

# Prehospital transport av psykisk ustabile pasienter

Pasientenes og ambulansarbeidernes opplevelser av psykiatriambulansen, ordinær ambulanse og politiet

Thomas Fuglerud



Masteroppgave

Det medisinske fakultet

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2017



© Forfatter

År: 2017

Tittel: Prehospital transport av psykisk ustabile pasienter

Forfatter: Thomas Fuglerud

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Allkopi, Drammen

# Sammendrag

Temaet vedrørende transport av psykisk ustabile pasienter har i senere tid fått et stadig større fokus på flere områder, også på politisk nivå. I 2014 fikk de ulike regionale helseforetakene i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å foreta vurderinger av ulike tiltak i hensikt av å finne hensiktsmessige organisatoriske løsninger som også ville bedre tilbudet for pasienten på dette området.

I utredning av ulike løsninger valgte Vestre Viken gjennom prosjektet ”*Trygg og god transport av psykisk ustabile pasienter*” å etablere en psykiatriambulans som var bemannet med en ambulansarbeider og to personell fra psykiatrisk avdeling. Prosjektet hadde en varighet på seks måneder, og funnene i denne masteroppgaven har vært en del av sluttrapporten og prosjektevalueringen.

I undersøkelsen ble fem av ambulansarbeiderne og ni av pasientene intervjuet om deres erfaringer med bruk av psykiatriambulansen, ordinær ambulans og politiet ved transport av psykisk ustabile pasienter. Psykiatriambulansen med dens personell, med kompetanse på både akuttmedisinske og psykiatriske problemstillinger, fikk utelukkende positive tilbakemeldinger. Både pasientene og ambulansarbeiderne mente denne ressursen representerte nødvendig og rett kompetanse når det gjaldt vurdering, behandling og transport av psykisk ustabile pasienter i den prehospital fase. Når det gjaldt erfaringene med ordinær ambulans og politiet, fremkom det kritiske bemerkninger til hvordan disse ressursene håndterte slike oppdrag. Isolert sett kan det derfor være indikasjoner for at psykiatriambulansen bedret den prehospital transportsituasjonen for de pasienten som fikk dette tilbudet. Imidlertid må man se dette i en større sammenheng, samt i lys av de helsepolitiske føringene om likeverdig tilbud til befolkningen, hvor en slik ressurs da vil ha en begrenset kapasitet til å nå et slikt mål. På bakgrunn av dette vurderes det på nåværende tidspunkt som mer hensiktsmessig å iverksette ulike kompetansehevede tiltak ovenfor det prehospital personellet vedrørende vurdering, behandling og transport av psykisk ustabile pasienter. En slik løsning vil styrke tjenestene i sin helhet, sammenliknet med dagens situasjon. Dette vil også sikre et mer likeverdig tilbud til befolkningen enn ved etablering av psykiatriambulans, som vil ha begrenset kapasitet til å gi et likeverdig tilbud til alle pasienter som har behov for en slik ressurs.





# Forord

Det er med respekt og ydmykhet jeg nå i den avsluttende delen av arbeidsprosessen skriver forordet til denne oppgaven. I dette arbeidet har jeg vært så heldig å få møte pasienter og ambulansesarbeidere som har delt sine personlige erfaringer med den prehospitale transporten av psykisk ustabile pasienter. Samtalene med informantene, spesielt pasientene, og de nære og personlige erfaringene de delte, har vekket mange følelser og refleksjoner hos meg over hvor sårbare vi mennesker er. Erfaringene fra informantene opplever jeg vil kunne være gjenstand for unik innsikt og læring for det prehospitale personellet og de prehospitale tjenestene for øvrig. Jeg vil derfor utrykke en stor takknemlighet til informantene, spesielt pasientene, for deres velvillighet og deltagelse i denne undersøkelsen.

Metodologiske spørsmål, møtet med informantene og skriveprosessen for øvrig, har krevd en analytisk tilnærming som jeg har opplevd både faglig og personlig utviklende. Imidlertid må jeg innrømme at selv om jeg primært har følt en enorm inspirasjon og glede, har jeg i perioder tvilt på om jeg ville mestre å ferdigstille arbeidet. I krevende perioder og i arbeidsprosessen for øvrig har min veileder, Ivan Spehar, vært uunnværlig. Gjennom hans personlige ro, faglige innspill og evne til å formidle inspirasjon og energi, har jeg også opplevd en enorm mestringsfølelse i arbeidet. Jeg vil derfor rette en spesiell takk til Ivan og hans tilgjengelighet gjennom arbeidsprosessen.

Det er også viktig for meg å benytte anledningen til å rette en spesiell takk til mine ledere, klinikkdirektør Inger Lise Hallgren og avdelingssjef Snorre Birk Gundersen, som har gitt meg muligheten til å gjennomføre denne utdanningen. Gjennom blant annet deres involverende lederstil og genuine tro på sine medarbeidere, formidler de en enorm inspirasjon og arbeidsglede som er eksempler til etterfølgelse.

Jeg vil også benytte anledningen til å takk personvernombudet i Vestre Viken, Henriette Henriksen, for hennes bistand i den formelle søknadsprosessen og at hun har vært tilgjengelig for ulike faglige, etiske og moralske diskusjoner under veis i prosessen.







# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og problemstillingene .....	2
1.2	Definisjon av sentrale begreper .....	3
1.2.1	Pasient .....	3
1.2.2	Helsepersonell .....	4
1.2.3	Hjelpepersonell.....	4
1.2.4	Psykatriambulansen i Vestre Viken .....	4
2	Teori .....	5
2.1	Forståelse av psykiske lidelser i et sosiokulturelt kunnskapsperspektiv .....	5
2.1.1	Forståelse av psykiske lidelser i et historisk perspektiv.....	6
2.1.2	Sosiale og kulturelle definisjoner av psykiske lidelser .....	6
2.1.3	Kunnskap om psykiske lidelser i et kontekstuellt perspektiv.....	8
2.2	Pasient- og brukerperspektivet – brukermedvirkning .....	9
2.3	Makt.....	10
2.3.1	Maktutøvelse i en prehospital kontekst.....	11
2.3.2	Maktens plass i perspektivet av autonomi og paternalisme .....	12
2.4	Kommunikasjon i en pasient- og hjelperelasjon .....	14
3	Metode.....	17
3.1	Kvalitativ metode .....	17
3.2	Planlegging og gjennomføring .....	18
3.3	Valg av informanter.....	20
3.4	Analyse av data.....	21
3.5	Etiske hensyn.....	22
4	Presentasjon av resultater .....	24
4.1	Opplevelsen av makt .....	25
4.2	Kunnskaps- og erfaringsgrunnlagets betydning .....	30
4.3	Opplevelsen av møtet med ulike personell i et kommunikativt og relasjonelt samspill 33	
5	Teoretisk diskusjon av funn .....	37
5.1	Metodologiske betraktninger.....	38
5.1.1	Overførbarhet .....	39

5.1.2	Validitet.....	41
5.2	Maktens fremtreden i en mellommenneskelig samhandling.....	42
5.3	Kunnskaps- og erfaringsgrunnlagets betydning i møtet med psykisk ustabile pasienter .....	48
5.4	Den mellommenneskelige samhandlingens ulike aspekter i et kommunikativt perspektiv .....	52
6	Konklusjon .....	57
	Litteraturliste .....	60
	Liste over vedlegg .....	63



# 1 Innledning

I flere år har det vært stilt spørsmål ved transporten av psykisk syke personer i den prehospitalt fasen. På politiske nivå, innen for helse- og omsorg, blant pasienter, brukerorganisasjoner for psykisk helse, samt innenfor politiet har det vært kritiske røster til hvordan denne transporten har blitt løst. På landsbasis er det i stor grad politiet som av ulike årsaker har foretatt denne transporten. Temaet har også vært synlig i ulike nyhetsbilder i en rekke år. I 2009 hadde Aftenposten en artikkel, ”Misbruk av politiresurser” (Gander, 2009), hvor det blant annet henvises til politiets ressursbruk vedrørende henvendelser fra og transport av personer i “...kategorien sykdom/psykiatri...” (s. 2). Det fremgår av artikkelen at politiet bruker uhensiktsmessig mye ressurser på transport av pasienter i denne kategorien, og at det på landsbasis burde vært etablert “psykiatriambulanser” som i Hordaland. Norsk politi har også stilt spørsmål om de er rett instans for transport av psykisk syke personer, med tanke på behovet for å møte psykisk ustabile pasienter med rett kompetanse i den prehospitalt fasen.

Det har også de siste årene vært en økende debatt på politisk nivå vedrørende transport av psykisk syke personer. I 2014 innledet Helse- og omsorgsdepartementet et økt fokus på transport av psykisk syke. Dette resulterte i et oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene (Oppdragsdokument 2014, 13/2799) med tildeling av økonomiske prosjektmidler. Målsettingen for prosjektene skulle være følgende:

- Tjenesten skal sikre verdighet for brukere og pårørende, ha høy faglig kompetanse og være effektiv.
- Tydeliggjøre at helsetjenesten har hovedansvaret for transporten og å redusere omfanget av bruk av politi til pasienttransport.
- Forebygge unødvendige innleggelser i akuttavdeling, dvs. at pasienten/familien så langt det er mulig og faglig forsvarlig får hjelp hjemme eller på kjent DPS-avdeling.
- Etablere et godt samarbeid med kommunale tjenester/legevakt, slik at helhet, samarbeid, oppfølging og behovet for kompetanse ivaretas.

I Helse Sør-Øst var Vestre Viken et av foretakene som valgte å vurdere om etablering av en egen psykiatriambulanse ville være en hensiktsmessig løsning for transport av psykisk syke pasienter. I arbeid med prosjektet ble det etablert en styringsgruppe og en prosjektgruppe. For

å sikre en helhetlig vurdering av ulike tiltak på forskjellige helse- og omsorgsnivåer, ble begge gruppene sammensatt av representanter for spesialisthelsetjenesten (prehospitale tjenester og Klinikk for psykisk helse og rus), kommunal legevakt, politiet og brukerorganisasjon for psykisk helse.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstillingene**

I 1997 begynte jeg å arbeide ved psykiatrisk avdeling, først ved regional sikkerhetsavdeling og senere ved psykiatrisk mottaksavdeling. Det jeg så på et tidlig stadium i min praksis i psykiatrien, var at pasienter som hadde psykiske lidelser, var sårbare i forhold til å bli ivaretatt på en verdig og respektfull måte. Bakgrunn for deres sårbarhet opplevde jeg hos mange var kompleks og sammensatt av flere grunner. Pasientenes grunnlidelse kunne være en av årsakene, men jeg erfarte også at mange av pasientene hadde opplevd ulike grader av overgrep, som hadde skadet deres relasjonelle evner og tillit til andre mennesker.

