



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

PHA508-MOPPG-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 30-04-2021 09:00 | Termin: | 2021 VÅR |
| Sluttdato: | 14-05-2021 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Masteroppgave | | |
| Flowkode: | 203 PHA508 1 MOPPG 2021 VÅR | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|-----|
| Kandidatnr.: | 413 |
|---------------------|-----|

Informasjon fra deltaker

| | |
|----------------------|------|
| Antall ord *: | 6983 |
|----------------------|------|

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/uirksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Helsepersonells erfaringer med endringene i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017.

Health care personnel's experiences of the 2017 changes in the Mental Health Care Law consent provisions.

Anneli Meidell Hopland

Navn på masterprogrammet: PHA508 Masteroppgave

Fakultet/Institutt/program: Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS),
Masterprogram.

Veileder: Oscar Tranvåg

Innleveringsdato: 14.05.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|--|-----------|
| Sammendrag | 3 |
| <i>Nøkkelord</i> | 3 |
| Abstract | 3 |
| <i>Keywords</i> | 3 |
| Bakgrunn | 4 |
| Metode | 5 |
| <i>Utvalg</i> | 6 |
| <i>Datainnsamling</i> | 7 |
| <i>Dataanalyse</i> | 7 |
| <i>Forskningsetikk</i> | 8 |
| Funn | 8 |
| <i>Opplever at helsetilstanden til pasientene er dårligere</i> | 8 |
| <i>Opplever grovere vold og trusler fra pasientene</i> | 9 |
| <i>Opplever oftere å være slitne, anspente og engstelige</i> | 11 |
| <i>Opplever økende bekymring for at bruken av mekaniske tvangsmidler skal avvikles</i> | 14 |
| Diskusjon | 15 |
| <i>Dårligere helsetilstand hos pasientene</i> | 15 |
| <i>Økt risiko for vold og trusler på arbeidsplassen</i> | 16 |
| <i>Konsekvenser av økt vold og trusler</i> | 19 |
| Konklusjon | 21 |
| Referanseliste | 22 |

SAMMENDRAG

Denne kvalitative studien undersøker hvilke erfaringer helsepersonell har med endringen i Psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017, herunder deres erfaringer knyttet til vold og trusler fra innlagte pasienter. Deltakerne var syv helsepersonell med lang erfaring. De forteller at de opplever pasientene som sykere enn tidligere, og at de opplever en økning i vold og trusler mot personalet. Deltakerne uttrykker også en økende bekymring for at muligheten til å anvende mekaniske tvangsmidler i farlige og særlig krevende situasjoner, skal avvikles.

NØKKEORD

Helsepersonell, psykisk helsevernlov, samtykkebestemmelser, pasientens helsetilstand, vold og trusler.

ABSTRACT

This qualitative study examines what experiences health care professionals have had after the 2017 change in the Mental Health Care Act's consent provisions, including their experiences related to violence and threats from inpatients. The participants were seven experienced health care professionals. They experience patients as sicker than before and experience an increase in violence and threats against staff. The participants also express a growing concern that the possibility of using mechanical coercive measures in dangerous and particularly demanding situation will be phased out.

KEYWORDS

Health care personnel, mental health care law, consent provisions, patient health, violence and threats.

BAKGRUNN

I september 2017 ble en endring i Psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser (1999) iverksatt. Hensikten med endringen var å styrke pasienters rett til å ta egne beslutninger om å motta behandling eller ikke. Det mest sentrale i lovendringen var at pasienter med samtykkekompetanse ikke lenger skulle underlegges tvungent psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999). Dette innebærer at alle norske innbyggere, etter lovendringen, selv bestemmer om en vil ta imot psykisk helsehjelp, samt hvilken type behandling en eventuelt ønsker å motta. Lovendringen gjelder imidlertid ikke pasienter som er til fare for seg selv eller andre. Det ble innført økte krav til vedtaksbegrunnelser, og pasienter fikk i større grad enn før mulighet til å takke nei til tilbud om helsehjelp og andre tiltak i psykisk helsevern (Erfaringskompetanse, 2017).

Erfaringene så langt, er at mange pasienter nå er ved dårligere helse ved innleggelsestidspunktet, sammenlignet med tidligere. Dette blir beskrevet i en kvalitativ studie som nylig er publisert (Hamre, 2019). En tilsynsrapport fra Arbeidstilsynet (2019, s.7) viser at helsepersonell ved akuttpsykiatrisk avdeling jevnlig opplever å bli utsatt for vold og trusler fra innlagte pasienter, og at de er i kontinuerlig beredskaps for å håndtere potensielle utageringer.

Erfaringen med endringene i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser er lite utforsket, og det er derfor behov for å undersøke og beskrive dette. En litteraturgjennomgang viser at det foreligger rapporter og avisartikler som beskriver hva lovendringen har ført til, som blant annet en økning i voldsbruk fra innlagte pasienter (NRK, 2019; Nettavisen, 2019). Det har dog ikke lyktes oss å finne kvalitative studier som utforsker og beskriver helsepersonells erfaringer med lovendringen og erfaringer knyttet til vold og trusler, bortsett fra en masterstudie, som berører temaet (Hamre, 2019). Studien undersøkte helsepersonells erfaringer med det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse som betingelse for etablering av tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og tvungen behandling. Det ble identifisert fem resultat kategorier: vurderinger av samtykkekompetanse kan være komplekse og arbeidskrevende, hensyn til liv og helse opp mot selvbestemmelse og rettsikkerhet skaper etiske dilemmaer, de fleste av studiens deltakere er skeptiske til lovendringen, man ser sykere pasienter og fortvilte pårørende og det stilles spørsmål om samfunnet aksepterer større risiko for vold (Hamre, 2019, s.52-61). Etersom denne studien ikke undersøker erfaringer knyttet til vold og trusler fra pasientene knyttet til lovendringen, er det behov for å utforske og beskrive dette.

Hensikten med studien var å utforske og beskrive sykepleiere- og vernepleieres erfaringer med endringene i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017, herunder utforske og beskrive erfaringer knyttet til vold og trusler fra pasienter innlagt på lukkede akutt eller korttidsposter. Følgende forskningsspørsmål ble derfor utforsket:

Helsepersonells erfaringer med endringene i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017.

Hvilke erfaringer har helsepersonell med vold og trusler fra innlagte pasienter etter endringene i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017?

METODE

DESIGN

Studien anvender kvalitativ metode og forskningsintervju. I kvalitativ forskning forsøker en å forstå menneskelig virksomhet, menneskers opplevelses- og meningsverden, deres sosiale og kulturelle systemer og prosesser, samt de praksiser og relasjoner de skaper (Thornquist, 2018, s.205). For å utforske og besvare studiens forskningsspørsmål ble det anvendt fenomenologisk hermeneutisk metode utviklet av Lindseth og Norberg (2004). Den fenomenologiske tilnærmingen gir oss mulighet til å innhente førstehåndsbeskrivelser av livserfaringer. Målet i fenomenologiske undersøkelser er å utforske og forstå hvordan deltakerne i studien selv opplever verden de lever i (Lindseth og Nordberg, 2004, s.147). Den fenomenologiske tilnærmingen var derfor en hensiktsmessig tilnærming da studien skulle utforske og beskrive hvordan helsepersonell opplever og erfarer endringene i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser. I en slik studie kan det være viktig å videreutvikle tema som blir identifisert underveis i prosessen, og drøfte dem i lys av litteratur som allerede eksisterer om temaet. Derfor ble den metodiske rammen for prosjektet fenomenologisk hermeneutisk. Hermeneutikk er læren om tekstfortolkning og hvordan vi forstår fenomener, noe som er en naturlig del av forskningsprosessen i kvalitative studier (Lindseth og Norberg, 2004, s.147). I denne studien betyr dette at vi gjennom den fenomenologiske tilnærmingen utforsker sykepleiere og vernepleieres erfaringer og forståelse av denne – og gjennom den hermeneutiske tilnærmingen gjennomførte en fortolkning av disse. Vi kommer ikke forutsetningsløst «til saken» – vi har en forforståelse. Gjennom en hermeneutisk fortolkning

bruker vi vår forforståelse for å forstå noe mer og noe annet enn vår tidligere forforståelse (Lindseth og Nordberg, 2004, s.147-148). For å få dette til må vi som forskere gjøre oss kjent med vår forforståelse og hele tiden være kritiske til de fortolkningen vi gjør både i intervjusituasjonen og i selve analysen av intervjutekstene. Dette bygger på refleksivitet, altså hvordan vi ”posisjonerer oss“ i en kvalitativ forskningsstudie. Polit & Beck (2017, s.164) beskriver refleksivitets to sentrale aspekter: det første innebærer å anerkjenne at forskeren er en del av det som skal studeres, det andre involverer en prosess som kjennetegnes av bevisst selvrefleksjon (Polit & Beck, 2017, s.164). Dette innebærer for eksempel at vår egen erfaring som helsepersonell ved akuttpsykiatrisk avdeling, kan anvendes i rollen som forskere og brukes for å skape en trygg, åpen og tillitsfull relasjon og atmosfære i møte med studiens deltakere, som gir en god ramme for datainnsamlingen. Vår rolle som forskere var å stå på sidelinjen å være nøktern og samtidig være bevisst på hva vi som forskere bringer med oss av tankegods i møte med våre informanter og i møte med resultatene (Malterud, 2018, s.212). Som del av vår forforståelse var vi åpen for at deltakerne i studien opplever å bli utsatt for mer vold og trusler fra pasienter. Vi hadde også en forventning om at deltakerne hadde erfaringer som de direkte eller indirekte relaterte til lovendringen, men vi hadde ingen bestemte forventninger om hvilke erfaringer de kunne fortelle oss om.

For å utforske forskningsspørsmålet ble også Critical Incident Technique (Flanagan, 1954) brukt som en metodisk tilnærming for å berike datasamlingen. Dette er en metodisk tilnærming der deltakeren blir bedt om å beskrive en bestemt situasjon eller hendelse en har erfart – som ytterligere kan belyse dennes erfaringer knyttet til det tema som utforskes.

UTVALG

Deltakerne i studien bestod av sykepleiere og vernepleiere, alle med videreutdanning innen psykisk helsevern. Alle hadde vært tilsatt ved samme post i minst to år før og to år etter lovendringen i 2017. Begrunnelsen for dette var å rekruttere deltakere som hadde arbeidserfaring fra disse postene både før og etter lovendringen. Utvalget ble rekruttert fra fire ulike psykiatriske sykehus i Norge – totalt syv (7) deltakere, to menn og fem kvinner. Alle arbeidet ved en akuttpost eller en kortidspost hvor pasienter behandles for psykose, hvor pasienter ofte er underlagt tvungent psykisk helsevern, og hvor det kan oppstå utageringsproblematikk.

DATAINNSAMLING

Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte dybdeintervju, hvor en intervjuguide med åpne spørsmål ble anvendt. Intervjuguiden ble sendt til deltakerne før intervjuet. Hensikten med dette var å gi dem muligheten til å reflektere over spørsmålene som ville bli stilt under intervjuet. Intervjuguiden inneholdt spørsmål om erfaringer knyttet til vold og trusler i arbeidssituasjonen. I forbindelse med den pågående corona situasjonen Norge ble fem av intervjuene gjennomført ved hjelp av digitale verktøy som Skype, Zoom og Teams. De to øvrige intervjuene ble gjennomført ved fysiske møter siden smittevernreglene tillot dette. Det ble gjort lydopptak av alle intervju, og dette gjorde det mulig å transkribere intervjuene ordrett. Hvert intervju hadde en varighet på 45-120 minutter. Dataene som ble innsamlet belyste deltakerens erfaringer med vold og trusler, men belyste også andre viktigste erfaringer med lovendringen, noe som førte til at forskningsspørsmål har blitt omgjort til to og ikke en som det opprinnelig var i starten av prosjektet. Opprinnelig forskningsspørsmål var:

Hvilke erfaringer har sykepleiere og vernepleiere knyttet til vold og trusler fra pasienter ved lukkede poster – før og etter at samtykkebestemmelsene i Psykisk helsevernloven ble endret i 2017?

