

Flere informanter viste til utfordringer med å få til et slikt samarbeid om ERM hvor en følger de ulike trinnene som Eidhammer et al. (2010, s. 7-9) beskriver. Personelt måtte av og til foreta vurderinger av forvarsler som baserte seg på observasjoner. Personalet skal jobbe ut ifra forvarsler som er basert på observasjoner og profesjonelle vurderinger dersom pasienten ikke er i stand til, eller ønsker å samarbeide om ERM (Eidhammer et al., 2013, s. 7). Pasienten sin stemme kan gå tapt dersom personalet jobber uten å involvere pasienten. Kanskje kan en for raskt trekke slutninger om at det ikke er mulig å få pasienten til å delta. Personalet kan gjøre bedre vurderinger dersom observasjoner, utsagn fra pasienten og pasienten sin væremåte sees i sammenheng.

Flere informanter mente at ERM kan bidra til at pasienten får mer innsikt i egen situasjon. En må ofte bruke tid for å få pasienten med, og det er viktig at en ikke slutter og prøve. Personalet kan forstå mer om hvordan pasienten har det når man jobber med ERM over tid. Wormnes (2013, s. 18-19) viser til at de profesjonelle må samhandle bedre med pasientene og styrke sine sosiale ferdigheter, og at den profesjonelle sine forklaringer må samsvare med pasienten sine verdier, holdninger og forståelse. Dette kan sees i sammenheng med Helsedirektoratet (2013) som sier at det skal legges til rette for en god dialog i et klima preget av likeverd, forståelse og trygghet. Kompetansen til den hjelpetrengende og profesjonelle skal supplere hverandre. Jeg tenker her at det kan ta tid å komme i posisjon til å føre god dialog med pasienten. På den ene siden kan det kreve stor innsats og engasjement av den profesjonelle for å skape en arena hvor pasienten kjenner seg trygg og forstått, slik at et samarbeid om ERM kan etableres. På den andre siden kan arbeidshverdagen bli for hektisk, og tiden for knapp, til å møte pasientene på en måte som legger til rette for individuell tilpasning og kontinuitet.

Det ble nevnt av flere informanter at ERM har bidratt til at flere i personalgruppa oftere snakket med pasientene. Det ble oftere ført samtaler om vanskelige temaer. Psykisk helsearbeid dreier seg om å ta utgangspunkt i kunnskap og erfaringer den hjelpetrengende har om sitt eget liv. En skal ta det den psykotiske sier på alvor, og nye ord for personenes opplevelser kan vokse frem ved at den profesjonelle spør, lytter og utforsker (Bøe & Thomassen, 2017). Ifølge Helsedirektoratet (2014) kan symptomer påvirke aktiviteter i hverdagen til den enkelte og relasjoner til andre. Jeg tenker at det er en forutsetning å føre samtaler med pasientene for å komme i grep til å benytte ERM på en god måte. Pasientens tilstand kan variere fra tid til annen, noe som kan gjøre det vanskelig å gå frem som planlagt i dette arbeidet. Hvis man ser det fra en annen side, kan økt kunnskap om ERM bidra til at den profesjonelle lettere kan tilpasse seg variasjonene hos pasienten. Kunnskap om ERM kan kanskje føre til at personalet kjenner seg tryggere i møtet med pasienten, når dialog og samarbeid skal opprettes. Kanskje kan det være slik at den enkelte ansatte ikke vil lykkes uansett hvor mye tid og innsats som legges ned.

5.1.2 ERM kan gi økt forutsigbarhet i behandling og oppfølging

Et fellestrekk er at ERM kan bidra til økt forutsigbarhet i arbeidshverdagen. Systematisk bruk av ERM kan gi bedre observasjonsgrunnlag og gjøre det lettere å se hvilke tiltak som kan være effektive. Helsepersonell bør ha fokus på pasientenes individuelle atferd slik at endringer kan fanges opp raskt og tiltak settes inn i tide. Det skal jobbes mot at pasienten selv bidrar til å få det bedre (Fluttert et al., 2008). Noen mente at en må kjenne pasienten for å vite hva ting betyr og hva som er lurt å gjøre. Andre mente at ERM gir så god oversikt at ukjent personal lettere kan følge utviklingen til pasientene. Fluttert et al. (2010) sier at det er sentralt å få tak i de bakenforliggende årsakene til pasientens atferd. En tanke er at det kan være vanskelig å vite hva som vil ha effekt dersom pasienten ikke selv bidrar aktivt i arbeidet med ERM. Hvis pasienten sin tilstand varierer, kan det som fungerte i går være lite effektivt i dag. Dersom pasienten sin stemme ikke vektlegges i arbeidet, kan en stå i fare for å miste viktig informasjon. Det kan bli antatt at pasienten har utbytte av spesifikke tiltak, men vedkommende kan allikevel sitte med tanker og følelser som ikke kommer til uttrykk. Det er viktig at personalet jobber for å få tak i hva pasienten selv tenker om det personalet har antatt at fungerer, for å sikre seg at det er samsvar mellom pasienten og personalet sin oppfatning av hvilke tiltak som har god effekt.

Det ble gitt mer nyttig informasjon i vaktskiftene etter innføring av ERM. Mer konkret informasjon kunne formidles til de neste som kom på jobb, dersom en la både observasjoner og samtaler med pasienten til grunn. En informant sa at kartlegging av søvnmønsteret legger lista for resten av dagen, og viste til at de ulike forvarslene kan påvirke hverandre. Psykoser er ifølge Helsedirektoratet (2013) dynamiske prosesser som utvikler seg i faser. Pasientens ståsted er sentralt i arbeidet med ERM (Eidhammer et al., 2013). Det er viktig å se forvarslene til pasienten i sammenheng, og forsøke å forstå hvordan, og hvorfor, disse påvirker hverandre. Pasienten sin opplevelse av hvordan forvarslene virker sammen må tas med i betraktningen for å kunne vurdere dette på en god måte.