I 2005 begynte jeg i ambulansetjenesten Vestre Viken. Ambulansetjenesten er en av fire avdelinger i prehospitale tjenester, som leverer tjenester til både spesialist- og primærhelsetjenesten, samt direkte til publikum. Det vil si at vi møter brukere og pasienter som i ulik grad er rammet av sykdom og skade. I ambulansetjenesten møtte jeg den psykisk syke pasienten med ulik grad og form av psykisk lidelse, både i og utenfor institusjon, med hovedvekt av primærsymptomer på depresjoner og suicidal adferd i en akutt fase.

Hvordan helsepersonell møter den psykiatriske pasienten prehospitalt har opptatt meg i min tid i arbeidet som ambulansarbeider. Jeg har sett hvor viktig det er at den psykisk ustabile pasienten blir møtt av personell med gode relasjonelle og mellommenneskelige kunnskaper om psykiske lidelser. Disse faktorene har vært avgjørende for utfallet av hendelsene og at den enkelte pasient har følt seg ivaretatt på en likeverdige og respektfull måte.

Vurdering av kvaliteten på de tjenestene vi leverer har opptatt meg. Både på organisasjonsnivå og på individnivå som helsepersonell, er det ikke bare viktig å vurdere tjenestene vi leverer, det er også helt nødvendig for å kvalitetssikre og søke etter kontinuerlige forbedringer. I et slikt kvalitetsarbeid vil det være avgjørende å få kunnskap om pasientenes

opplevelser og erfaringer. Pasient- og brukerperspektivet vektlegges også på helsepolitisk nivå. I 2005 utgav Sosial- og helsedirektoratet veilederen, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005 – 2015), som satte søkelyset på kvalitetsforbedring i helsetjenesten. I dette dokumentet er pasient- og brukerperspektivet sentralt: “God kvalitet innebærer at brukerne og pasienten blir sett og tatt på alvor” (s. 23). Når vestre Viken ble tildelt prosjektmidler med påfølgende oppstart av prosjektet ”Trygg og god transport av psykisk ustabile pasienter”, var det på bakgrunn av min personlige interesse på dette området og i kraft av min stilling som kvalitetsrådgiver, naturlig for meg å delta i dette prosjektet. På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til følgende problemstillinger:

- *Hva er pasientenes og helsepersonellens opplevelser og erfaringer av psykiatriambulansen?*
- *Er psykiatriambulansen et tilbud som bedrer pasientenes opplevelser, sammenliknet med dagens løsning, hvor politiet ofte transporterer pasienter til innleggelse ved psykiatrisk avdeling?*

## **1.2 Definisjon av sentrale begreper**

I oppgaven er det brukt ulike begreper som i ulik grad kan ha betydning for hvordan leseren forstår innholdet. Jeg har derfor her valgt å redegjøre for begrepene jeg har ansett som mest sentrale i oppgavens innhold. Andre viktige begreper for forståelsen av oppgaven vil jeg definere der de hører naturlig hjemme i besvarelsen.

### **1.2.1 Pasient**

Jeg har i teksten valgt å bruke begrepet “pasient” når jeg omtaler personene som mottok helsetjenester fra psykiatriambulansen, ordinær ambulanse og/eller politiet. Disse ressursenes personell på den ene siden og pasientene som mottakere av helsetjenestene på den andre siden, mener jeg blir en tilbyder- og mottakerrolle som er gjeldende for definisjonen av begrepet “pasient” i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), § 1-3, a: “...en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp...”. Lovens definisjon gjelder også for de

situasjonene hvor andre henvender seg til helsevesenet på pasientenes vegne av forskjellige årsaker.

### **1.2.2 Helsepersonell**

I teksten brukes begrepet “helsepersonell”, og med dette menes personell som er underlagt Helsepersonelloven (1999). I § 48 og 49, i denne loven, gis det en nærmere definisjon av ulike yrkesgrupper og personell med rett til å søke autorisasjonen eller lisens. I prehospitalt arbeid, gjeldende psykiatriambulansen og ordinær ambulanse, vil da dette omhandle ambulansearbeidere, sykepleiere og vernepleiere, samt elever og studenter som utfører helsehjelpen i forbindelse med helsefaglig utdanning.

### **1.2.3 Hjelpepersonell**

Jeg har også brukt begrepet ”hjelpepersonell”, når jeg omtaler ulike profesjonelle personell i sin helhet. Dette omhandler da personell fra psykiatriambulansen, ordinær ambulanse og politiet.