I intervjuene ble det stilt spørsmål knyttet til deres erfaringer med vold og trusler, men også mer overordnet spørsmål om deres erfaringer med endringene i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser. Her kunne deltakerne åpent fortelle om sine erfaringer med endringene i samtykkebestemmelsene.

DATAANALYSE

Lindseth og Nordberg (2004) sin fenomenologisk hermeneutiske metode ble anvendt i dataanalysen. I analysens første steg leste vi oss gjennom tekstene flere ganger for å få en overordnet forståelse av hva tekstene handler om. I det neste steg, foretok vi en strukturell analyse hvor tekstens meningsenheter ble identifisert. Meningsenhetene besto både av korte og lange substansielle formuleringer som besvarte studiens forskningsspørsmål.

Meningsenhetene ble deretter kondensert, og tema og undertema ble så formulert.

Avslutningsvis gjennomførte vi en fortolkning av intervjudata som helhet. Dette betyr at vi etter identifisering av hovedtema og subtema ble disse igjen analyserte disse i forhold til forskningsspørsmålet og teksten som helhet. Analyseprosessen medførte funn av fire hovedtema.

FORSKNINGSETIKK

Studien er godkjent av NSD. Informasjonsskriv med samtykkeerklæring ble sendt ut til sykehusenes ledelse, og informasjonsskrivene ble utdelt til aktuelle deltakere. Deltakelse i studien var basert på frivillighet og informert samtykke. Dette betyr at deltakerne ble gjort kjent med innhold og formål med studien, og hva det innebar å delta, slik at de kunne gjøre en god vurdering i forhold til om de ønsket å delta eller ikke. Informasjonen ble gitt både skriftlig og muntlig. Studiens intervjuguide ble delt ut som vedlegg til informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen. Hensikten med dette var å gi aktuelle deltakere ytterligere informasjon om hva deltakelse i studien innebar, og slik gi dem et bedre grunnlag til å vurdere om de ønsket å delta eller ikke.

Etter gjennomføringen av intervjuene ble lydopptaket skrevet ut som tekst, uten personidentifiserbare opplysninger. Dette innebar at opplysninger om navn på personer, deltakeren selv, tredjepersoner, institusjoner eller stedsnavn som ble omtalt i intervjuene ikke ble transkribert, men beskrevet som; «personen», «institusjonen», «stedsnavn». Transkribering av intervju ble gjort umiddelbart etter at intervjuet var gjennomført. Deretter ble lydopptaket slettet.

FUNN

I analysen ble det identifisert fire hovedtemaer: 1) Opplever at helsetilstanden til pasientene er dårligere, 2) Opplever grovere vold og trusler fra pasientene, 3) Opplever oftere å være slitne, anspente og engstelige, 4) Opplever økende bekymring for at bruken av mekaniske tvangsmidler skal avvikles.

Vennligst sett inn figur 1 her.

OPPLEVER AT HELSETILSTANDEN TIL PASIENTENE ER DÅRLIGERE

Alle deltakerne beskriver at pasientene som innlegges oppleves å være sykere enn pasientene var før lovendringen i 2017. De forteller at pasientene er mer psykotiske, vanskeligere å trygge og behandlingen tar lenger tid. Deltakerne forteller at de ikke ser bort fra at lovendringen kan være en medvirkende faktor for dette, da pasientene nå ofte blir innlagt senere i sykdomsforløpet enn tidligere. De forteller at selv om pasientenes helsetilstand virker

å være dårligere og at de trenger lenger tid på å bli frisk, så tar det likevel lenger tid å komme i gang med medisiner. I tillegg er det nå mindre bruk av skjerming, noe som gjør det vanskeligere å forebygge at pasienter utsettes for stimuli de grunnet sin sykdomstilstand ikke tåler. De erfarer også at pasientene i større grad enn før fremmer trusler og utøver grovere vold mot personalet:

Det vi ser ganske tydelig her er at pasienten er veldig mye dårligere enn før 2017. Det er mye mer vold og trusler enn tidligere. De er sykere enn tidligere.

En annen deltaker sier det slik:

Det er mer alvorlig. Flere som blir skadet hardt etter lovendringen. Slag, kvelning, drapsforsøk, spark, der folk har blitt truffet og alvorlig skadet. Jeg tror det er fordi pasientene er sykere før de får hjelp. Vanskeligere å trygge, nesten umulig.

Deltakerne forteller at de opplever en økning i pasienter med rusutløste psykoser. Disse pasientene erfarer å være mer aggressive enn tidligere, og deltakerne har tanker om at en medvirkende årsak til dette er at pasientene får senere hjelpen de trenger:

Spesielt ruspasientene blir skummelt dårlig. Det er noe med psykosene når de går ute lenger. De er mye mer voldelige. Det er noe med den psykosen og paranoiaen de har. De er kjemperedde. De som er redde, de går gjerne til angrep for å forsvare seg.

De forteller at de er bekymret for utviklingen – at pasientene ikke blir innlagt og får hjelp på et tidligere tidspunkt.

OPPLEVER GROVERE VOLD OG TRUSLER FRA PASIENTENE

Deltakerne forteller at de nå hyppig, ofte daglig, opplever episoder med vold og alvorlige trusler mot dem som helsepersonell. De beskriver hvordan de erfarer å motta trusler om drap, lemlestelse og tortur. De forteller at de og deres kollegaer har blitt utsatt for fysisk vold som forsøk på kvelning, slag mot alle deler av kroppen, lugging, spyting, biting, skalling, samt angrepet med kniv. De forteller også at pasienter har kastet gjenstander mot dem og har utsatt dem for seksuell trakassering, samt fremmet trusler om seksuelle overgrep:

Trusler om drap, lemlestelse, torturmetoder og hva de skal utsette oss for: Helle klorin i halsen, skjære over halsen din, skyte med våpen, knivstikking, kjøre på deg. Vold vi opplever her er forsøk på kvelning, slag mot alle deler av kroppen (hode mest), lugging, spyting, skalling, angrep med kniv.

En av deltakerne beskriver en episode hvor en av helsepersonellet på avdelingen ble antastet i etterkant av å ha blitt tatt kvelertak på:

For en kort tid siden ble et av personalet tatt kvelertak på og antastet.

Alle deltakerne forteller at igjennom sitt arbeidsforhold i psykiatrien har vært utsatt for vold og trusler. Seks av dem erfarer at vold og trusler fra pasienter er grovere og mer alvorlig nå etter lovendringen i 2017:

Jeg tenker det er økt form og mer alvorlig form for vold i etterkant av 2017. Det er mer fysisk vold. Mindre respekt er det også. Mye mer ødeleggelse, knusing av møbler og ting for å skremme mennesker. Det har gått veldig oppover.

En av deltakerne forteller at dette også gjenspeiles i den endringen hen nå opplever i sin rolle som 'kollegastøtte' – et tiltak for personale ved sykehuset som utsettes for trusler og vold fra pasienter. Hen erfarer at behovet for kollegastøtte har økt og forteller at det har vært flere henvendelser om kollegastøtte fra personalet enn før 2017:

Jeg var også kollegastøtte tidligere, altså før 2017, og da var det ikke like mye. Jeg merker forskjell. De (personalet) trengte ikke like mye støtte før 2017.

Deltakerne forteller at de har blitt fysisk skadet av pasienters voldshandlinger, og at dette også har påført dem psykiske helseutfordringer. Personale som opplever dette, blir da ute i lengre perioder med sykemelding. En av dem forteller om en situasjon der hen ble alvorlig skadet:

Jeg ble sparket i ansiktet. Jeg knakk da nesen, slo ut noen tenner og fikk hjernerystelse. Da var jeg.... det tok 7 måneder før jeg var klar fysisk. Hjernerystelsen satt godt i. Jeg var svimmel, vondt i nakken og vondt i hodet. Fikk også et kutt i leppen.

Deltakerens beskrivelse belyser et eksempel på alvorlig vold mot personale, som førte til alvorlig helseskade og langvarig sykemelding.

En av deltakerne forteller hen ikke har erfart en økning i vold og trusler i etter lovendringen, men legger til at hen er ansatt ved en rolig avdeling hvor de opplever en del trusler fra pasientene, men lite utagering og voldsbruk:

Vi har vel en ganske rolig avdeling, med lite vold. En del trusler er det, men vi har lite utageringsproblematikk.

Hen forteller at hen tror bakgrunnen for at volden ikke har økt ved deres avdeling har sammenheng med at deres pasienter først har vært innlagt ved sykehusets akuttavdeling og fått den innledende behandlingen der. De har derfor ikke innlagte pasienter ved avdelingen som har stor fare for å fysisk utagere:

Det er blitt mindre med årene, men det går mye på at akutten tar de vanskeligste sakene med en gang, og her får vi de etter de har vært innom akutten.

Deltakeren beskriver også at hen er en del av en trygg personalgruppe med lang erfaring, og at dette er noe som igjen overfører trygghet til pasientene. Deltakeren forteller at det forekommer at pasienter anvender fysisk vold:

Slag, spark, kloring, biting og lugging som går igjen. Pasienten bruker sin egen kropp til å utagere med.

Denne deltakeren forteller når de har utfordringer knyttet til fysisk utagering, men ikke i samme grad som ved andre avdelinger på sykehuset:

OPPLEVER OFTERE Å VÆRE SLITNE, ANSPENTE OG ENGSTELIGE

Deltakerne forteller at det å bli utsatt for gjentatte tilfeller av vold og grove trusler fra pasientene gjør at de nå oftere opplever å være slitne. De erfarer at det noen ganger er tungt og krevende å motivere seg til å gå på jobb – at en kan miste gleden i arbeidet:

Det er tyngre å komme seg på jobb. Man mister gleden litt, fordi det blir tyngre. Er greit når du kommer her, men det er tyngre og vanskeligere. Jeg syntes det er veldig kjekt å være på jobb nå når det er roligere, fordi det blir kjekkere å være på jobb.

De beskriver at de etter lovendringen i samtykkebestemmelsene oftere opplever å være anspente og engstelige på jobb. De mest erfarne blant personalet må overta ansvaret for arbeidsoppgaver hvor det er fare for at pasientene blir aggressive. Dette beskriver de å være fordi de har kollegaer som blir engstelige i slike situasjoner. I tillegg forteller deltakerne at de nå oftere er på vakt for å forhindre og at situasjoner skal eskalere og resultere i alvorlige voldshendelser. Dette gjelder blant annet pasienter som ikke er skjermet og som ofte må korrigeres for uakseptabel atferd. Over tid medfører denne kontinuerlige «brannslukningen» en stor belastning på helsepersonellet. Noen av deltakerne forteller at de er slitne når de

kommer hjem fra jobb, og at de i perioder ikke har energi til å delta i sosiale sammenhenger etter arbeidshagens slutt. De forteller at de da ofte kun ønsker å være i fred med sine egne tanker, og at de nå opplever slike perioder oftere enn de gjorde før:

Det jeg merker, spesielt i det siste. Når jeg sitter i bilen på vei hjem, så har jeg ikke noe energi overskudd til noen rundt meg. Hodet er fullt. Jeg skulle ønske jeg hadde litt mer overskudd, det gjelder kanskje andre typer arbeid også, men jeg tror den mentale biten hvor jeg er så sliten i hodet at jeg nesten ikke orker å høre på folk snakke.