5.1.3 Relasjonens betydning, muligheter for medvirkning og journalføring

Samtlige informanter snakket om at ERM påvirker oppfølgingen av pasientene. Under dette hovedtemaet ble relasjonelle forhold, medvirkning og dokumentasjon fremhevet.

Et fremtredende resultat er at en god relasjon er viktig for å lykkes i arbeidet med ERM. Pasienten må kjenne seg trygg i møtet med den profesjonelle for at samtaler omkring vanskelige temaer skal finne sted. Flere mente at en god relasjon må være på plass før en kan introdusere pasienten for ERM og få til et samarbeid. Eidhammer et al. (2013) sier at relasjonen mellom pasient og personal er sentral i arbeidet med ERM. Forfatterne fant i sin studie at flere pasienter ønsket å samarbeide om ERM etter at en relasjon til personalet var etablert. Dette sammenfaller med Helsedirektoratet (2013) som mener at en god relasjon mellom pasient og fagperson er nødvendig for god oppfølging og god behandling. Helsepersonell som gjør det godt blir ofte beskrevet som aktive, erfarne, forståelsesfulle og varme. Bacha et al. (2020) fant i sin studie at mennesker som har mottatt psykiske helsetjenester verdsatte tillit, gjensidighet, kontinuitet, en følelse av trygghet og en god maktbalanse. Flere av deltakerne mente det var avgjørende å føle seg trygg i møtet med hjelperen for å kunne åpne opp om sine indre tanker og livserfaringer. Det kan være slik at den profesjonelle må ha kvaliteter og sider ved seg som nevnt over, for at en relasjon og et samarbeid skal finne sted. Kanskje må den profesjonelle ha slike kvaliteter og sider for å lykkes med å få pasienten med i arbeidet med ERM.

En informant mente at en kan danne en god relasjon ved å ta utgangspunkt i pasienten sin bakgrunn og observasjoner gjort av personalet. Flere mente at personalet må gå aktivt inn for å bli kjent med pasienten før en kan snakke om det som er vanskelig. En sa at det personalet

som hadde best relasjon med pasienten gjerne ble valgt ut dersom pasienten skulle introduseres for ERM. Helsedirektoratet (2014) sier at relasjonelle faktorer og kunnskapsbaserte metoder må virke sammen for at resultatet skal bli godt. Bøe & Thomassen (2017) viser til at verktøyene som anvendes ofte kan være mindre virksomme enn relasjonen og samarbeidet mellom pasient og personal. Dette kan sees i lys av Wormens (2013) som sier at kvaliteten på relasjonen er overordnet metodene og teknikkene. Forfatteren mener det er pasienten, og ikke den profesjonelle, sin vurdering av relasjonen som er viktig. Jeg tenker at det pasienten selv mener om relasjonen til den ansatte er sentralt. En kan ha større sannsynlighet for å få til et godt samarbeid dersom pasienten sine meninger, ønsker og behov blir vektlagt og tatt hensyn til. De profesjonelle bør vektlegge pasienten sitt syn når det skal vurderes hvem som skal følge opp ulike deler av hjelpetilbudet til den enkelte.

En sentral tematikk var at det var lettere å legge til rette for brukervedvirkning hvis pasienten var aktivt med i ERM-arbeidet. ERM bidro til økt fokus på individet og mulighet for at vedkommende selv kunne påvirke eget hjelpetilbud. Dette underbygges av Fluttert et al. (2013, s. 6) som sier at ERM kan bidra til ivaretagelse av brukervedvirkning og Helsedirektoratet (2014) som sier at brukervedvirkning kan gi økt kunnskap om pasienter sin situasjon og hvordan tjenestene bør utvikles. Helsepersonell plikter å legge til rette for at medvirkning blir mulig (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Jeg tenker at den profesjonelle til enhver tid skal jobbe for at pasienten skal være aktivt med i eget hjelpetilbud.

Pasienten må delta aktivt dersom en skal lykkes i et langtidsperspektiv, da det er pasienten og ikke den profesjonelle som har mest ansvar for å ta avgjørelser (Aoki, 2020). Den profesjonelle kan ta lærdom av pasientene sine erfaringer og meninger om hva som skal til for å få til et vellykket samarbeid om ERM. For å legge til rette for medvirkning, bør en ta utgangspunkt i den enkelte sine forutsetninger og ønsker. Dette kan sees i lys av Fluttert et al. (2008) som sier at verktøyet som brukes må henge sammen med pasientens behov. Brukervedvirkning handler om å kunne velge mellom ulike behandlingsalternativer og deltakelse (Bøe & Thomassen, 2017). Kanskje må vi akseptere at pasienten ikke ønsker å delta i et slikt samarbeid uansett grad av tilpasning og tilrettelegging. Dersom deltakelse ikke er aktuelt, bør den profesjonelle forsikre seg om at nødvendig informasjon er gitt og motivering er gjennomført så langt det lar seg gjøre.