### **1.2.4 Psykiatriambulansen i Vestre Viken**

Psykiatriambulansen var en ambulanse som ble bemannet med personell som tilfredstilte kravene etter Akutforskriften (2015). Et av personellet var ambulansearbeider og ansatt i prehospitaltjenester. De to andre var sykepleiere eller vernepleiere med relativt lang erfaring fra arbeid med pasienter som hadde psykiske lidelser og rusproblematikk. Disse var ansatt i Klinikk for psykisk helse og rus. Psykiatriambulansen og personellet var uniformert likt som en ordinær ambulanse, men den var noe annerledes utstyrt innvendig. Den hadde bære som i ordinær ambulanse, men den hadde også utstyr med mulighet for å feste utagerende pasienter med immobiliserende belter, slik at utagering mot personellet og omgivelsene kunne begrenses når dette var en problemstilling. Dette var belter i tillegg til ordinære bilbelter. Av de begrensningene som foreligger for bruk av tvangsmidler i prehospitaltjenester, ble politiet involvert når slike tvangsmidler ble tatt i bruk.



## 2 Teori

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for noe av den helsefaglige teori og forskning som jeg opplever er relevant til denne undersøkelsen. Utvalget av teori har jeg gjort på bakgrunn av min erfaring fra arbeid med pasienter med forskjellige lidelser, samt hva jeg av pasientene har erfart er viktig for dem i møtet med helsetjenesten. Først vil jeg redegjøre for ulike perspektiver på psykiske lidelser. Deretter beskrives brukerperspektivet, som i de senere årene har fått et gradvis økende fokus. Nært knyttet til brukermedvirkning gjelder bevisstheten om ulike maktforhold, som jeg vil beskrive fra et generelt perspektiv og i prehospital sammenheng. Siste del av teorikapitlet har jeg fokusert på ulike kommunikative forhold i møtet mellom pasienten og ulike hjelpepersonell.

### 2.1 Forståelse av psykiske lidelser i et sosiokulturelt kunnskapsperspektiv

Det har gjennom tidene oppstått en rekke perspektiver og forklaringsteorier på psykiske lidelser og dets mangfoldige symptomer. Med begrepet psykiske lidelser så betegner jeg dette i et vidt perspektiv, men det omhandler symptomer som ”...gir seg til kjenne ved avvikende atferd, ved tankegang, følelsesuttrykk eller måter å snakke på som er vanskelig å forstå, eller som på annen måte gjør at vedkommende havner utenfor fellesskapet i sine omgivelser” (Haugsgjerd m.fl., 2010, s. 16).

I et hvert samfunn som helhet, i familier og hos enkeltindivider, så er det en eller annen grad erfaring med følelsesmessige og psykologiske utfordringer. Psykisk helsevern er en stor del av helsevesenet i Norge, og enkelte hevder at det er denne delen av helse- og omsorgstjenesten som kanskje er i raskest forandring (Haugsgjerd mfl., 2010). Både forståelsen og arbeidsmåtene har vært under endring. Dette gjelder også mangfoldet av diagnostiske betegnelser. Slik jeg oppfatter Bøe og Thomassen (2009) vil vår forståelse og den kunnskapen vi til en hver tid besitter påvirke hvordan vi møter personer med psykiske lidelser. På bakgrunn av dette vil jeg i det følgende komme med noen betraktninger av ulike perspektiver på psykiske lidelser som kan ha betydning for hvordan vi møter disse pasientene i en prehospital kontekst. Da vårt grunnsyn påvirker hvordan vi ser på den eksisterende kunnskapen, vil jeg ikke fokusere på diagnosespesifikke beskrivelser, men heller fokusere på ulike overordnede perspektiver på psykiske lidelser i sin helhet.

### **2.1.1 Forståelse av psykiske lidelser i et historisk perspektiv**

I tidligere tider ble det også forsøkt å finne forklaringer på ulike fenomener. Før 1800-tallet var det en utbredt oppfatning av at sykdom skyldtes ulike religiøse og metafysiske årsaker. Fra 1800-tallet vokste det fram et positivistisk vitenskapssyn som hadde som mål å søke mer objektive og rasjonelle forklaringer på ulike fenomener. I følge Norvoll (2009) hadde denne vitenskapsretningen som mål å overvinne den religiøse og metafysiske tenkningen. Den positivistiske samfunnsvitenskapen var opptatt av at fenomener skulle kunne forklares ut i fra rasjonelle, objektive og målbare data. Fenomener som var knyttet til helse og sykdom ble derfor først ”reelle” når det objektivt kunne observeres og måles. Den vestlige skolemedisinen, biomedisinen, ble en representant for denne tenkningen. I denne forbindelsen fikk den psykiatriske spesialiteten en utfordring, da psykiske lidelser ikke i den grad var målbare som ved en rekke andre sykdommer (Norvoll, 2009).

Fra 1960-tallet begynte krefter innenfor de humanistiske og samfunnsvitenskapelige fagene å rette kritikk mot den biomedisinske tenkningen. Kritikerne mente blant annet at den positivistiske og biomedisinske retningen, hadde et reduksjonistisk syn på sykdom som ikke tok hensyn til at ”...mennesket eller sosiale relasjoner ikke kan objektiveres eller reduseres til en samling av målbare atferd og omstendigheter” (Norvoll, 2009, s. 23). I deres tenkning var de opptatt av at det enkelte mennesket var et meningssøkende individ i møte med andre individer og det enkelte samfunnet i sin helhet. I søken etter en forklaring på atferd og sykdom mente de derfor at det var viktig å forstå det enkelte mennesket i dets interaksjon med kulturelle forhold og samfunnet for øvrig.