De beskriver at det er psykisk krevende å arbeide i et arbeidsmiljø preget av alvorlig vold og trusler, og de forteller at det derfor er helt avgjørende for dem at en har gode kollegaer som støtter og tar vare på hverandre:

Det er en psykisk belastning å gå i et slikt arbeidsmiljø, men veldig godt kollegialt samarbeid er avgjørende.

Flere av dem forteller at de har fått tanker om at dette ikke er et arbeidssted de ønsker å bli værende ved i resten av sitt yrkesaktive liv. De beskriver at de ofte, mens de er på jobb, kjenner på den belastende følelsen av at det kan oppstå situasjoner på deres vakt som kan påføre dem skade:

Jeg tenker at jeg vet ikke om jeg vil jobbe her hele livet. Jeg tenker at det er egentlig ganske sykt hva man utsettes for i denne jobben. Du går jo faktisk på jobb og tenker: " I dag kan det faktisk være jeg blir slått". Det er ganske spesielt.

Å være i en arbeidssituasjon der en over tid opplever reell fare for å bli skadet, erfares som utmattende og psykisk belastende, og er noe de ikke kan se at de vil makte å stå i, over tid.

De fleste av deltakerne forteller at krevende situasjoner som de opplever på jobben, også har innvirkning på deres fritid. Noen beskriver et økt behov for å snakke med andre om andre ting, noen forteller å bekymre seg for at kollegaer skal bli skadet og noen forteller at de kan bli liggende våken med slike vonde tanker når en skal sove. Dette medfører at det en kommer sliten på jobb. Noen av dem beskriver at de etter å ha opplevd vold på arbeidsplassen kan kjenne på en redsel for å treffe pasienten på fritiden, og at en opplever det som vanskelig å være alene - spesielt den første tiden etter voldshendelsen:

Man går hele tiden og er på vakt. Jeg er bekymret for kollegaene mine. Jeg kan gå hjem fra jobb og være redd for at noen blir skadet. Jeg tar det med meg hjem, og det gjorde jeg ikke før. Jeg blir sliten. Jeg går og legger meg og tenker; Håper det har gått bra i dag. Og mister søvn. Kommer på jobb og er trøtt og er ikke helt på slik som jeg burde vært når jeg jobbet et slikt sted.

To av deltakerne forteller imidlertid at det de opplever i arbeidstiden ikke påvirker dem i fritiden. De beskriver hvordan de har forsonet seg med at vold og trusler fra pasienter er noe som følger med det å arbeide ved avdelingen, og at dette er noe de etter hvert har blitt vant med.

De beskriver at når vold og trusler er blitt en del av deres arbeidshverdag, så utvikler det seg en slags aksepterende holdning med en form for normalisering av vold og trusler – at dette er noe de må leve med, og forsøke å håndtere på best mulig måte:

En drapstrussel, det er noe vi får hver eneste dag, det er noe vi bare må stå i. Det er jo ikke alle som tåler det. Så det er jo faktisk eneste arbeidsplassen i hele Norge hvor en er nødt til å godta det. Ingen andre godtar det.

En annen deltaker uttrykker seg slik:

Jeg ble jo angrepet, slått, kloret og sparket sammen med drapstrusselen forrige uke. Det er mye slikt, men man klarer jo på et vis å ta imot.

Alle deltakerne forteller at gode kollegaer og god ledelse er svært viktig for dem og deres opplevelse av trygghet. Når de opplever at deres leder er til stede, er lyttende og støttende bidrar dette til at de føler seg tryggere. Når ledelsen er lydhør på når det er behov for ekstra ressurser, blant annet økt bemanning på enkelte vakter, så bidrar dette til at en klarer å holde ut de mest krevende periodene. Deltakerne beskriver også hvor viktig det er for dem at alle sikkerhetstiltak blir fulgt når en skal gi helsehjelp til pasienter med alvorlig voldshistorikk. Fem av deltakerne påpeker for eksempel at det hos dem legges stor vekt på at det alltid er to personale til stede ved skjerming av pasienter med alvorlig voldshistorie, og at ekstra personell blir hentet inn som tiltak for å forebygge utageringer:

Det er stort fokus på å bemanne opp hvis det er risiko for utagering, da bemanner vi godt opp.

De forteller at slike sikkerhetstiltak kan bidra til mindre sykefravær, økt trygghet og større trivsel hos personalet. Dette gjør at de i en krevende arbeidssituasjon kan oppleve at sykehusets ledelse vektlegger å ivareta deres sikkerhet og helse:

Vi har en ledelse som setter sikkerhet og trygghet veldig høyt. Så vi bruker nok alt for mye penger, men sparer på at folk ikke er sykemeldte. Da tar de inn på føre var, det er ikke slik at de venter til det skjer, når man vet at ting kan potensielt skje.

Når ledelsen lytter til personalet, forstår de utfordringene de står overfor og setter inn tilstrekkelige sikkerhetstiltak, så bidrar dette til å øke personalets opplevelse av sikkerhet og å forebygge potensielle skader.

OPPLEVER ØKENDE BEKYMRING FOR AT BRUKEN AV MEKANISKE TVANGSMIDLER SKAL AVVIKLES

Seks av deltakerne forteller at de ikke ønsker å jobbe ved avdelingen dersom forslaget om å fjerne mekaniske tvangsmidler fra psykiatriske avdelinger i Norge blir vedtatt. De beskriver at det knyttes stor bekymring til dette forslaget, og de uheldige konsekvensene en slik endring kan få. Mekaniske tvangsmidler omtales av alle deltakere som et tiltak som kun anvendes når ingen lempeligere midler har kunnet forhindre utviklingen av en potensielt helsefarlig voldshandling. De forteller at de tenker mye på hvordan fremtiden vil bli, og uttrykker stor bekymring for at mekaniske tvangsmidler ikke lenger skal kunne anvendes i farlige utageringssituasjoner. De ser med stor bekymring på at dette vil kunne føre til økt fare for helseskader hos både pasienter og helsepersonell:

Da går jeg ut døren. Sier seg selv at folk kommer til å bli skadet, det er rett og slett farlig. Det er helt klart at det er folk i systemet som ikke forstår hva som skjer i en utagering og hvor heldige vi er at det går skikkelig gale så sjeldent. Sannsynligheten for å bli skadet blir for stor for meg. Det er nok sykemeldinger allerede nå når vi har belter.

En deltaker hadde imidlertid en annen oppfatning og forteller at hen ikke er bekymret over at bruken av mekaniske tvangsmidler blir avviklet:

Jeg har ingen problemer med det. Vi har hatt en opptrapping av personalet siden 2017. Den ble økt på bakgrunn av synergier med økt forekomst av vold.

Denne deltakeren forteller at det ved deres avdeling har vært en opptrapping som følge av en økning i vold og trusler fra innlagte pasienter. Flere av de andre deltakerne påpeker dersom forslaget blir vedtatt må det iverksettes flere tiltak for å forhindre at det oppstår helsefarlige situasjoner:

Man kan ikke bare ha et MAP kurs (Møte med aggressjonsproblematikk-kurs), men flere ganger i året. Det kommer til å bli fastholdinger som varer i det uendelige. Det blir mer skade, helt klart. De kommer nok til å lage litt tiltak, også tar man en evaluering og ser at kanskje de burde gjort mer. Da må de øke bemanning, det tror jeg ikke skjer heller.

Deltakeren forteller at hen har liten tro på at det vil bli iverksatt tilstrekkelig alternative tiltak som vil bidra til at det er trygt å arbeide ved deres avdeling. Hen er også bekymret for hvilke skadelige følger dette kan få for pasientene, og undrer seg over hvilke tiltak som da skal iverksettes istedenfor mekaniske tvangsmidler:

Vet ikke helt hvordan de har tenkt å løse det, jeg.; låse pasienter inne på isolatet? Er det det vi skal bruke i stedet? Da blir man redd. Når man ligger i belter har du en med deg. Ved isolasjon er du alene... Det må være mye verre, tenker jeg.

Deltakeren oppfatter tiltak som langvarig fastholding og innlåsing av alvorlige syke og farlige pasienter er tiltak som ikke er egnet til å verne om slike pasientenes og personalets behov for sikkerhet og verdighet i disse situasjonene.

DISKUSJON

Studien utforsket helsepersonells erfaringer med endringene i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser, herunder erfaringene med vold og trusler fra pasientene – etter at samtykkebestemmelsene ble endret i 2017. Deltakere i studien var sykepleiere og vernepleiere med videreutdanning i psykiatri og hvor alle jobbet klinisk med pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern.

DÅRLIGERE HELSETILSTAND HOS PASIENTENE

Samtlige deltakere opplever pasientenes helsetilstand som mye dårligere nå, enn før lovendringen i 2017. Deltakerne opplever at pasientene har mer uttalte psykoser, at de er mer utrygge, mer verbalt og fysisk utagerende og at de har behov for lengre innleggelse. Psykose er: «En sinnstilstand med svekket virkelighetsoppfatning. Dette gir seg utslag i forstyrret persepsjon, som er den tankemessige bearbeidelsen av sanseintrykk, eller tenkning» (Aarre

et al, 2009, s.57). Studien indikerer at pasienter kan ha mer fremtredende positive psykotiske symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser og kaotisk atferd. Deltakerne uttrykker bekymring for at det de så langt har erfaring bare er en begynnelse og at man ennå ikke helt har sett det verste av konsekvensene av denne lovendringen. De forteller at de ikke tror at det var dette som var intensjonen med lovendringen, men erfarer at denne har fått flere uheldige følger for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Noe de beskriver å se virkningen av på avdelingene. Hensikten med endringen var å styrke pasienters rett til å ta egne beslutninger om å motta behandling eller ikke. Det mest sentrale i lovendringen var at pasienter med samtykkekompetanse ikke lenger skulle underlegges tvungent psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999). Endringen har ifølge deltakerne ført til at det tar lenger tid før pasientene kommer inn for behandling da terskelen for å legges inn på tvang er økt. Dermed går det lenger tid før de får helsehjelp, og at de da står i fare for å ha mer uttalte psykiske lidelsessymptomer når de blir innlagt til behandling.

Studiens funn om at pasientene oppleves som sykere ved innleggelse, støtter oppunder funnene i studien til Hamre (2019). I denne tidligere studien stilles det også spørsmål om samfunnet aksepterer større risiko for vold (Hamre, 2019, s.52-61). Hamre (2019) undersøkte ikke erfaringer rundt vold og trusler fra pasienter innlagt ved psykiatrisk avdeling, dette ble undersøkt i vår studie. Som et av resultatene fra vår studie viste det seg at det i etterkant av lovendringen i 2017 vært en økning i vold og trusler mot helsepersonellet som jobber ved disse avdelingene.