En informant mente at medvirkning også kunne være aktuelt dersom pasienten ikke var aktivt med i ERM-arbeidet, ved å ta utgangspunkt i observasjoner og vurderinger gjort av personalet. En annen informant mente det var viktig å se det pasienten sier, og det personalet observerer i sammenheng, og fremhevet viktigheten av at personalet tilpasser seg pasienten. Samarbeid og brukermedvirkning er viktige faktorer i psykisk helsearbeid, og viktig informasjon kan gå tapt dersom pasienten ikke involveres (Eidhammer et al., 2014). En kan tenke seg at vi mister muligheten til å involvere pasienten i sitt eget hjelpetilbud dersom tilmålingen av tjenestene og arbeidet med ERM ikke inkluderer pasienten sin stemme.

Et fellestrekk var at nivået på dokumentasjonen hadde hevet seg ved bruk av ERM. Innholdet i den daglige rapporteringen ble beskrevet som mer relevant. Det ble tydeligere for flere ansatte hva som var viktig å få med i rapportene. Helsepersonelloven (1999) sier at helsepersonell skal føre journal som skal innebefatte påkrevete og aktuelle opplysninger om den enkelte pasienten og helsehjelpen som gis. Opplysningene som nedtegnes skal stå i samsvar med lovfestet melde- eller opplysningsplikt. Jeg tenker at ERM kan bidra til at personalet kan få bedre forståelse for pasientens hjelpetilbud, noe som kan sikre bedre journalføring. Ut ifra tilgjengelig forskning og litteratur om ERM, fremkommer ingen føringer knyttet til rapportering eller journalføring. Informantene i studien jobber daglig med ERM, og det er utviklet egne retningslinjer for dokumentasjon ved tjenestestedet.

5.1.4 Vellykket implementering forutsetter opplæring, veiledning, motivasjon og forståelse

Et sentralt resultat var at implementering og innføring av ERM hos pasientene kunne by på ulike utfordringer. Mangelfull sykdomsinnsikt hos pasientene ble fremhevet av flere informanter. Manglende evne eller vilje til deltakelse hos pasientene førte til at observasjoner og observasjonsplan måtte benyttes. Fremgangsmåte for implementering av ERM beskrives av Eidhammer et al. (2013, s. 33) ved at ansatte skal ha fått opplæring og ha kunnskap om ERM før presentasjon for pasienten. Målet er å bidra til forebygging av tilbakefall.

Utgangspunktet er pasienten sine opplevelser og erfaringer. Det skal jobbes ut fra pasienten sin tilstand, mål skal defineres sammen med pasienten, og språket skal formuleres på en måte pasienten forstår. Individuell tilpasning er sentralt, og kontinuerlig evaluering skal gjøres.

Personalet skal være oppmuntrende, støttende og positive. Arbeidet skal være et felles prosjekt. Helsedirektoratet (2013) sier at pasient og personal må bli enige om metodene som benyttes, om mål og oppfølging. Kontinuitet og god kommunikasjon er viktig. En kan tenke seg at ansatte som har et større engasjement for ERM har bedre forutsetninger for å få

pasienten med. Innføring hos pasientene avhenger av at personalet har tilstrekkelig med kunnskap om ERM. Hvor mye kunnskap den profesjonelle har om verktøyet kan påvirke muligheten til å gi pasienten god og tilstrekkelig informasjon. Det kan kanskje være slik at god kunnskap om ERM alene ikke er tilstrekkelig. Hvis pasienten ikke viser innsikt eller motivasjon, eller hvis den profesjonelle ikke er oppmuntrende, støttende og positiv, kan mulighetene for å få implementert ERM hos pasienten begrenses. Som tidligere nevnt, kan pasientens tilstand variere. Det kan se ut til at en må bruke tid og være tålmodig for å få implementert ERM hos pasienten.

Et annet resultat var utfordringer med å implementere ERM i personalgruppa. Enkelte ansatte så ikke ut til å forstå ERM, og noen ansatte fremviste negative holdninger. En informant sa at det ikke var vanskelig å implementere ERM hos personalet, men at noen kanskje trenger tid på å skjønne hva det omhandler. Dette kan sees i sammenheng med Eidhammer et al. (2010, s.17) som sier at det kan være utfordrende å innføre nye verktøy. Forfatterne fant i sin studie at noen anså ERM for å være litt komplisert før de forstod konseptet. Det ble vist til at enkelte vurderte ERM til å være mer komplisert enn det faktisk er. Forfatterne fant at enkelte mente at pasienten sin motivasjon kunne påvirke egen motivasjon. Jeg tenker at personalet kan miste motivasjonen dersom pasienten ikke viser interesse for ERM. Kanskje er det vesentlig at de profesjonelle kan dele sine erfaringer med sine kolleger dersom en blir usikker eller står fast. Ved innføring av nye metoder og verktøy kan det være avgjørende at det gis nok opplæring og veiledning, og at dette følges opp over tid. Manglende kunnskap hos den profesjonelle kan gi seg utslag i usikkerhet og føre til mindre engasjement og dårligere oppfølging.

Helsepersonelloven (1999) sier at arbeidet som utføres skal ytes i henhold til faglig forsvarlighet og det som kan forventes ut fra den enkelte sine forutsetninger. Samtaler og møter om metodene som brukes i hjelpetilbudet er sentralt (Helsedirektoratet, 2013). Det bør kartlegges og avklares hvem som skal ha ansvaret før å introdusere pasientene for ERM, og samtidig jobbes mot at flere i personalgruppa blir rustet til å ta dette ansvaret.