### **2.1.2 Sosiale og kulturelle definisjoner av psykiske lidelser**

Ut i fra den samfunnsvitenskapelige retningen utviklet det seg videre forskjellige grunnlagsteorier som har preget tilnærmingen til psykiske lidelser. I litteraturen blir disse teoriene presentert separate, og de kan derfor oppfattes i en reduksjonistisk retning. På en annen side vil de, i det praktiske arbeidet innenfor psykisk helsevern, i stor grad overlappe hverandre. Det er mulig denne utviklingen kom som et resultat av at individuelle symptomer og atferd ble sett i en større sammenheng og i interaksjonen mellom individet og samfunnskulturelle forhold. Fellesnevneren for modellene er at de har en betydning for hvordan man forholder seg til psykisk lidelse og derav hvordan du som helsepersonell møter pasienter med denne lidelsen (Bøe og Thomassen, 2009).

Det biomedisinske paradigmet dominerte innenfor det psykiske fagfeltet fram til 1950-tallet, men på denne tiden begynte enkelte psykologer og psykiatere å reise kritiske spørsmål til denne retningens dominans. Kritikken rettet seg både mot teori og ulike behandlingsformer som elektrobehandling og lobotomi. Fra en mer naturvitenskapelig positivistisk tilnærming, mente stadig flere psykologer og psykiatere at psykiske lidelser måtte ses i sammenheng med psykologiske og eksistensielle problemer. Samfunnsviterne på sin side, mente psykiske lidelser var sosialt betinget (Norvoll, 2009). Mer konkret var følgende teoretiske retninger toneangivende i denne utviklingen (Norvoll, 2009):

- I epidemiologiske forskning på psykiske lidelser var de opptatt av å finne fordelingen av psykiske lidelser i samfunnet gjennom statistiske data. Målet med dette arbeidet var å finne sosiale årsakssammenhenger til psykiske lidelser.
- Innenfor den sosiologiske forskningen var de også opptatt av å forstå psykiske lidelser ut i fra sosiale forhold, men det handlet mer om hvordan "...forløp ved psykisk lidelse utformes i samspill med de sosiale omgivelsene" (Norvoll, 2009, s. 98). Retningen ble også kalt "Avviks- og stempelingsteorien", hvor psykisk sykdom ble sett på som avvik fra sosiale normer og at psykisk sykdom er et resultat av omgivelsenes reaksjoner på avvikende atferd hvor den "syke" vil gå inn i en sosial rolle som psykisk syk (Norvoll, 2009).
- Den samfunnsvitenskapelige forskningen har også vært influert av den kritiske teorien, eller konfliktperspektivet som den også kalles. Her var de opptatt av hvordan økonomiske og politiske forhold påvirket både psykisk lidelse og psykisk helsevern. Enkelte her mente at psykisk lidelse var et resultat av økonomisk og politisk anliggende, med da sosial ulikhet som fattigdom, nød og undertrykkelse som resultat.
- Innenfor samfunnsvitenskapen har det de siste 20 årene vært en fremvekst av et konstruktivistisk syn. Det vil si at tenkningen, sannheten og forståelsen av virkeligheten vil i stor grad være konstruert ut i fra den kulturelle verdioppfatningen vi besitter på aktuelt tidspunkt. Slik jeg oppfatter Norvoll (2009) handler det ikke bare om den kulturelle situasjonen vi er i, det handler også om "...hvordan språk, kunnskap og kommunikasjon aktivt konstituerer virkelighetsforståelsen og handlinger i den sosiale gruppen eller hos det enkelte individ" (s. 54).
- Siden 1970-tallet har det i tråd med det konstruktivistiske synet vært en økende interesse for kulturens påvirkning på synet på psykisk sykdom. I alle kulturer og samfunnslag er sykdom og helse en naturlig del av menneskenes hverdag. Vi finner

ulike måter å forholde oss til og forklare sykdom og helse. I likhet med konstruktivismen, vil da ulike kulturelle retninger, i sammen med økonomiske og materielle verdier, påvirke forståelsen av sykdom og helse.

- På 1980-tallet vokste det fram en retning som på flere områder imøtekom den sosiale konstruktivismen - sosial realismen. Denne retningen ville ikke benekte at det eksisterte psykiske lidelser som en ontologisk og essensiell universell realitet. Talspersonene for denne vitenskapelige retningen mente, som konstruktivismen, at synet på psykiske lidelser og psykisk helsevern ble påvirket av sosiale strukturer og det eksisterende kunnskapsgrunnlaget.

Disse vitenskapelige retningene har påvirket både synet på psykiske lidelser og psykisk helsevern (Norvoll, 2009). Retningene er på flere områder både sammenfallende og motsetningsfylte. Ser vi disse retningene i lys av dagens teoretiske og praktiske tilnærming til denne lidelsen, kan dette gi et perspektiv på kompleksiteten på dette fagområdet.