ØKT RISIKO FOR VOLD OG TRUSLER PÅ ARBEIDSPLASSEN

Deltakerne beskriver at de nå hyppig, ofte daglig, opplever episoder med alvorlig vold og trusler. De forteller også at pasientene er mer aggressive og at volden er mer alvorlig enn tidligere, likevel tar det lenger tid å starte medisiner og det brukes mindre skjerming. Isdal (2018) definerer vold som: «.. enhver bruk av fysisk makt for å skade andre» (Isdal, 2018, s37). Vold kan deles inn i fem undergrupper; fysisk, seksuell, materiell, psykisk og latent vold (Isdal, 2018, s.41). Volden helsepersonellet i denne studien opplever faller inn under alle disse undergruppene. Om pasientene med hensikt går inn for å skade helsepersonellet kan en her ikke hevde, ettersom pasientene har alvorlige psykiske lidelser, herunder psykoser. Ettersom pasienter med psykose har svekket virkelighetsoppfatning og det er vanskelig å vite hvilken virkelighet pasienten opplever på tidspunktet volden utøves. I denne studien oppleves pasientene sykere i etterkant av lovendringen og det kan tenkes at den opplevde økningen av vold og trusler har en sammenheng med det. I en arbeidsbok utarbeidet av flere

fagorganisasjoner (2009) beskrives det at årsakene til vold og trusler kan være mange og sammensatte. Det trenger ifølge dem ikke være personlig rettet mot den som er arbeidstaker, men mot det systemet denne representerer (Kommunesektorens organisasjon, 2009). Ettersom de pasientene som deltakerne er med å behandle stort sett er tvangsinnlagt, kan det tenkes at vold og trusler fra pasientene også kan ha en sammenheng med hva helsepersonellet på avdelingene representerer, nemlig tvangen pasientene er underlagt. Det påpekes også at vold og trusler kan være et uttrykk for frustrasjon, avmakt og desperasjon (KS, 2009).

Helsepersonellet som jobber ved lukkede poster hvor pasienter er innlagt mot sin vilje har en form for makt overfor pasientene, da de representerer et system med makt til å foreta tvangsinnleggelser, gjennomføre tvangsmedisinering og anvende tvangsmidler, ha låste dører m.v. Max Weber (1971) definerer makt som «Ett eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand» (Weber, 1971, s.53). Definisjonen kan overføres til arbeidet som gjøres med lukkede avdelinger hvor pasienter er underlagt tvangstiltak. Pasientene kan utøve motstand i form av å formelt klage, samt ytre verbal og fysisk motstand. Så lenge pasienten får avslag på klagen, har helsepersonellet makt til å anvende de tvangstiltak som vedtaket omfatter. Et eksempel på dette er tvangsvedtak på medikamentell behandling, noe deltakerne i studien beskriver kan være en trigger for vold og trusler når dette anvendes i praksis. I en slik situasjon går helsepersonellet og pasient inn i en asymmetrisk makt – motmakt relasjon som kan føre til at det oppstår farlige situasjoner hvor det kan oppstå skader hos dem som er involvert. Helsepersonellet har igjennom sin profesjon og fattede vedtak myndighet til å gjennomføre tvangstiltak som vedtaket omfattet og pasient må forholde seg til det. En avmektig posisjon har nær sammenheng med følelser som aggresjon, frykt og skam (Norvoll, 2013, s.81). Pasienter kan reagere med å yte motmakt, enten verbalt eller fysisk – slik som deltakerne beskriver, nettopp vold og trusler rettet mot helsepersonellet. Helsepersonellet som utsettes for vold og trusler kan også settes i en avmektig posisjon. Dette kan skje tilfeller hvor de ikke har mulighet til å yte motmakt, da pasienten for eksempel er større og sterkere enn en selv. Dette kan for eksempel oppstå i situasjoner hvor en ikke får den hjelp og assistanse en har behov for i en krevende og potensielt farlig situasjon. En av deltakerne beskriver en slik erfaring, hvor alarmsystemet ikke fungerte og vedkommende ble stående alene i situasjonen. I denne situasjonen kunne deltakeren bli utsatt vold og samtidig ha begrenset mulighet til å beskytte seg. Isdal (2018) beskriver at opplevelsen av avmakt vil variere, og er knyttet til den

enkeltes mulighet til å beskytte seg selv, samt ens tidligere erfaringer med liknende situasjoner (Isdal, 2018, s.138).

Når vold utøves har den potensielt tre aktører; offeret, utøveren og en eventuell observatør. Volden vil fortone seg forskjellig avhengig av hvilket perspektiv den blir sett fra. Offeret for volden, vil i gjerningsøyeblikket ofte kjenne på redsel, mens utøveren vil kjenne på sinne. (Isdal, 2018, s.136-139). Redsel er en vanlig reaksjon når man utsettes for vold, noe også flere av deltakerne beskriver. Ettersom volden kan oppleves som et traume, kan den få en varig innflytelse på dem som opplever den (Isdal, 2018, s. 138-140). Jensen og Ulleberg (2011) beskriver at vi tolker, avgrensner, tillegger mening, legger merke til og reagerer ut fra hvem vi er og hva vi har lært. Virkeligheten vil altså se forskjellig ut fra person til person, med tanke på hva vi har opplevd tidligere i livet. Samtidig som all erfaring er subjektiv, er også relasjonen helt grunnleggende når det gjelder vår måte å observere, tolke og forstå virkeligheten på (Jensen og Ulleberg, 2011, s.29).

Helsepersonellet som tidligere har opplevd vold, kan ta med seg dette videre i møte med nye pasienter. Dette kan styrke deres måte å møte andre voldelige pasienter på i form av at en vet hvordan håndtere situasjonen og hvordan en reagerte forrige gang. Likså kan det prege dem i møte med nye pasienter hvis de ikke har bearbeidet negative følelser og opplevelsen av redsel fra en tidligere opplevd voldsepisode. Dette beskriver en av deltakeren om hvordan hen endret atferd overfor en pasient, da denne minnet deltakeren om en tidligere erfaring med vold og trusler.

Som helsepersonell ved psykiatriske avdelinger må en nytte seg av kommunikative ferdigheter og teknikker for å kunne samhandle med pasienter (Håkonsen, 1999, s.94). God kommunikasjon bør ifølge Håkonsen (1999, s94): «... være effektiv og målrettet, men vel så viktig er det at samhandlingen oppleves positiv for pasienten, og at en ikke bare nytter kommunikasjon som et middel for å nå et mål». Om personalet er preget av tidligere erfaringer, er slitne, anspent og engstelige, kan dette være vanskelig å oppnå. Dette fordi den profesjonelle kommunikasjonen kan endre seg og det kan påvirke hvordan pasienten opplever samhandlingen. På denne måten kan det også være vanskelig å oppnå en god relasjon til pasientene. Relasjoner kan forstås som: «.. betegnelse på forbindelse eller forhold mellom to eller flere. De relasjonene vi tenker på her, er de mellom profesjonsutøver og klient, pasienter, elever eller foresatte» (Jensen og Ulleberg, 2011, s. 46). Noen relasjoner vil være tette, omfattende og viktige, mens andre er mer flyktige og avgrenset (Jensen og Ulleberg, 2015,

s.20). For å få til et godt samarbeid med pasientene er en avhengig av en god relasjon. Deltakerne beskriver utfordringer knyttet til å opparbeide en god relasjon til pasientene spesielt i forbindelse med at helsetilstanden til pasientene oppleves dårligere. Vanskeligere å trygge, vanskeligere å komme i kontakt og vanskeligere å få dem til å forstå grunnleggende husregler på avdelingen. Dette vanskeliggjør gode betingelser for å etablere en god allianse og en bærekraftig samarbeidsrelasjon med pasienten.

KONSEKVENSER AV ØKT VOLD OG TRUSLER.

Ettersom vold og trusler kan oppleves som et traume, kan den få en varig innflytelse på den som opplever det (Isdal, 2018, s. 138-140). Helsepersonellet forteller at det å bli utsatt for gjentatte tilfeller av vold og grove trusler fra pasientene gjør dem slitne, ansente og engstelige. Det påpekes at på arbeidsplasser hvor det utøves vold og trusler, er sjansen for gjentakelse stor (KS, 2009). Dette kan lett bli grobunn for usikkerhet, engstelse, ansenthet, nervøsitet, rastløshet, angst og irritasjon, noe som deltakerne beskriver er tilfellet. Dette er velkjente psykososiale konsekvenser av et utrygt arbeidsmiljø (KS, 2009). Med psykososiale forhold forstås de psykiske og sosiale faktorene som har betydning for helse, motivasjon og trivsel på jobb (Johnsen, 2015, s.50). Deltakerne forteller at de nå oftere må være på vakt for å forhindre og at situasjoner skal eskalere og resultere i alvorlige voldshendelser. De beskriver at den kontinuerlige "brannslukningen" medfører over tid stor belastning, både psykisk og fysisk. Dette er en indikasjon på at det psykososiale arbeidsmiljøet kan oppleves som utrygt. Deltakerne opplever at gjentatte hendelser med vold og trusler gjør dem slitne. Opplevelsen av vold som et traume, spesielt gjentatte voldtraumer, vil kunne sette den som opplever det i en kronisk beredskapstilstand både fysisk og psykisk. Den kroniske beredskapen vil gjøre at den som opplever det ikke får hvile, noe som kan være sterkt nedbrytende over tid (Isdal, 2018, s.139). Dette beskrives flere av deltakerne i form av å være i beredskap og tenke på jobben når de er hjemme. Dette er indikasjoner på at den totale belastningen har hatt psykososiale konsekvenser for deltakerne.

Som følge av den uheldige utviklingen deltakerne opplever i forbindelse med lovendringen, har det ført til en bekymring for avvikling av mekaniske tvangsmidler. I den foreslåtte Tvangsbegrensingsloven omtales dette slik: «Det er ikke tillatt å bruke mekaniske innretninger som hindrer personens bevegelsesfrihet i undersøkelse og behandling i psykisk helsevern, heller ikke der personen samtykker ...» (Regjeringen, 2019). Hvis dette gjennomføres vil det være stor risiko for skade i farlige situasjoner, noe deltakerne også

beskriver med at de da kommer til å finne seg andre jobber. Bjørkeli (1997) beskriver pleiepersonell som en spesielt utsatt gruppe for vold i Norge. Funnene i vår studien gir også en indikasjon om hvorfor det vil være uhensiktsmessig både for pasienter og helsepersonellet. Den psykososiale belastningen deltakerne beskriver vil mest sannsynlig ikke bli mindre hvis tryggheten med å kunne bruke mekaniske tvangsmidler forsvinner.

Deltakerne opplever at en eventuell avvikling av bruken av mekaniske tvangsmidler vil kunne vanskeliggjøre å gi pasientene den omsorgen de har behov for i situasjoner der lempeligere midler ikke reduserer faren for skade, samt verne både pasienter og helsepersonell fra å bli skadet. Hvis helsepersonellet ikke klarer å beskytte pasienter og seg selv i slike situasjoner, vil dette kunne hindre helsepersonellet i å utøve en forsvarlig behandling av pasientene. Pasient og brukerrettighetsloven (1999) understreker viktigheten av å etablere et godt tillitsforhold mellom pasient, bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkeltes pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd. Helsehjelpen til pasienter uten samtykkekompetanse, skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, noe som kan bli vanskelig i situasjoner hvor pasienten mister kontroll og ikke er i stand til å beskytte seg selv. Som deltakerne i studien trekker frem, vil det da være viktig å stille spørsmål om en avvikling av bruken av mekaniske tvangsmidler vil kunne føre til økt bruk av kortvarig fastholding og isolasjon – som uønsket og utilsiktet følge av en slik avvikling. Fastholding kan føre til fysiske skader som synlige blåmerker og ribbeinsbrudd (Vatne, 2015, s. 66). Økt bruk av kortvarig fastholding og isolasjon vil mest sannsynlig medføre større skade og belastning på pasienter og personalet. Hvis mekaniske tvangsmidler fjernes mener deltakerne at det sannsynligvis vil øke sjansen for flere skader hos pasienter og helsepersonell. Dette er i så fall noe som vil kunne komme i konflikt med Arbeidsmiljølovens formål (2005), som er å sikre et arbeidsmiljø: «... som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet». Denne studien viser at helsepersonellet etter endringen i loven i 2017 erfarer å bli utsatt for grovere vold og trusler fra innlagte pasienter, og belyser deres bekymring for at en eventuell avvikling av bruken av mekaniske tvangsmidler vil bidra til å øke faren for fysiske og psykiske helseskader hos pasienter og helsepersonell.