5.1.5 Oppsummerende refleksjoner omkring hovedtemaer

For å lykkes i arbeidet med ERM ser det ut til at flere faktorer spiller en rolle. For å kunne samarbeide med pasienten om ERM, ser det ut til at pasienten må ha en viss innsikt i egen sykdom og situasjon. Mangelfull innsikt hos pasienten kan bidra til at det blir vanskeligere å få til et samarbeid. Dersom en bruker ERM over tid, kan pasienten få mer innsikt i sin egen situasjon, og personalet kan forstå mer om hvordan pasienten har det og hva pasienten

trenger. Systematisk bruk av ERM kan bidra til at personalet får mer forutsigbarhet i arbeidshverdagen ved at det blir tydeligere hva som skal følges opp rundt den enkelte pasienten. Relasjonen mellom personal og pasient er sentral, og det er av betydning at pasienten kjenner seg trygg i møtet med den profesjonelle. Brukermedvirkning kan få større plass ved at pasienten sin stemme vektlegges. ERM kan bidra til bedre journalføring. For å lykkes med implementering av ERM, må personalet få tilstrekkelig med opplæring, og få veiledning over tid. Pasientens kunnskap, ønsker og behov må inkluderes.

5.2 Metodediskusjon

Oppgaven baserer seg på forskningsartikler, faglitteratur og kvalitativ forskningsmetode med kvalitative intervjuer. Intervjuene er transkribert og analysert. Følgelig diskuteres validitet og reliabilitet, studiens begrensninger, implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning.

5.2.1 Studiens validitet og reliabilitet

Validitet dreier seg om hvorvidt valgt metode undersøker det den er ment å undersøke. Vurderinger av validitet er viktig i alle delene i et forskningsprosjekt. Studien søker å få innblikk i fem informanter sine erfaringer med bruk av ERM. Problemstillingen har gitt føringer for valg av metode og teoretiske perspektiver. Det er etterstrebet å gi leseren innblikk i hvordan disse valgene er tatt og hvordan de ulike leddene av oppgaven er gjennomført (Malterud, 2018). Bevissthet om egen påvirkning i et forskningsprosjekt er viktig. Det er forsøkt å gi leseren forståelse for hvilke overveielser som er gjort underveis, og refleksjoner om hvordan jeg selv påvirker studien er beskrevet (Kvale & Brinkmann, 2019).

Oppgaven er inspirert av en fenomenologisk tilnærming og informantenes opplevelser og kunnskap står sentralt. Det er benyttet kvalitativt forskningsintervju for å få innblikk i informantene sine erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 20). Analysen er inspirert av hermeneutikken, og informantenes utsagn er tolket med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering. Videre sees resultatene i sammenheng med problemstilling og teoretisk rammeverk (Malterud, 2018).

Jeg har selv utført transkripsjonen. Dette anbefales for å styrke validiteten av analyse materialet. Den som intervjuet husker gjerne detaljer som kan oppklare eventuelle uklarheter i det som ble sagt. Transkripsjon kan bidra til å se nye sider ved materialet. En skal utøve forsiktighet når det som ble sagt skrives ned, og ta høyde for at en skriftlig fremstilling

av materialet ikke nødvendigvis representerer helheten i det som ble sagt (Malterud, 2018, s. 77-80). Transkripsjonen bidro til at intervjusituasjonen ble gjenopplevd, og det informantene formidlet ble tydeligere. Intervjuene ble nedtegnet så ordrett som mulig, fra lydopptak til tekst i Word. Ord som ”ehhh” og ”hmm” ble inkludert, og pauser ble markert.

Forskeren må vurdere hvilken betydning resultatene av et forskningsprosjekt kan ha i andre sammenhenger. Overførbarhet er ofte et mål for forskeren, med ambisjon om at andre kan dra nytte av studien i andre sammenhenger. Rekkevidden til en studie vil avhenge av konteksten og området studien er utført. Hva prosjektet faktisk forteller om tematikken blir viktig (Malterud, 2018). Studien gir kunnskap om fem informanter sine erfaringer med bruk av ERM. Informantenes erfaringer kan ikke generaliseres, men studien kan kanskje inspirere andre som jobber med ERM. Kanskje kan tjenestestedet hvor data er innhentet, dra nytte av funnene i det videre arbeidet med ERM. Det er nærliggende å tro at en ville fått andre svar dersom en hadde intervjuet andre personer. Tjenestestedet hvor data er innhentet er et døgntilbud, og kanskje vil rammene ved et dagtilbud eller et ambulant tilbud, føre til at helsepersonell har andre erfaringer.

Dersom informasjonsstyrken er høy, kan et antall deltakere på mellom fire og syv deltakere gi et godt materiale (Malterud, 2018, s. 64). En kan se for seg at erfaringene til helsepersonell om bruk av ERM vil kunne variere fra person til person og fra sted til sted. Samtidig vil en trolig finne variasjoner i erfaringene innenfor samme tjenestested, dersom en undersøker hva ansatte ved ulike avdelinger, og med ulik bakgrunn, har av kunnskap. Det ble vurdert at et utvalg på fem informanter ville være tilstrekkelig for å kunne gi svar på oppgavens problemstilling.

Kvale & Brinkmann (2019, s. 276) sier at reliabilitet dreier seg om troverdigheten og konsistensen av resultatene i en studie. Dette handler om hvorvidt en annen forsker ville ha kommet frem til de samme resultatene ved å gå frem på samme måte. Innen kvalitativ forskning må en ta høyde for at en ikke vil komme frem til de samme svarene flere ganger. Møter mellom mennesker kan ikke gjentas på et slikt vis. Forskerens egen interesse, vurderinger og tolkninger underveis vil spille en rolle. Malterud (2018) påpeker at det i kvalitative studier handler om mangfold. Forfatteren sier at forskeren påvirker de ulike leddene i en studie. Det anerkjennes at flere gyldige nyanser av kunnskapen eksisterer, og at forskjellige forskere vil være opptatt av forskjellige ting i det samme materialet.