### **2.1.3 Kunnskap om psykiske lidelser i et kontekstuellt perspektiv**

I den foregående delen av dette kapitlet er det beskrevet ulike retninger som har hatt betydning for synet på psykiske lidelser. Slik jeg oppfatter Norvoll (2009) har mange av elementene i disse retningene også sterk innflytelse på dagens tenkning og praksis i psykisk helsevern, i tillegg til den biomedisinske retningen. For meg gir ikke disse forskjellige retningene bare et bilde på kompleksiteten, de gir meg også en forståelse av at det enkelte mennesket og den enkelte pasienten må behandles ut i fra vedkommendes livssammenheng og individuelle behov. Bøe og Thomassen (2009) snakker om den ”kontekstuelle kunnskapen...”, hvor ”...arbeidet er uløselig knyttet til den kontekst, den sammenheng, den enkelte lever sitt liv i” (s. 73). Ut i fra dette oppfatter jeg at det er viktig at vi søker etter den enkeltes opplevelser og erfaring. Dette må igjen ses i en videre sammenheng, hvor vi søker etter den ”...kontekstuelle kunnskapen, eller innenfrakunnskapen...” (Bøe og Thomassen, 2009, s. 73). I følge Bøe og Thomassen (2009) får denne forståelsen en stadig sterkere posisjon i det psykiske helsevernet. Mangfoldet av årsaksforklaringer lever sitt liv videre, men det er i dag større fokus på å se dette i en sammenheng og i en kontekstuell forståelse. De ulike perspektivene som er presentert handler i stor grad om å forklare årsaken til psykiske lidelser. Dette er i følge Bøe og Thomassen (2009) et ytre perspektiv. I dag er det mer fokus på å se dette i sammenheng med den enkeltes tanker, erfaringer og hvordan vedkommende

opplevelser i sitt liv – det indre perspektivet. ”Hovedtanken er at psykiske lidelser ikke kan forstås uavhengig av et menneskes personlighet, livssituasjon, de sosiale relasjoner han står i, og så videre” (Bøe og Thomassen, 2009, s. 98).

## **2.2 Pasient- og brukerperspektivet – brukermedvirkning**

Brukermedvirkning kan føres tilbake til Menneskerettighetserklæringen av 1948 som bygger på tanker om det enkelte menneskes integritet og ukrenkelighet, og at det skal sikres individuelle rettigheter (Verdenserklæring for menneskerettigheter, 1948). Begrepet brukermedvirkning omhandler brukernes rett til å medvirke, på politisk, system- og individnivå, i planlegging og utvikling av helsetjenester (Helsebiblioteket, 2017).

Når det gjelder i utviklingen av helsetjenestene, har brukerne i de senere årene fått stadig større medvirkning. Blant annet i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedringer i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015) legges det vekt på at god ”...kvalitet forutsetter at brukernes og pasientenes erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene” (s. 23). Brukerne kan involveres og medvirke på flere nivåer. På individnivå er det et gjeldende krav at pasientene skal høres og tas med i behandlingstiltak som gjelder den enkelte. Både Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Helsepersonelloven (1999) stiller krav til helsepersonell om at de skal involvere pasientene i helsehjelpen som gis. Brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå innebærer at det finnes ordninger for at pasienter og brukere kan være med å påvirke til utvikling og utforming på avdelingsnivå og overordnet systemnivå (Jenssen og Tronvoll, 2015). Eksempelvis er brukerorganisasjonene representert i ulike fora i prehospitaltjenester. I denne sammenhengen har en brukerrepresentant deltatt i styringsgruppen og prosjektgruppen for transport av psykisk ustabile pasienter.

Sentralt i tanken om brukermedvirkning er at brukerne og pasientene ”...har en reell innflytelse og at brukermedvirkning skal være i brukernes interesse...” (Jenssen og Tronvoll, 2015, s. 55). Ved å involvere brukerne, samt lytte til deres kunnskap og erfaring, vil helsetjenestene kunne utformes på en hensiktsmessig måte som tilfaller brukernes interesser. Dette gjelder ikke bare systemarbeid på overordnet nivå, men minst like mye i det enkelte møtet med pasienten. I psykisk helsearbeid er det i følge Bøe og Thomassen (2009) en

oppfatning av at brukernes medvirkning er avgjørende for å oppnå et godt behandlingsresultat. I en prehospital kontekst, som ved andre pasient-hjelper-situasjoner i helsetjenesten, handler det om å søke etter riktig løsning for pasienten. Det vil i disse situasjonene handle om brukermedvirkning på individnivå hvor ambulanspersonellet må anerkjenne brukernes egen innsikt og kunnskap om deres sykdom og livssituasjon. Selv om pasienten motsetter seg hjelpen, er det allikevel viktig å lytte til vedkommendes perspektiver på situasjonen og sin tilstand. For å få til en reell brukermedvirkning er det avgjørende å lytte til pasienten og anerkjenne vedkommendes tanker og verdier over sin situasjon. Bøe og Thomassen (2009) fremhever at hjelperen må arbeide for å få til en subjekt-subjekt-relasjon, hvor det tilstrebes å behandle pasientens perspektiver likeverdig med hjelperens synspunkter. For å lykkes med dette må hjelperen være villig til å åpne opp for endringer av sine egne standpunkt. Slik jeg oppfatter Bøe og Thomassen (2009) vil dette kunne være med på å begrense eventuelle rigide forhåndsbestemte oppfatninger hjelperen måtte ha i møtet med den psykisk ustabile pasienten. Brukermedvirkning må på en annen side ikke forstås som den totale ansvarsovergivelse til pasienten. Det kan være situasjoner hvor pasienten ikke er i stand til å ivareta seg selv og sin helse, og hvor helsepersonellet dermed i en eller annen grad må tilsidesette vedkommendes autonomi i en periode. I slike situasjoner er det da viktig at helsepersonellet har et reflektert forhold til å veie behovet opp mot ulempen, og ”... det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak” (Psykisk helsevernloven, § 4-2). Brukermedvirkning synliggjøres også i Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1: ”Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. [...]. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.”