KONKLUSJON

Samtlige deltakere i denne studien opplever at den psykiske helsetilstanden til pasienter som innlegges nå er dårligere enn før endringen i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017. Funnene indikerer at pasientene nå kan ha mer fremtredende positive psykotiske symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser og kaotisk atferd. Studien viser at helsepersonellet opplever at pasientene nå utsetter dem for grovere voldshandlinger og trusler enn tidligere, og at helsepersonellet erfarer dette som en fysisk og psykisk helseutfordring, som også får implikasjoner for deres privatliv og fritid. Deltakerne uttrykker også en stor bekymring til forslaget om at mekaniske tvangsmidler skal fjernes fra psykiatriske avdelinger i Norge, og hvordan dette vil påvirke deres mulighet til å utøve forsvarlig behandling av pasientene, samt bevare sin egen sikkerhet i sitt arbeid som helsepersonell. Funnene kan gi implikasjoner for praksis ved å gi økt kunnskap om erfaringer helsepersonell har ved akuttpsykiatriske avdelinger og øke fokuset på tiltak som kan gi en bedre og tryggere arbeidshverdag. Det kan være behov for videre forskning på erfaringer pasientene har med endringen i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017.

REFERANSELISTE

Arbeidstilsynet. (4/12-2019). Tilsynsrapport – Helse Bergen HF 983974724. ref.nr: 2019/17345.

Aarre, T. F., Bugge, P. & Juklestad S.I. (2009) Psykiatri for helsefag. Fagbokforlaget

Bjørkeli, S. (1997). Aggresjon og vold. Cappelen Akademisk Forlag AS.

Flanagan, J.C. (1954). Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327–358.
<https://doi.org/10.1037/h0061470>

Hamre, A. (2019). Manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent psykisk helsevern. [Masteroppgave, Høgskolen i Innlandet]

Heggen, F. (2019, 6.desember). En oppskrift på mer vold mot ansatte i psykiatrien. Nettavisen. <https://www.nettavisen.no/nyheter/en-oppskrift-pa-mer-vold-mot-ansatte-i-psykiatrien/s/12-95-3423890869>

Håkonsen, K.M. (1999). Mestring og relasjon – psykologi med eksempler fra sykepleie. Universitetsforlaget.

Isdal, P. (2018). Meningen med volden (2. utg.). Kommuneforlaget AS.

Jensen, P & Ulleberg, I. (2011). Mellom ordene- kommunikasjon i profesjonell praksis. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johnsen, L. (2015). Helse Medarbeider Sjukehus. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kommunesektorens organisasjon. (2009). Trusler og vold på arbeidsplassen.

Kommunesektorens organisasjon.

<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/arbeidsmiljo-og-hms/trusler-og-vold-pa-arbeidsplassen/>

Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145- 153.
doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x

Emnekode: PHA508, Kandidatnummer: 413, Innleveringsfrist: 14.05.2021 Kl.14.00

Malterud, K. (2018). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4. utg.). Universitetsforlag.

[Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helsevern.](#) (2017, 01.september).

[Endringer i psykisk helsevernloven. Erfaringskompetanse.](#)

<https://erfaringskompetanse.no/nyheter/endringer-psykisk-helsevernloven/>

Norvoll, R. (2013) Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Otterlei, S.S. (2019, 17.desember). Mener lovendring slo feil ut: Ansatte blir skallet, drapstruet og tatt kvelertak på. NRK. https://www.nrk.no/vestland/mener-lovendring-slo-feil-ut_-ansatte-blir-skallet_-drapstruet-og-tatt-kvelertak-pa-1.14820534

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#KAPITTEL_5

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

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (10th ed. ed.). Philadelphia, Wolters Kluwer.

Regjeringen. (2019, 18.juni). Tvangsbegrensingsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>

Thornquist, E. (2003). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vatne, S. (2015). Korrigere og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Weber, M. (1971). Makt og byråkrati. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Til Tidsskrift for psykisk helsearbeid.

Ansvarlig redaktør - Rita Sørly, Førsteamanuensis, Institutt for barnevern og sosialt arbeid,
UiT Norges arktiske universitet

Vi takker for muligheten til å sende inn følgende artikkelmanuskript med tanke på å kunne
publisere dette i Tidsskrift for psykisk helsearbeid:

*Helsepersonells erfaringer med endringene i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i
2017.*

Forfattere

Anneli Meidell Hopland, psykiatrisk sykepleier med master i psykisk helse- og rusarbeid og
Oscar Tranvåg, førsteamanuensis, Høgskulen på Vestlandet.

Deres tidsskrift retter seg mot kunnskapsformidling og formidler teori, forskning,
fagutvikling, klinisk erfaring og debatt innen psykisk helsearbeid. Denne studien utforsker og
beskriver erfaringer sykepleiere og vernepleiere har med lovendringen, herunder deres
erfaringer knyttet til vold og trusler fra pasienter innlagt på lukkede psykiatriske akutt- eller
kortidsposter. Vi håper dere vil vurdere artikkelen som aktuell for publisering hos dere.

Vi bekreftet at manuskriptet tidligere ikke har vært sendt til andre tidsskrift.

Bergen, 14.05.2021.

Vennlig Hilsen

Anneli Meidell Hopland og Oscar Tranvåg.

Kontaktperson for forfatterne:

Anneli Meidell Hopland, Psykiatrisk sykepleier med master i psykisk helse- og rusarbeid.

Høgskulen på Vestlandet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS), Masterprogram.

Nyhavn 25,

5042 Bergen

Norge

Telefon: 45237560

Epost: annelihop92@gmail.com

Endringsmelding i forbindelse med prosjektet:

”Helsepersonells erfaringer med vold og trusler før og etter endringen i Psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017. ”

Prosjektnummer: 615215

I forbindelse med Covid-19-pandemien har vi sett oss nødt til å gjøre noen endringer i prosjektet vårt.

Følgende endringer er gjort:

1) Seks av intervjuene vil bli gjennomført digitalt:

Intervju med deltakere som befinner seg i Trondheim, Oslo og Stavanger vil bli gjennomført via nettbasert program (zoom, teams eller skype). Dette er på bakgrunn av reiseveien og fare for spredning av smitte. Intervju med deltakerne fra Bergen vil bli gjennomført som planlagt, da jeg bor i Bergen.

2) Opptak av intervjuene vil foregå på følgende måte:

I intervjusituasjonen vil jeg benytte meg av privat pc. Det vil også bli benyttet privat lydopptaker. Det er blitt nødvendig å løse det på denne måten da Høgskulen på Vestlandet (HVL) har vanskelig for å garantere at lydopptaker er tilgjengelig frem i tid; de har ikke prosedyrer hvor det er mulig å avtale lån av opptaker, i god tid. Dette gjør det vanskelig å inngå avtaler med deltakerne og å gjennomføre intervjuene, da det ikke er en garanti for at jeg får låne opptaker de dagene jeg skal gjennomføre intervju.

3. Hvordan sikre at personvernet blir ivaretatt?

Lydopptaket vil bli skrevet ut som tekst, uten personidentifiserbare opplysninger. Dette innebærer at opplysninger om navn på personer, deltakeren selv, tredjepersoner, institusjoner eller stedsnavn som blir omtalt i intervjuene ikke blir transkribert, men beskrevet som; «personen», «institusjonen», «stedsnavn» Transkribering av intervju vil bli gjort umiddelbart etter at intervjuet er gjennomført. Deretter vil lydopptaket bli slettet. De transkriberte intervjuene lagres på privat, passord beskyttet pc. Opprinnelig plan var å anvende HVLS forskningsserver, men ifølge HVL v/ Anne-Mette Somby, *fagansvarlig for forskningsetikk og personvern i forskning*, er forskningsserveren pr. nå tidkrevende og vanskelig å bruke, og

dette kan medføre ulemper for studenter som har begrenset tid til å gjennomføre masterprosjektene sine.

Vi gjør oppmerksom på at det ikke skal innhentes personidentifiserbare opplysninger om deltakerens bakgrunn eller helsetilstand.

Endringene er i tråd med HVLs midlertidige retningslinjer og gjort etter dialog med:

Anne-Mette Somby

Fagansvarleg for forskningsetikk og personvern i forskning / Avdeling for forskning, internasjonalisering og innovasjon / Høgskulen på Vestlandet

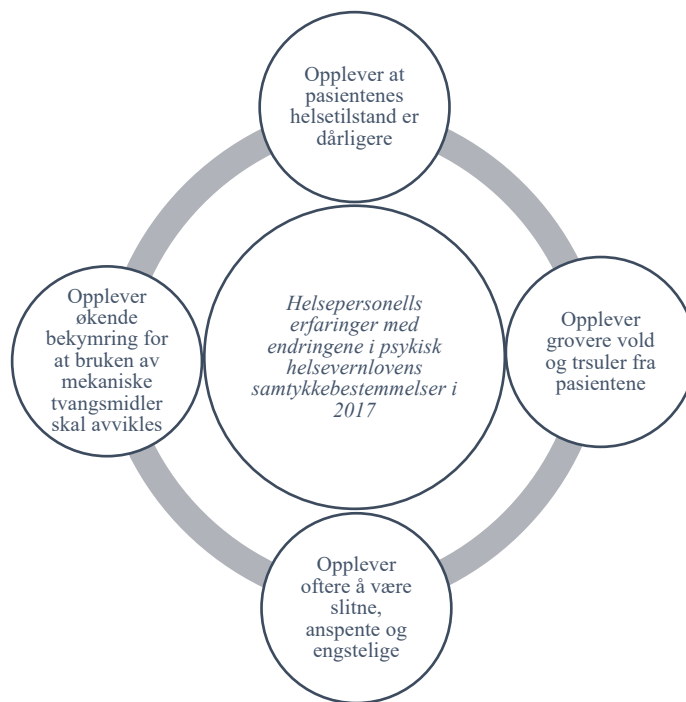
Vennlig hilsen

Anneli Meidell Hopland, masterstudent

Oscar Tranvåg, førsteamanuensis og veileder

Høgskulen på Vestlandet

Figur 1. Helsepersonells erfaringer med endringene i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017.



KRAV TIL MANUSKRIPTER

Alle manuskripter som sendes inn for vurdering til Tidsskrift for psykisk helsearbeid (TPH) må være skrevet i tråd med kravene som er beskrevet her. Manus som ikke er i tråd med de følgende retningslinjer, vil bli avvist.