Malterud (2018, s 25) sier at det er viktig å gjøre synlig utfordringene man møter på underveis i en studie og forklarer: *”Våre redskaper er utilstrekkelige, våre data vil alltid bare speile en avgrenset del av den virkeligheten vi ønsker å utforske, og forskerens person vil alltid være med på å påvirke resultatene vi kommer frem til på en eller annen måte”*.

5.2.2 Studiens begrensninger

Alle informantene som ble spurt om å delta, takket ja. En informant måtte avtale ny tid for intervju, uten at dette påvirket prosessen. Intervjuene ble gjennomført i et rom med låst dør, hvor ingen andre enn informanten og intervjueren var tilstede. Dette bidro til at det ikke forekom avbrytelser underveis, og til at tredjepart ikke kunne overvære intervjuene. Det ble ansett som positivt at alle de spurte takket ja, noe bidro til at gjennomføringen av intervjuene gikk som planlagt. Ingen av informantene trakk seg i etterkant av deltakelsen. En kan se for seg at det kunne forsinket prosessen dersom noen av informantene hadde falt fra på noe vis.

Det ble gjennomført samtaler med informantene etter avsluttet intervju, hvor informantene kunne reflektere over eget intervju og det som hadde blitt sagt. Dette bidro til at informantene og jeg fikk snakket om våre opplevelser av intervjuet, og ga muligheten til å formidle eventuelle uklarheter. Semistrukturert intervjuguide ga mulighet til å stille utfyllende og oppklarende spørsmål underveis, og førte til fylldige svar fra informantene (Kvale & Brinkmann, 2019).

Informantene jobber ved ulike avdelinger, med forskjellige pasienter og brukere. Alle har fått opplæring og veiledning om bruk av ERM. Samtlige har over tid anvendt verktøyet i praksis. Malterud (2018, s. 58) sier ”Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra en målsetting om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen vår”. Forfatteren viser til viktigheten av at utvalget kan si noe om det vi faktisk skal undersøke. De fem informantene ble valgt ut grunnet sin kunnskap om, og kjennskap til, ERM. Alle viste til positive, så vel som negative erfaringer. Kvale & Brinkmann (2019, s. 148) sier at en må vurdere hvor mange informanter en trenger for å få svar på den en skal undersøke. Antallet informanter er ikke avgjørende i kvalitative studier. Ofte ligger antallet informanter på 15 +/- 10. Utvalget i denne studien kan anses for å være lite. Føringer fra OsloMet, hensikten med studien, tid og ressurser har lagt føringer for studien. Utvalget består av helsepersonell som har ulik bakgrunn og forskjellige erfaringer med bruk av ERM, og resultatene vurderes å være fylldig. Det kan tenkes at

inkludering av flere informanter ville gitt et mer omfangsrikt materiale, men det tas høyde for at dette kunne ha gått utover forberedelser og gjennomføring av studien.

Alle intervjuene ble gjennomført på min arbeidsplass. Jeg har kjennskap til informantene, men jobber ikke direkte med noen av dem. Det ble vurdert ikke å velge ut informanter fra egen avdeling, da det anses som viktig å være så nøytral som mulig i møtet med informanten. Etter transkripsjon og grundig gjennomgang av materialet, ser det ikke ut til at kjennskap til informantene har vært av betydning. Materialet er utfyllende og informantene holdt seg i stor grad til tematikken. Det kan ha vært slik at informantene følte seg forpliktet å delta grunnet lojalitet til meg eller tjenestestedet. En kan tenke seg at informantene ønsket å vise at de behersker ERM, og at deres respons kan ha blitt farget av dette underliggende ønsket. Motivasjonen for deltakelse er ikke kartlagt grundig, men alle informantene viste umiddelbar interesse for deltakelse.

En kan se for seg at en annen forsker ville ha kommet frem til andre resultater, da prosessen i stor grad preges av den som utfører arbeidet (Malterud, 2018). Egne interesser og erfaringer om bruk av ERM kan ha påvirket utformingen av studien. Jeg kunne relatere meg til flere av informantenes utsagn, og flere ganger måtte jeg jobbe med å løsrive meg fra egen forforståelse. Jeg har jevnlig snakket med erfarne kolleger, biveileder og hovedveileder for å søke råd og drøfte alle leddene i prosessen. Malterud (2018) anbefaler at man er flere som samarbeider om et forskningsprosjekt, slik at subjektive betraktninger blir belyst av andre sine oppfatninger.

Etter gjennomgang av transkribert materiale er det tydelig at flere av resultatene sammenfaller. Flere av informantene er, slik jeg ser det, inne på mye av det samme. Det transkriberte materialet er stort, og man kan ikke se bort fra at sentrale elementer er blitt oversett. Kvale & Brinkmann (2019) sier at det som blir ansett for å være relevant påvirkes av forskerens subjektive vurderinger.