## **2.3 Makt**

I følge Norvoll (2009) har Max Weber definert makt som ”...et eller flere menneskers sjanse til å sette igjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand...” (s. 122). Begrepet makt og utøvelsen av makt er noe vi som mennesker må forholde oss til i en eller annen grad gjennom hele livet. ”Samfunnsliv uten makt er utenkelig” (Engelstad, 2009, s 7). Alle samfunnsborgere er underlagt ulike maktforhold gjennom normer, regler, påbud og forbud. Når vi gjør egne valg, er disse valgene ofte påvirket av maktutøvelsen fra andre. De valgene vi gjør som mennesker kan igjen innebære at vi utøver makt ovenfor andre i samfunnet og dets ulike institusjoner. Bakgrunn

for dette er at det ligger en makt i våre valg og handlinger når disse påvirker andre (Engelstad, 2009). I dagliglivet er ofte makten vi utøver av en mindre alvorlig art og som i liten grad påvirker andre, men det kan også være situasjoner hvor vår maktutøvelse, gjennom våre valg, rammer andre på en mer alvorlig måte. Slik jeg forstår Norvoll (2009) er det derfor viktig at vi som mennesker i relasjon til andre har et reflektert forhold til våre valg av handlinger og hvordan dette påvirker våre omgivelser og relasjoner.

### **2.3.1 Maktutøvelse i en prehospital kontekst**

En rekke teoretikere har kommet med ulike definisjoner av maktbegrepet, og det har skapt en rekke teorier om dette temaet. Fellesnevneren for disse teoriene er at "...makt knyttes til relasjonen mellom aktørene A og B..." (Engelstad, 2009, s. 19). Makt har i følge Engelstad (2009) stor innvirkning på relasjonene. Norvoll (2009) fremhever at dette gjelder spesielt i psykiatrien, hvor man "...har en særlig mulighet for å utøve makt og sosial kontroll, herunder tvang overfor pasientene" (s. 121). Maktutøvelse foregår også i prehospital situasjoner hvor pasientene for eksempel skal transporteres til undersøkelser eller innleggelse mot vedkommendes vilje. Dette kan også omhandle situasjoner hvor pasienten holdes og/eller det brukes håndjern under transport. I følge Norvoll (2009) er slik direkte maktutøvelse en av de sterkeste reaksjonene mot andre. Makt kan også være til stede uten at den direkte utøves. For eksempel kan det foregå en indirekte maktutøvelse ved at politiet er til stede og synlige for pasientene. I disse situasjonene kan det være at pasientene underordner seg ambulanspersonellet, fordi de vet at det ligger en mulighet for direkte utøvelse av makt fra spesielt politiet, dersom de ikke etterkommer anbefalingene som blir gitt. I kraft av sin rolle som representanter for sikkerhet og kontroll, vil det være nærliggende at politiet vil foreta den direkte maktutøvelsen ved behov, men ambulanspersonellet vil også i kraft av denne konsekvensen representere en indirekte maktutøvelse.

Makten kan også utarte seg på en mer subtil måte gjennom språk, kunnskap, normer, verdier og ikke minst uniformeringen til personellet. Slik jeg oppfatter Norvoll (2009) vil slike faktorer være med på å danne en symbolsk ramme for relasjonen mellom pasienten og hjelperen. Det er særlig språket som innehar en sterk symbolsk makt. Sammen med identiteten og samhandlingen i gruppen, kan dette inneha evner til både å være samlende og splittende i en relasjonell kontekst (Norvoll, 2009). I en prehospital setting kan dette være aktuelle sider av makten som utspiller seg mellom pasienten, helsepersonellet og eventuelt

politiet. Gjennom språket og retorikken de som fagpersoner utøver, og identiteten de representerer i kraft av sitt yrke, innehar de i lys av Norvoll (2009) en normmakt. Denne formen for makt kan ha en sterk innvirkning på hvem som definerer virkelighetsforståelsen og hva som er ”...rett eller galt...[...] eller bestemme om andres atferd er riktig eller feil” (Norvoll, 2009, s. 128). I møte med pasienten innehar helsepersonellet og politiet en mulighet til å skape sine definisjoner av virkeligheten. Dette kan igjen påvirke handlingene de gjør, ”...fordi virkelighetsforståelsen skaper bestemte handlinger og samhandlingssituasjoner” (Norvoll, 2009, s. 128). Hvordan helsepersonellet og politiet definerer pasientens situasjon og vedkommendes atferd, kan med andre ord påvirke hvilke handlinger og maktutøvelse de velger å utføre.