Redaksjonen ønsker å unngå tingliggjørende og sykeliggjørende språk og begrepsbruk og oppfordrer alle forfattere til en kritisk gjennomgang av språk og begrepsbruk i egne tekster før de sendes til redaksjonen. Generelt ønsker vi å understreke at manuskripter til tidsskriftet skal fokusere på psykisk helsearbeid. Redaksjonen ønsker at forfattere bruker dette begrepet som fellesbetegnelse for det arbeidet som gjøres i psykisk helse-feltet. Ellers ber vi om at forfatterne bruker de offisielle betegnelse på tjenestene – for eksempel "psykisk helsevern".

Vitenskapelige artikler, vitenskapelige essay og fagartikler skal inneholde inntil 5 000 ord, inkludert litteraturliste, noter, tittel, nøkkelord, forfatterinformasjon og sammendrag på norsk og engelsk. Gode eksempler, essay og fortellinger skal inneholde inntil 3 000 ord. Kritisk blikk og bokanmeldelser skal inneholde inntil 1 500 ord.

Alle tekster leveres i fonten Times New Roman, skriftstørrelse 12, linjeavstand 1,5. Tidsskriftet benytter tre grader av overskrifter: Artikkelens tittel/undertittel, avsnittstittel og undertittel. Forfattere skal levere manuskripter med ren tekst. Dette betyr ingen bruk av innrykk, tabulator, fet skrift, understrekning, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskrifter.

Alle manuskripter skal inneholde en tittelside med:

Forfatternavn og yrkestittel

Fødselsår

Nåværende utdanning og arbeidssted

Adresse

E-postadresse

Tittel på teksten

Hvilken sjanger

Antall tegn brukt i manus og antall tabeller og figurer.

KRAV TIL VITENSKAPELIGE ARTIKLER, VITENSKAPELIGE ESSAY OG FAGARTIKLER

Alle fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde:

Kort norsk sammendrag på inntil 100 ord.

4–6 nøkkelord på norsk og engelsk.

Litteraturreferanser, alfabetisk ordnet etter APA 7. versjon – se eget punkt.

Engelsk versjon av det norske sammendraget på inntil 100 ord og tittelen på artikkelen. Dette skal plasseres etter det norske sammendraget.

Alle artikler, både vitenskapelige og fagartikler, skal oppgi referansenummer fra behandlingen i REK eller NSD. Dette skal oppgis på tittelsiden, ikke i teksten.

Forfattere som ønsker å publisere i TPH må garantere at manuskriptet ikke er under vurdering i et annet tidsskrift. Dersom innsendt artikkel har blitt publisert tidligere i et nasjonalt eller internasjonalt tidsskrift, skal dette opplyses om ved førstegangskontakt med TPH. Kilden skal også oppgis i tekstens innledning med referanse i litteraturlisten.

Vitenskapelige artikler

Vitenskapelige artikler kan utformes i ulike genre. De som er basert på egne undersøkelser, kan organiseres etter overskriftene Bakgrunn, Metode (studiens design, utvalg, datainnsamling, dataanalyse og forskningsetikk), Funn, Diskusjon og Konklusjon.

Vitenskapelige manuskripter vil først bli vurdert av redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, vil det bli vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle, men redaksjonen er ikke forpliktet til å benytte seg av denne. Tidsskrift for psykisk helsearbeid praktiserer dobbelt anonym fagfellevurdering, det vil si at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

Vitenskapelige essay

Essay skal ha en fortellende form. Sjangeren er både en undersøkelsesmetode og en litterær metode, og dette forventes reflektert i teksten. Formen er gjerne assosiativ og sirkulær, og teksten kan være skrevet i første person entall. I motsetning til en vitenskapelig artikkel, er ikke essayet bygd opp med innledning, drøfting og konklusjon, men teksten skal ha en rød tråd som går igjen gjennom hele manuskriptet. Tema skal omhandle psykisk helsearbeid, og være av vitenskapelig karakter. Forfatteren må gjerne være personlig, men ikke privat i teksten. Allmenngyldige tema, hvor gjenkjennelse er et sentralt element er viktig. Teksten skal bære preg av en dialogisk struktur.

Vitenskapelige essay vil, i likhet med vitenskapelige artikler, først bli vurdert av redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, vil det bli vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle, men redaksjonen er ikke forpliktet til å benytte seg av denne. Tidsskrift for psykisk helsearbeid praktiserer dobbelt anonym fagfellevurdering, det vil si at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

Fagartikler

Fagartikler vurderes av redaksjonen med tanke på relevans, innhold og form. Fagartiklene skal i særlig grad tilby perspektiver, forståelse, erfaring og viten med praktisk relevans. Målgruppen er praksisfeltet.

På tittelsiden skal forfatterne angi om artikkelen ønskes vurdert som en vitenskapelig artikkel eller som en fagartikkel.

Det er redaktøren som til slutt avgjør om en fagartikkel, vitenskapelig artikkel eller vitenskapelig essay kan publiseres.

TABELLER OG ILLUSTRASJONER

Tabeller og figurer markeres i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges manus som separate dokumenter. Tidsskriftet ønsker ikke bruk av fot- eller sluttnoter i manus.

MEDFORFATTERSKAP

For medforfatterskap kreves at en oppfyller Vancouverreglene. Det vil si at medforfatter(e) har bidratt med idé, planlegging og utforming eller analyse og innsamling eller fortolkning av data, har medvirket ved utarbeidelse eller kritisk innholdsmessig revidering av manuskriptet og godkjenning av det endelige manuskriptet. Bidrag skal være vitenskapelig redelig og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/>).

LITTERATURHENVISNINGER I TEKSTEN

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og årstall for publisering i parentes, eksempel: (Sundelin, 1987 – det skal være komma mellom forfatter og årstall). Hvis det er tre eller flere forfattere, skal du kun bruke førsteforfatter etterfulgt av «et al.,». Ved direkte sitat føres forfatter, årstall og sidetall rett etter sitatet, eksempel: (Andersen, 2007, s. 12).

Henvisninger til flere verk føres på følgende måte: (Andersen, 2007; Waaktaar, 2000). Se ellers: <https://sokogskriv.no/referansestiler/apa-7th.html>.

REFERANSELISTE

Referanselisten skrives til slutt etter hovedteksten. Tidsskriftet bruker 7. utgave av referansesystemet til Publication Manual of the American Psychological Association (APA). Se nettstedet over som gir en god innføring i hvordan referanser føres i dette systemet.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har være spennende og tidkrevende. Masterstudiet er gjennomført ved siden av full jobb, noe som har bydd på utfordringer underveis, men det er godt å endelig være i mål. År, måneder, dager og timer med arbeid er forbi og det har gitt meg en bedre innsikt i en verden jeg har hatt innblikk i tidligere – som psykiatrisk sykepleier på akutt psykiatrisk avdeling. Denne masteroppgaven setter punktum for en lang og krevende periode, og jeg har mange jeg ønsker å takke for uvurderlig hjelp i denne perioden.

Studien hadde aldri vært mulig å gjennomføre uten deltakerens vilje til å stille opp til intervju. En stor takk til dere sykepleiere og vernepleiere som har delt deres erfaringer med meg, og gitt meg et datamateriale med substans.

En stor takk går også til min veileder Oscar Tranvåg. Du har bidratt med fantastisk veiledning og konstruktive tilbakemeldinger som har hjulpet meg langt på vei.

Jeg ønsker også å takke min mann Sindre Sanden og øvrig familie, for tålmodighet, oppmuntring og støtte i denne perioden.

Artikkelen er skrevet som en oppgave gjennom masterstudiet i Psykisk helse- og rusarbeid. Inspirasjonen til studien kommer fra mitt arbeid som psykiatrisk sykepleier på akutt psykiatrisk avdeling og hvor temaet var noe jeg ønsket å fordype meg i. Konteksten for studiet omhandler helsepersonells erfaringer med lovendringen i psykisk helsevernloven, herunder deres erfaringer rundt vold og trusler.

Tema er relevant i forhold til studiets læringsutbytte, fordi det innebærer flere av læringsutbyttene for masterstudiet.

Jeg har valgt å skrive artikkel uten kappe som en av de alternative eksamensformene ved dette masterstudiet. Dette er på bakgrunn av at det var denne eksamensformen jeg opplevde passet meg best og jeg hadde et ønske om at kunnskapen skal ut til folket. Tidsskriftet jeg sikter meg mot å publisere i er Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Dette tidsskriftet retter seg mot kunnskapsformidling og formidler teori, forskning, fagutvikling, klinisk erfaring og debatt innen psykisk helsearbeid. Tidsskriftet er også Nordens eneste tidsskrift innen sitt felt og gir

uttelling på nivå 1 i universitet og høyskolesystemet for publisering. Jeg skriver en vitenskapelig artikkel og følger forfatterveiledningen til dette valgte tidsskriftet.

Anneli Meidell Hopland, 14.05.2021

Mastergradsstudent ved Høgskulen på Vestlandet.

GODKJENNING NSD ETTER ENDRINGSMELDING.

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 615215 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

NSD har vurdert endringen registrert 01.12.2020.

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 meldeskjemaet med vedlegg den 08.12.2020. Behandlingen kan fortsette. Skype, Zoom og Teams har blitt lagt til som databehandlere i prosjektet.

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

Tore A. K. Fjeldsbø

Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

GODKJENNING NSD:

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 615215 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

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 meldeskjemaet den 14.08.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

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: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.08.2021.

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 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

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 videre behandles 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

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. 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. **OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

På bakgrunn av den pågående Corona situasjonen ble det sendt endringsmelding til NSD som lød følgende:

Endringsmelding i forbindelse med prosjektet:

”Helsepersonells erfaringer med vold og trusler før og etter endringen i Psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017. ”

Prosjektnummer: 615215

I forbindelse med Covid-19-pandemien har vi sett oss nødt til å gjøre noen endringer i prosjektet vårt.

Følgende endringer er gjort:

1) Seks av intervjuene vil bli gjennomført digitalt:

Intervju med deltakere som befinner seg i Trondheim, Oslo og Stavanger vil bli gjennomført via nettbasert program (zoom, teams eller skype). Dette er på bakgrunn av reiseveien og fare for spredning av smitte. Intervju med deltakerne fra Bergen vil bli gjennomført som planlagt, da jeg bor i Bergen.

2) Opptak av intervjuene vil foregå på følgende måte:

I intervjusituasjonen vil jeg benytte meg av privat pc. Det vil også bli benyttet privat lydopptaker. Det er blitt nødvendig å løse det på denne måten da Høgskulen på Vestlandet (HVL) har vanskelig for å garantere at lydopptaker er tilgjengelig frem i tid; de har ikke prosedyrer hvor det er mulig å avtale lån av opptaker, i god tid. Dette gjør det vanskelig å inngå avtaler med deltakerne og å gjennomføre intervjuene, da det ikke er en garanti for at jeg får låne opptaker de dagene jeg skal gjennomføre intervju.

3. Hvordan sikre at personvernet blir ivaretatt?

Lydopptaket vil bli skrevet ut som tekst, uten personidentifiserbare opplysninger. Dette innebærer at opplysninger om navn på personer,

deltakeren selv, tredjepersoner, institusjoner eller stedsnavn som blir omtalt i intervjuene ikke blir transkribert, men beskrevet som; «personen», «institusjonen», «stedsnavn» Transkribering av intervju vil bli gjort umiddelbart etter at intervjuet er gjennomført. Deretter vil lydopptaket bli slettet. De transkriberte intervjuene lagres på privat, passord beskyttet pc. Opprinnelig plan var å anvende HVLs forskningsserver, men ifølge HVL v/ Anne-Mette Somby, *fagansvarlig for forskningsetikk og personvern i forskning, er*

forskningsserveren pr. nå tidkrevende og vanskelig å bruke, og dette kan medføre ulemper for studenter som har begrenset tid til å gjennomføre masterprosjektene sine.