Systematisk tekstkondensering ble vurdert til å kunne belyse studiens problemstilling, og egner seg for å analysere intervjuer. Analyseverktøyet blir beskrevet som godt egnet for de som er ferske med gjennomføring av forskning. Det er mulig å se nye eller andre mønstre, ved at man kan bevege seg frem og tilbake i arbeidet (Malterud, 2018). Det kan være en risiko at man allerede i første og andre trinn utelukker aktuelle temaer. Egne erfaringer åpner for at

sentrale elementer blir oversett. Med utgangspunkt i et stort materiale, kan enkelte av trinnene i analysen oppleves omfattende. Etter grundig arbeid med analysen sitter jeg igjen med mer oversikt over materialet. Jeg har etterstrebet å gjennomføre analysen i tråd med Malterud (2018) sin beskrivelse. Mer erfaring med forskningsarbeid og bruk av systematisk tekstkondensering ville trolig ført til at studien hadde sett annerledes ut.

Relevant forskning og teori har fått stor plass i oppgaven. Det har vært ønskelig å belyse tematikken omstendelig. I arbeidet med ERM og generelt med mennesker med alvorlig psykisk lidelse, havner en stadig i utfordrende situasjoner og mange etiske vurderinger gjør seg gjeldende.

Etter å ha gjennomført av studien, har jeg erfart at det kan se ut til å foreligge begrenset forskning omkring ERM, og metoden kan sies å være relativt ung. Teori og forskning jeg har funnet, viser at et lite antall forskere står ansvarlige. Jeg tenker at dette kan være en svakhet da mer omfangsrik forskning kunne ha bidratt til et mer nyansert bilde av tematikken. På den andre siden er artikler som er benyttet peer-reviewed og rapporter vurderes å være kvalitetssikret blant annet ved at anerkjente helseforetak har publisert disse. Materialet baserer på seg på en periode over flere år. Positive så vel som mindre positive funn og erfaringer belyses.

5.2.3 Implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning

Studien gir kunnskap om fem informanter sine erfaringer med bruk av ERM. Selv om resultatene i studien ikke kan generaliseres, vurderes det at studien kan bidra til inspirasjon hos annet helsepersonell som arbeider med ERM. Tjenestestedet hvor data er innhentet, kan trolig dra nytte av studien i sitt videre arbeide med ERM.

Flere av informantene i studien viste til utfordringer med implementering hos pasientene, og liten innsikt hos noen av pasientene ble i denne sammenheng fremhevet. Hva som gjør at informantene opplever at enkelte pasienter har liten innsikt, er ikke grundig kartlagt. Jeg ser det slik at innføring hos pasienten må tilpasses den enkelte, og at det ikke foreligger noen klar fasit for hvordan man gjør dette. Kanskje kan enkelte pasienter blir overveldet av informasjon om enda et nytt verktøy og flere skjemaer å forholde seg til. Et spørsmål jeg sitter igjen med,

er om den ansatte til enhver tid evner å tilpasse seg pasienten, slik at innføring blir mulig. Kanskje kan måten en presenterer ERM på være av betydning for å få pasienten med. Utfordringer med implementering hos personalet ble nevnt av flere informanter. Negative holdninger eller manglende forståelse hos personalet ble fremhevet. Hva disse holdningene og den manglende forståelsen skyldes, burde vært undersøkt mer inngående. Det kan se ut til at det er behov for opplæring, veiledning og oppfølging i personalgruppa. Det kan ta tid å innføre nye metoder eller verktøy. Kanskje er det slik at enkelte brenner mer for ERM enn andre, og at dette engasjementet spiller en rolle. Kanskje er det andre faktorer enn kjennskap til metoden som er av betydning for å lykkes.

Underveis i studien har det dukket opp ulike tanker om hva som kan være interessant å utforske videre. Det kunne vært nyttig å videreføre aktuell studie ved å snakke med flere informanter for å få et fyldigere materiale. Det kunne ha vært interessant å ha en oppfølgingsstudie med de samme informantene ved et senere tidspunkt for å sammenligne resultatene. Å utføre samme studie ved et annet tjenestested kunne ha vært nyttig. Flere ganger har jeg tenkt på nytteverdien av å utvide gjeldende studie med for eksempel innhenting av ulike kvantitative data ved samme tjenestested. For å belyse en annen side av samme sak, ville intervjuer med pasienter som har erfaring med ERM vært av interesse. Tjenestestedet kunne trolig dratt nytte av pasientintervjuer i sitt arbeide med ERM. Jeg mener det er viktig å få tak i pasientens opplevelser og erfaringer. Ytterligere forskning om erfaringene til helsepersonell og pasienter vil kunne bidra til nyttig kunnskap i det videre arbeidet med ERM.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med studien har vært å få større forståelse for helsepersonell sine erfaringer med bruk av Early Recognition Method (ERM).

Alle informantene fremhevet positive sider ved å bruke ERM, og alle kom inn på utfordringer ved å bruke verktøyet. Det fremkom at informantene vektla at pasientens innsikt i egen sykdom hadde betydning for om de kunne samarbeide om å bruke ERM.

Bruk av ERM over tid, kan bidra til at pasienten får mer innsikt i egen situasjon og til at personalet får større forståelse for hvordan pasienten har det. Personalet kan tydeligere se hva de skal observere hos den enkelte pasienten, og hvilke tiltak som kan være effektive. Relasjonen mellom pasient og personal ble fremhevet som viktig for å få til et samarbeid om ERM. ERM kan bidra til økt grad av brukermedvirkning, dersom pasienten er aktivt deltakende i planlegging og gjennomføring. ERM kan, i følge noen informanter, skape rom for medvirkning også om pasienten ikke deltar aktivt. Dette ved å ta utgangspunkt i observasjoner og vurderinger gjort av personalet. Bruken av ERM førte til at relevante opplysninger i større grad ble nedtegnet i journal, og rapportene ble mer systematiske. Videre medførte dette at nivået på dokumentasjonen hevet seg, noe som igjen kan bidra til kvalitetssikring av behandlingen og oppfølgingen.