Vi gjør oppmerksom på at det ikke skal innhentes personidentifiserbare opplysninger om deltakerens bakgrunn eller helsetilstand.

Endringene er i tråd med HVLs midlertidige retningslinjer og gjort etter dialog med:

Anne-Mette Somby

Fagansvarleg for forskningsetikk og personvern i forskning / Avdeling for forskning, internasjonalisering og innovasjon / Høgskulen på Vestlandet

Vennlig hilsen

Anneli Meidell Hopland, masterstudent

Oscar Tranvåg, førsteamanuensis og veileder Høgskulen på Vestlandet

GODKJENNING ENDRINGSMELDING:

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 615215 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt:

NSD har vurdert endringen registrert 01.12.2020.

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 meldeskjemaet med vedlegg den 08.12.2020. Behandlingen kan fortsette. Skype, Zoom og Teams har blitt lagt til som databehandlere i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Tore A. K. Fjeldsbø

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Informasjon om forskningsprosjektet

« Helsepersonells erfaringer med vold og trusler før og etter endringen i Psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017 »

Dette er et informasjonsskriv om et mitt forskningsprosjekt om sykepleieres og vernepleieres erfaringer med vold og trusler fra pasienter innlagt ved psykiatriske akuttavdelinger – før og etter at Psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser ble endret i 2017. I dette informasjonsskrivet gir vi deg opplysninger om prosjektets mål og hva deltakelse i dette vil innebære for deltakerne. Målet med dette informasjonsskrivet er at dere skal få grunnleggende informasjon som dere kan dele med deres ansatte, hvor de kan få mulighet til å delta om de ønsker det.

Formål

Studiens mål er å utforske og beskrive de erfaringer som sykepleiere og vernepleiere har knyttet til vold og trusler fra pasienter innlagt ved psykiatriske akuttavdelinger før og etter at Psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser ble endret i 2017. Hensikten med prosjektet er å utvikle ny kunnskap om temaet som kan bidra å belyse sykepleiere og vernepleieres arbeidssituasjon i forhold til vold og trusler. Følgende forskningsspørsmål vil derfor bli utforsket:

Hvilke erfaringer har sykepleiere og vernepleiere knyttet til vold og trusler fra pasienter ved lukkede poster – før og etter at samtykkebestemmelsene i Psykisk helsevernloven ble endret i 2017?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet, ved Institutt for helse- og omsorgsvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor er ansatte ved deres sykehus aktuelle for deltakelse?

Vi ønsker å rekruttere sykepleiere og vernepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid hvor deltakerne jobber som arbeider ved på en akuttpost eller kortidspost ved deres sykehus – hvor pasienter behandles for psykose og har utageringsproblematikk. Postene som deltakerne arbeider ved må være lukkede poster hvor pasientene er innlagt under tvungen psykisk helsevern. Deltakerne må minst ha to års arbeidserfaring ved den samme posten, før Psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser ble endret i 1.september 2017. Vi ønsker å rekruttere deltakere som har erfaring fra å arbeide ved en slik akuttpost eller kortidspost både før og etter at samtykkebestemmelser i Psykisk helsevernloven ble endret 1.september 2017. Dette innebærer at vi ønsker å rekruttere deltakere som har minimum to års arbeidserfaring fra akuttpost eller kortidspost før lovendringen, og som fortsatt arbeider ved samme / tilsvarende post.

Vi ønsker å rekruttere deltakere fra flere psykiatriske sykehus – to deltakere fra hvert sykehus, en kvinne og en mann, hvor en er sykepleier og en er vernepleier, begge med videreutdanning inne psykiske helsearbeid.

Hva innebærer det for aktuelle deltakere å delta?

Deltakelse i prosjektet innebærer å delta i et individuelt forskningsintervju med masterstudent Anneli Meidell Hopland. Varigheten på intervjusamtalen vil være om lag 1,5 - 2 timer. I intervjusamtalen vil deltakere få spørsmål om deres erfaringer og tanker om vold og trusler fra innlagte pasienter før og etter lovendringen i samtykkebestemmelsene. En oversikt over hovedspørsmålene i intervjusamtalen er vedlagt her (se siste side i dette informasjonsskrivet).

På bakgrunn av covid-19-pandemien med tilhørende smittevern hensyn, vil intervju andre steder enn i Bergen kommune, bli gjennomført via nettbasert plattform (Zoom, Teams eller Skype).

Gitt prosjektets tematikk kan det være at en i intervjuet kommer inn på deltakernes helsetilstand. Hvis deltakere ønsker å dele opplysninger om sin helse og sosiale forhold og gir uttrykkelig samtykke til det, vil disse opplysningene bli avidentifisert slik at det ikke vil være mulig for andre å identifisere personen.

Det presiseres at det skal ikke innhentes personidentifiserbare opplysninger om deltakerne. Intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Dette innebærer at identifiserende bakgrunnsopplysninger som navn, alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser skal utelates, og at det utvises forsiktighet ved bruk av eksempler under intervjuene. Deltakerne vil i forkant av intervjuene bli gjort oppmerksom på hensynet til personvernet, og bedt om å omtale personer utenfor utvalget på en så generell måte som mulig. Intervjuene vil utforske informantenes perspektiver slik disse er her-og-nå, og hvor eksempler, dvs. en kombinasjon av tidligere pasienterfaringer, omtales i nåtid. Hendelser utelates dersom disse er av en så spesiell karakter at de involverte kan bli identifiserbare i datamaterialet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Deltakere kan de når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deltakerne vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for dem hvis de ikke vil delta, eller dem som deltar men senere velger å trekke sitt samtykke.

Personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker opplysninger

Deltakernes opplysninger vil bli konfidensielt behandlet igjennom pseudonymisering av data (World Medical Association, 2018). Personvern og anonymitet vil slik sikres. I tråd med NSD sine regler gjennomføres pseudonymisering ved at personentydige kjennetegn hos deltakerne er erstattet med et nummer, en kode, fiktive navn eller lignende, som viser til en atskilt liste med de direkte personopplysningene (koblingsnøkkel). Ved pseudonymisering av data sørger en for at for eksempel navn, alder, adresse osv. lagres slik at ingen andre enn forskerne kan gjenkjenne hvem dette er, hvor personen bor osv. Intervjudata og direkte personidentifiserbare opplysninger vil bli holdt atskilt opplysninger som deltakerens navn, adresse og fødselsdato vil bli lagret på Høgskulen i Bergen (HVL) sin server for forskningsdata.

Det vil bli brukt en privat diktafon slik at det kan tas lydopptak av intervjuene. Lydopptaket vil deretter bli skrevet ut som tekst, men uten personidentifiserbare opplysninger. En kode knyttet til den enkelte deltaker i deltakerprotokollen til det tilhørende transkriberte intervjuet. Opplysninger om navn på personer, institusjoner, steder, samt opplysninger om deltakeren selv, tredjepersoner, institusjoner eller stedsnavn som blir omtalt i intervjuene, blir ikke

transkribert. Lyddopptak blir transkribert umiddelbart etter intervjuet, og deretter slettet. Transkribert, avidentifisert intervjuetekst lagres på privat, passord beskyttet pc.

Kun mastergradskandidat Anneli Meidell Hopland og veileder/prosjektansvarlig førsteamanuensis / postdoktor Oscar Tranvåg vil kjenne identiteten til deltakerne. Ved innlevering av masteroppgave og ved publisering av studien vil deltakerne i studien ikke kunne gjenkjennes av andre. Kun deltakernes yrkestittel, antall år i yrket, antall år ved den aktuelle posten, og kjønn vil bli oppgitt. Navnene på sykehusene vil ikke bli omtalt.

Datamaterialet vil ved prosjektslutt bli oppbevart uten personopplysninger, slik at vi kan forske videre på anonyme data ved behov. Resultatene vil bli publisert i vitenskapelige tidsskrift, samt formidlet på konferanser, i generelle nyhetsmedier, og i undervisningssammenheng – slik at kunnskapen kommer flest mulig til gode.

Hva skjer med opplysningene når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 30.08.2021. Datamaterialet vil ved prosjektslutt bli oppbevart uten personopplysninger, slik at vi kan forske videre på anonyme data ved behov.

Deltakernes rettigheter

Deltakerne vil i informasjonsskrivet få informasjon om retten til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om dem,
- å få rettet personopplysninger,
- få slettet personopplysninger,
- få utlevert en kopi av personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deltakerne?

Vi behandler opplysninger om deltakere basert på deres samtykke. På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har Norsk senter for forskningsdata (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket (referanse 615215).

Hvor kan dere finne ut mer?

Hvis du har spørsmål knyttet til studien, så ta kontakt med:

- Anneli Meidell Hopland, mastergradsstudent ved Høgskulen på Vestlandet.
E-post: annelihop92@gmail.com eller telefon: 452 37 560.
- Oscar Tranvåg, prosjektansvarlig, er førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet.
E-post: oscar.tranvag@hvl.no eller telefon 922 30 018.
- Trine Anikken Larsen personvernombudet ved Høgskulen på Vestlandet, telefon 555 87 682

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. E-post: personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anneli Meidell Hopland, masterstudent

Oscar Tranvåg, prosjektansvarlig

Høgskulen på Vestlandet

Intervjuguide – en oversikt over hovedspørsmålene i intervjusamtalen

1. Hvor lenge har du jobbet ved sykehuset?
2. Har du annen erfaring innen psykiatri?
3. Hvor lenge er det siden du ble ferdig utdannet sykepleier/vernepleier og når tok du videreutdanning?
4. Hvilke erfaringer med vold og trusler har du i forhold til jobbsituasjonen din?
5. Kan du fortelle om en situasjon der du opplevde bli utsatt for vold eller trusler fra en pasient? Hvis du har opplevd vold og trusler fra pasient, kan du fortelle hvilken form for vold dette var?
6. Hvordan opplever du hverdagen i forhold til vold og trusler før og etter endringen i psykisk helsevernloven i 2017?
7. Hvordan vil du beskrive forekomsten av vold og trusler fra innlagte pasienter før 2017?
Opplever du en endring i form av hvilken type vold som blir utført og alvorlighetsgraden i det?
8. Hva opplever du er med å påvirke vold og trusler?
9. Hvordan opplever du at vold og trusler påvirker arbeidshverdagen din?
10. Hvordan opplever du at situasjonen på jobb påvirker deg privat?
11. Hvis du har opplevd vold og trusler, hvilken oppfølging fikk du i etterkant og hvordan opplevde du det?
12. Hvis du har opplevd vold og trusler, hvilke tiltak ble iverksatt i etterkant?

Oppfølgingsspørsmål:

1. Hva erfarer/oplever du å være bakgrunnen for det?
2. Kan du fortelle om en situasjon der du opplevde dette?

Vil du delta i forskningsprosjektet

Helsepersonells erfaringer med vold og trusler før og etter endringen i Psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke sykepleieres og vernepleieres erfaringer med vold og trusler fra pasienter innlagt ved psykiatriske akuttavdelinger – før og etter at Psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser ble endret i 2017. I dette informasjonsskrivet gir vi deg opplysninger om prosjektet og hva deltakelse i prosjektet vil innebære.

Formål

Studiens mål er å utforske og beskrive de erfaringer som sykepleiere og vernepleiere har knyttet til vold og trusler fra pasienter innlagt ved psykiatriske akuttavdelinger før og etter at Psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser ble endret i 2017. Hensikten med prosjektet er å utvikle ny kunnskap om temaet som kan bidra å belyse sykepleiere og vernepleieres arbeidssituasjon i forhold til vold og trusler. Følgende forskningsspørsmål vil derfor bli utforsket:

Hvilke erfaringer har sykepleiere og vernepleiere ved lukkede poster innen tvungen psykisk helsevern med vold og trusler – før og etter at samtykkebestemmelsene i psykisk helsevernloven ble endret i 2017?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet, ved Institutt for helse- og omsorgsvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å rekruttere sykepleiere og vernepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid hvor deltakerne jobber på en akutt eller kortidspost hvor pasienter behandles for psykose og har utageringsproblematikk. Postene deltakerne jobber på må være lukkede poster hvor pasientene er innlagt under tvungen psykisk helsevern.

Deltakerne skal være sykepleiere og vernepleiere med videreutdanning innen psykisk helsevern. Deltakerne må minst ha to års erfaring i fra samme post fra tiden før lovendring ble iverksatt 1. september 2017. Slik vil vi kunne rekruttere deltakere som har arbeidserfaring fra disse postene både før og etter lovendringen trådte i kraft. Vi ønsker å rekruttere deltakere fra flere psykiatriske sykehus – to deltakere fra hvert sykehus, en kvinne og en mann, hvor en er sykepleier og en er vernepleier, begge med videreutdanning innen psykiske helsearbeid.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i prosjektet innebærer at du deltar i et individuelt forskningsintervju med masterstudent Anneli Meidell Hopland. Varigheten på intervjusamtalen vil være om lag 1,5 - 2 timer. I intervjusamtalen vil du få spørsmål om dine erfaringer og tanker om vold og trusler fra innlagte pasienter før og etter lovendringen i samtykkebestemmelsene. En oversikt over hovedspørsmålene finner du vedlagt.

På bakgrunn av covid-19-pandemien med tilhørende smittevern hensyn, vil intervju andre steder enn i Bergen kommune, bli gjennomført via nettbasert plattform (Zoom, Teams eller Skype). Det presiseres at det ikke skal innhentes personidentifiserbare opplysninger om deltakerne.

Intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Dette innebærer at identifiserende bakgrunnsopplysninger som navn, alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser skal utelates, og at det utvises forsiktighet ved bruk av eksempler under intervjuene. Deltakerne vil i forkant av intervjuene bli gjort oppmerksom på hensynet til personvernet, og bedt om å omtale personer utenfor utvalget på en så generell måte som mulig. Intervjuene vil utforske informantenes perspektiver slik disse er her-og-nå, og hvor eksempler, dvs. en kombinasjon av tidligere pasienterfaringer, omtales i nåtid. Hendelser utelates dersom disse er av en så spesiell karakter at de involverte kan bli identifiserbare i datamaterialet.

Gitt prosjektets tematikk kan det være at en i intervjuet kommer inn på deltakernes helsetilstand. Hvis deltakere ønsker å dele opplysninger om sin helse og sosiale forhold og gir uttrykkelig samtykke til det, vil disse opplysningene bli avidentifisert slik at det ikke vil være mulig for andre å identifisere personen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta, eller senere velger å trekke deg.

Som deltaker har du også rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger
- få slettet personopplysninger
- få utlevert en kopi av personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av personopplysninger

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker opplysninger

Deltakernes opplysninger vil bli konfidensielt behandlet igjennom pseudonymisering av data (World Medical Association, 2018). Personvern og anonymitet vil slik sikres. I tråd med NSD sine regler gjennomføres pseudonymisering ved at personentydige kjennetegn hos deltakerne er erstattet med et nummer, en kode, fiktive navn eller lignende, som viser til en atskilt liste med de direkte personopplysningene (koblingsnøkkel). Ved pseudonymisering av data sørger en for at for eksempel navn, alder, adresse osv. lagres slik at ingen andre enn forskerne kan gjenkjenne hvem dette er, hvor personen bor osv. Intervjudata og direkte personidentifiserbare opplysninger vil bli holdt atskilt opplysninger som deltakerens navn, adresse og fødselsdato vil bli lagret på Høgskulen i Bergen (HVL) sin server for forskningsdata.

Det vil bli brukt en privat diktafon slik at det kan tas lydopptak av intervjuene. Lydopptaket vil deretter bli skrevet ut som tekst, men uten personidentifiserbare opplysninger. En kode

knyttet til den enkelte deltaker i deltakerprotokollen til det tilhørende transkriberte intervjuet. Opplysninger om navn på personer, institusjoner, steder, samt opplysninger om deltakeren selv, tredjepersoner, institusjoner eller stedsnavn som blir omtalt i intervjuene, blir ikke transkribert. Lydopptak blir transkribert umiddelbart etter intervjuet, og deretter slettet. Transkribert, avidentifisert intervjutekst lagres på privat, passord beskyttet pc.

Kun mastergradskandidat Anneli Meidell Hopland og prosjektansvarlig førsteamanuensis Oscar Tranvåg vil kjenne identiteten til deltakerne. Ved innlevering av masteroppgave og ved publisering av studien vil deltakerne i studien ikke kunne gjenkjennes av andre. Kun deltakernes yrkestittel, antall år i yrket, antall år ved den aktuelle posten, og kjønn vil bli oppgitt. Navnene på sykehusene vil ikke bli omtalt.

Datamaterialet vil ved prosjektslutt bli oppbevart uten personopplysninger, slik at vi kan forske videre på anonyme data ved behov. Resultatene vil bli publisert i vitenskapelige tidsskrift, samt formidlet på konferanser, i generelle nyhetsmedier, og i undervisningssammenheng – slik at kunnskapen kommer flest mulig til gode.

Hva skjer med opplysningene når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 30.08.2021. Datamaterialet vil ved prosjektslutt bli oppbevart uten personopplysninger, slik at vi kan forske videre på anonyme data ved behov.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har Norsk senter for forskningsdata (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket (referanse 615215).

Hvor kan du finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter beskrevet ovenfor, så ta kontakt med:

- Anneli Meidell Hopland, mastergradsstudent ved Høgskulen på Vestlandet.
E-post: annelihop92@gmail.com eller telefon: 452 37 560
- Oscar Tranvåg, prosjektansvarlig, er førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet.

E-post: oscar.tranvag@hvl.no eller telefon 922 30 018

- Trine Anikken Larsen personvernombudet ved Høgskulen på Vestlandet, telefon 555 87 682

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. E-post: personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17

Sykepleiere og vernepleiere som oppfyller kriteriene til deltakelse, og som samtykker til å delta, bes signere vedlagte samtykkeerklæring og ta kontakt med masterstudent Anneli Meidell Hopland eller prosjektansvarlig Oscar Tranvåg.

Samtykkeerklæringen, og en oversikt over hovedspørsmålene i intervjusamtalen, finner du på de neste sidene.

Med vennlig hilsen

Anneli Meidell Hopland, masterstudent,

Oscar Tranvåg, prosjektansvarlig,

Høgskulen på Vestlandet

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Helsepersonells erfaringer med vold og trusler før og etter endringen av Psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelle intervju
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet
- at datamaterialet ved prosjektslutt kan bli oppbevart uten personopplysninger, for å kunne anvendes til videre forskning

(Dato og prosjektdeltakerens underskrift)

(Navn på den som har informert prosjektdeltakeren om prosjektet)

Intervjuguide – en oversikt over hovedspørsmålene i intervjusamtalen

1. Hvor lenge har du jobbet ved sykehuset?
 2. Har du annen erfaring innen psykiatri?
 3. Hvor lenge er det siden du ble ferdig utdannet sykepleier/vernepleier og når tok du videreutdanning?
 4. Hvilke erfaringer med vold og trusler har du i forhold til jobbsituasjonen din?
 5. Kan du fortelle om en situasjon der du opplevde bli utsatt for vold eller trusler fra en pasient? Hvis du har opplevd vold og trusler fra pasient, kan du fortelle hvilken form for vold dette var?
 6. Hvordan opplever du hverdagen i forhold til vold og trusler før og etter endringen i psykisk helsevernloven i 2017?
 7. Hvordan vil du beskrive forekomsten av vold og trusler fra innlagte pasienter før 2017? Opplever du en endring i form av hvilken type vold som blir utført og alvorlighetsgraden i det?
 8. Hva opplever du er med å påvirke vold og trusler?
 9. Hvordan opplever du at vold og trusler påvirker arbeidshverdagen din?
 10. Hvordan opplever du at situasjonen på jobb påvirker deg privat?
 11. Hvis du har opplevd vold og trusler, hvilken oppfølging fikk du i etterkant og hvordan opplevde du det?
 12. Hvis du har opplevd vold og trusler, hvilke tiltak ble iverksatt i etterkant?
- Oppfølgingsspørsmål:
1. Hva erfarer/oplever du å være bakgrunnen for det?

2. Kan du fortelle om en situasjon der du opplevde dette?

Intervjuguide:

1. Hvor lenge har du jobbet ved sykehuset?
2. Har du annen erfaring innen psykiatri?
3. Hvor lenge er det siden du ble ferdig utdannet sykepleier/vernepleier og når tok du videreutdanning?
4. Hvilke erfaringer med vold og trusler har du i forhold til jobbsituasjonen din?
5. Kan du fortelle om en situasjon der du opplevde bli utsatt for vold eller trusler fra en pasient? Hvis du har opplevd vold og trusler fra pasient, kan du fortelle hvilken form for vold dette var?
6. Hvordan opplever du hverdagen i forhold til vold og trusler før og etter endringen i psykisk helsevernloven i 2017?
7. Hvordan vil du beskrive forekomsten av vold og trusler fra innlagte pasienter før 2017? Opplever du en endring i form av hvilken type vold som blir utført og alvorlighetsgraden i det?
8. Hva opplever du er med å påvirke vold og trusler?
9. Hvordan opplever du at vold og trusler påvirker arbeidshverdagen din?
10. Hvordan opplever du at situasjonen på jobb påvirker deg privat?
11. Hvis du har opplevd vold og trusler, hvilken oppfølging fikk du i etterkant og hvordan opplevde du det?
12. Hvis du har opplevd vold og trusler, hvilke tiltak ble iverksatt i etterkant?

Oppfølgingsspørsmål:

1. Hva erfarer/oplever du å være bakgrunnen for det?
2. Kan du fortelle om en situasjon der du opplevde dette?

Tittelside

Forfatter: Anneli Meidell Hopland, Psykiatrisk sykepleier

Fødselsår: 1992

Utdanning: Utdannet sykepleier med videreutdanning i psykisk helse og rusarbeid, samt fullført masterutdanning i psykisk helse og rusarbeid.

Arbeidssted: Psykiatrisk Klinikk, Helse Bergen - akuttpsykiatrisk avdeling for psykoselidelser.

Adresse: Nyhavn 25, 5042 Bergen.

Epostadresse: annelihop92@gmail.com

Tittel: *Helsepersonells erfaringer med endringene i psykisk helsevernlovens samtykkebestemmelser i 2017.*

Sjanger: Psykiatri og psykisk helsearbeid

Antall tegn: 6983

Antall tabeller og figurer: 1

Referansenummergodkjenning NSD: 615215