Det ble vist til ulike erfaringer knyttet til å implementere ERM både hos pasientene og hos personalet. Det er ulike utfordringer. Utfordringer synes å ha en sammenheng med mangelfull innsikt hos pasienten, manglende kunnskap eller negative holdninger hos personalet.

Det er et betydelig sammenfall mellom resultatene og det teoretiske rammeverket. Begge kunnskapskildene viser til at relasjonen mellom den hjelpetrequende og den profesjonelle er sentral for at hjelpetilbudet skal bli vellykket. ERM beskrives som et verktøy hvor samhandling mellom pasient og personal er sentralt, noe som er et utgangspunkt for brukermedvirkning. Brukermedvirkning er lovfestet og helsepersonell plikter å legge til rette for at pasienter skal medvirke i eget tilbud. En rekke etiske og juridiske anliggende melder seg i arbeidet med mennesker som har alvorlige psykiske lidelser. Helsepersonell må være seg bevisst disse faktorene, og møte den hjelpetrequende med faglig kunnskap og samtidig være

varm, forståelsesfull og aktiv. Erfaring hos den profesjonelle ser ut til å være positivt. Det bør legges til rette for gjensidighet, trygghet, tillit og en god maktbalanse. Pasienten sine meninger og ønsker må vektlegges. Teorien som er benyttet for å belyse oppgaven, viser at helsepersonell som lykkes har flere av disse egenskapene.

Etter å ha oppsummert studien, ser det ut til at det bør legges til rette for oppfølging og utvikling av personalet sine kunnskaper og ferdigheter i anvendelse av ERM. De ansatte bør følges opp med veiledning, individuelt og i gruppe, slik at både den enkelte og personalgruppa bidrar til å sikre god kvalitet i arbeidet med ERM.

REFERANSELISTE

- Aoki, Y. (2020). Shared decision making for adults with severe mental illness: A concept analysis. *Japan journal of nursing science*, 17 (4), 1-14. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/jjns.12365>
- Bacha, K., Hanley, T. & Winter, L. A. (2020). 'Like a human being, I was an equal, I wasn't just a patient': Service users' perspectives on their experiences of relationships with staff in mental health services. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(2), 367-386. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/papt.12218>
- Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: Å skape rom for hverandre* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Eidhammer, G., Knutzen, M. & Fluttert, F. (2010). *Early Recognition Method (ERM) – Pilot Project Report* (Kompetansesenterets prosjektrapport 2010-1). Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst.
- Eidhammer, G., Fluttert, F., Knutzen, M. & Bjørkly, S. (2013). *Early Recognition Method – ERM: Pilotfase 2 – 2009-2013* (Kompetansesenterets prosjektrapport 2013-1). Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst.
- Eidhammer, G., Fluttert, F. A. & Bjørkly, S. (2014). User involvement in structured violence risk management within forensic mental health facilities – a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-29), 2716-2724. <https://doi.org/10.1111/jocn.12571>
- Fluttert, F., Van Meijel, B., Webster, C., Nijman, H., Bartels, A. & Grypdonck, M. (2008). Risk Management by Early Recognition of Warning Signs in Patients in Forensic Psychiatric Care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 208-216. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.06.012>

- Fluttert, F., van Mejel, B., Nijman, H., Bjørkly, S., Grypdonck, M. (2010). Detached concern of forensic mental health nurses in therapeutic relationships with patients: The application of the early recognition method related to detached concern. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(4), 266-274. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.09.002>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (IS-2076). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2018). *Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>
- Helsedirektoratet (2020, 4. august). *Psykiske lidelser – voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>


Skærbæk, E. & Lillemoen L. (2013). *Verdi og verdighet: Etikk i praksis*. Cappelen Damm AS.

Store norske leksikon (2021, 4. oktober). *Erfaring*. Hentet 4. oktober 2021 fra <https://snl.no/erfaring>

Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker: Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg 1 – Tabell med hovedtemaer og subgrupper

Tabellen presenterer oversikt over hovedtemaer og subgrupper samt stikkord om hva de ulike subgruppene omhandler.

HOVEDTEMA	INNSIKT	FORUTSIGBARHET	OPPFØLGING	IMPLEMENTERING
SUBGRUPPE	<u>Innsikt hos pasientene:</u> Manglende innsikt i egen situasjon, økt innsikt i egen situasjon ved bruk av ERM	<u>Bedre observasjons-grunnlag:</u> Mer systematisert kartlegging og observasjon, økt forutsigbarhet	<u>Relasjonelle forhold:</u> Betydningen av en god relasjon i arbeidet med ERM	<u>Implementering hos pasientene:</u> Utfordringer knyttet til implementering hos pasientene
	<u>Innsikt hos personalet:</u> Økt forståelse for pasientens situasjon	<u>Lettere å iverksette tiltak:</u> Bedre oversikt over effektive tiltak	<u>Medvirkning:</u> Mulighet for pasienten til å kunne medvirke	<u>Implementering hos personalet:</u> Utfordringer knyttet til implementering i personalgruppa
			<u>Dokumentasjon:</u> Bedre nivå på journalføring, mer relevant innhold i rapportene	

Vedlegg 2 - Intervjuguide

1. Hvilke erfaringer har du med bruk av ERM?

2. Hvilke tre sentrale endringer har ERM bidratt til i utviklingen av det faglige miljøet i avdelingen?

3. Har ERM har bidratt til at du har fått større innsikt i hvordan brukeren/pasienten har det?

- Å se brukeren/pasienten sine sårbarhetsområder
- Større innsikt i brukeren/pasienten sine tanker, følelser?

4. Hvordan kan ERM bidra til at brukeren/pasienten får større innsikt i sine utfordringer?

5. Hva tenker du om relasjonens betydning i arbeidet med ERM?

- Tenker du at en god relasjon må være på plass for at en skal lykkes i ERM-arbeidet?
- Kan ERM-arbeidet bidra til at en relasjon etableres?

6. Hvilken betydning har ERM for brukeren eller pasienten sin medvirkning i sitt oppfølgingstilbud?

7. Hvordan kan ERM videreutvikles?

Har du noen tanker om hva som kunne ha vært annerledes i selve metoden?

Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Helsepersonell sine erfaringer med bruk av Early Recognition Method (ERM), en kvalitativ studie”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få større forståelse for hvilke erfaringer helsepersonell har etter å ha jobbet med ERM. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å få større innsikt i erfaringene til helsepersonell som har fått en viss type/mengde opplæring og veiledning om bruk av ERM. I tillegg har informantene kunnskap om praktisk anvendelse av ERM. Det er ønskelig å snakke med ca. 5-6 ansatte fra ulike avdelinger. Prosjektet vil, etter planen, senest ferdigstilles i mai 2022.

Følgende problemstilling er utformet:

”Hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av Early Recognition Method (ERM) ved et døgntilbud for personer med alvorlig psykisk lidelse?”

Prosjektet gjøres med utgangspunkt i Masterstudium i psykisk helsearbeid ved OsloMet. Prosjektet skal munne ut i en masteroppgave. Noen av resultatene vil kunne bli brukt som ledd i et prosjekt ved studentens arbeidsplass, som en del av det videre ERM-arbeidet ved arbeidsplassen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet er ansvarlig for prosjektet. Studenten har fått tilsagn fra Frans Fluttert, som har startet ERM, om at han kan stille som biveileder i prosjektperioden. Fluttert er tilknyttet Kompetansesenteret ved Gaustad. Fluttert og Kompetansesenteret skal ikke ha tilgang på personopplysninger. Det kan bli aktuelt å søke generelle råd fra andre som har tilknytning til Kompetansesenteret.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget vil hentes blant ansatte ved et tjenestested som gir bistand til mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Studenten vil personlig og alene snakke med aktuelle kandidater/informanter som har erfaring med bruk av ERM. Målet er å rekruttere 5-6 informanter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Prosjektet baserer seg på kvalitativ tilnærming. Det vil bli utarbeidet en intervjuguide med rom for oppfølgingsspørsmål. Det skal tas lydopptak og notater fra intervjuene. Informantene vil informeres om hensikten med å ta lydopptak, at opptakene vil oppbevares trygt, uten innsyn fra tredjepart, samt når opptakene skal slettes. Informantene vil være anonyme.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det

vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Informantene informeres om at opplysningene som gis i forbindelse med prosjektet på ingen måte vil kunne påvirke deres arbeidssituasjon.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun studenten og hovedveileder ved OsloMet som vil ha tilgang til opplysningene som fremkommer i lydopptakene.

Det vil bli aktuelt å gi informantene koder slik at deres navn ikke knyttes til lydopptakene. Informantene vil anonymiseres, og vil ikke kunne identifiseres i publikasjon. Det sentrale er informantenes erfaringer, og personopplysninger vil ikke være relevante under utformingen av prosjektet. Informantene vil ved opptakets begynnelse informeres om at sensitive opplysninger om en selv, kolleger eller brukere/pasienter ikke skal nevnes under lydopptak.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres underveis i prosjektet. Prosjektet avsluttes når selve masteroppgaven er godkjent, noe som etter planen er medio mai 2022. Lydopptak slettes garantert ved prosjektets slutt, om mulig allerede når transkribering er gjort.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet har NSD (Norsk senter for forskningsdata AS) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
å få slettet personopplysninger om deg
å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

OsloMet ved Siv Skarstein (hovedveileder) eller Ane Johnsrud (student): 93265828.

Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen. Tlf.: 67235534 / 99302316.

E-post: ingrid.jacobsen@oslomet.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:
NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Siv Skarstein

Prosjektansvarlig (forsker/veileder)

Ane Johnsrud

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Helsepersonell sine erfaringer med bruk av Early Recognition Method (ERM)*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i intervju
- At det gjøres lydopptak av meg
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

Dersom du ønsker å trekke ditt samtykke, kan du ta kontakt med ansvarlig student via e-post.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

249856

Prosjekttittel

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Siv Skarstein , Siv.Skarstein@oslomet.no, tlf: +4748179218

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ane Johnsrud, ane_johnsrud@hotmail.com, tlf: 93255828

Prosjektperiode

14.06.2021 - 09.05.2022

Vurdering (1)

11.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 11.6.2021. Behandlingen kan starte.

TAUSHETSPLIKT

Informantene har taushetsplikt, og kan dermed ikke dele erfaringer eller situasjonsbeskrivelser som gjør brukere/pasienter identifiserbare. Vi anbefaler at informantene i forkant av intervjuene minnes om taushetsplikten, og at de gjøres bevisst på viktigheten av å unngå indirekte identifiserende kombinasjoner av bakgrunnsopplysninger om tredjepersoner.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 9.5.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som kan trekkes tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være de registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD legger til grunn at det er informasjonsskrivet er som er lastet opp under Tilleggsopplysninger som er gjeldende. Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er

avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Lykke til med prosjektet!