### **2.3.2 Maktens plass i perspektivet av autonomi og paternalisme**

Makt og utøvelsen av denne i nevnte former kan ofte oppleves som negativ og skremmende ”...fordi den oppleves som en trussel mot den enkeltes autonomi og frihet” (Engelstad, 2009, s. 7). Autonomibegrepet handler om evnen til å ta vare på seg selv og fremstå med selvrespekt og verdighet (Haugsgjerd, 2009). Selv om helsepersonellet og politiet bare har gode intensjoner med de handlingene de utfører ovenfor pasienten, er det ikke sikkert pasienten oppfatter det slik. Det kan derfor sies at intensjonen med våre handlinger er god, men den faktiske konsekvensen er at pasienten føler at sin egen frihet er innskrenket og de føler et maktovergrep.

Bøe og Thomassen (2009) henviser til Dostojevski som har beskrevet at frihet kan inneholde et paradoks. Frihet kan være en byrde som enkelte ønsker å bli befridd fra, men samtidig ligger det i menneskets natur et behov for å forvalte sin egen frihet og vilje. Dette kan oppfattes som paradoksale livsytringer som også er sentrale i en prehospital kontekst. I møte med pasienter som har en psykisk ustabilitet, opplever ambulanspersonellet både pasienter som ønsker å motta helsehjelp og pasienter som motsetter seg dette. Det kan også være pasienter som føler lettelse over å bli ivaretatt i form av at andre tar styring over deres liv, men i det øyeblikket deres autonomi blir tilsidesatt utløser dette ofte ”...fortvilte protester, en desperat kamp for å få friheten tilbake” (Bøe og Thomassen, 2009, s. 53). Mange av pasientene som har en psykisk lidelse har opplevd overgrep, vold og svik i nære relasjoner som har skadet deres tillit til andre. På bakgrunn av dette kan de være relasjonelt sårbare, og særlig i situasjoner hvor de da blir påtvunget helsehjelp som kan oppleves som nye overgrep.



Den makten som ligger i den profesjonelle referanserammen, gjennom for eksempel språk, kunnskap, uniformering og myndighet, representerer et grunnlag for mulig trussel mot den mellommenneskelige relasjonen (Bøe og Thomassen, 2009). Denne trusselen mot relasjonen blir igjen forsterket når helsehjelpen går på tvers av pasientens vilje og egne tanker om sine behov. I lys av Bøe og Thomassen (2009) og Engelstad (2009) kan det å handle mot andres vilje medføre en ydmykende opplevelse hos den andre som påvirker relasjonen. Det reiser seg derfor et spørsmål om hvordan helsehjelpen kan utføres i samråd med pasienten, selv i situasjoner hvor helsehjelpen er mot pasientens vilje.

I prehospitale situasjoner møter ambulanspersonellet mange ganger den psykisk ustabile pasienten som har fått en akutt debut eller forverret psykisk helsetilstand. Ved mange av situasjonene har pasientene utfordringer med å forstå sin situasjon og gjøre valg som er til det beste for seg selv. I kraft av det enkelte menneskets rett til å gjøre egne frie valg, blir forutsetningen for en relasjon, preget av gjensidighet, satt på prøve. Ambulanspersonellet kommer i et "...etisk dilemma knyttet til å ivareta pasientens tillit i relasjonen til handlinger som truer den samme tilliten" (Haugsgjerd, 2010, s. 276). Det blir en strid mellom å ivareta pasientens autonomi på den ene siden, samtidig som pasientens manglende evne til å ivareta seg selv, krever paternalistiske handlinger for å ivareta pasientens liv og helse.

I helselovgivningen synliggjøres også de autonome og paternalistiske aspektene. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), Helsepersonelloven (1999) og Psykisk helsevernloven (1999) ivaretar pasientenes rett til selvbestemmelse eller retten til å gjøre autonome valg. På en annen side åpner disse lovgivningene også opp for at helsepersonell kan utøve paternalistiske handlinger, eller tilsidesette pasientens autonomi, når særlige grunner taler for dette. Samtidig skal paternalistiske handlinger "... innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket" (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-2). Loven inneholder en sikring av pasientens integritet og menneskeverd. Den setter også begrensninger for de paternalistiske handlingene, da den krever at ulempene skal avveies opp mot konsekvensene. Lovgivningen stiller også krav om at pasientens syn på tiltak skal tas hensyn til. Av dette forstår jeg at paternalistiske handlinger ikke kan generaliseres til å gjelde pasientens totale integritet. Selv om pasienten for eksempel blir transportert og innlagt ved psykiatrisk avdeling mot sin vilje, betyr det ikke nødvendigvis at vedkommendes totale autonomi er tilsidesatt. Pasienten skal lyttes til og respekteres for sitt syn på situasjonen.

En kontinuerlig nysgjerrighet og søken etter pasientens opplevelser av sin situasjon og egne tanker om hva som kan hjelpe, står sentralt i psykisk helsearbeid. I lys av Haugsgjerd (2009) oppfatter jeg at pasientens rett til autonome valg skal ivaretas der vedkommende er i stand til å gjøre egne valg som er til det beste for seg selv og ikke er til fare for andre. Det er derfor viktig at helsepersonellet åpner seg for å se pasientens perspektiv på sin livsverden og situasjonsopplevelse, slik at man kan synliggjøre og fokusere på områder pasienten mestrer og selv kan ta ansvar for.

## 2.4 Kommunikasjon i en pasient- og hjelperrelasjon

*”Det krever en stor lytter for å høre  
hva som faktisk sies,  
en enda større for å høre  
hva som ikke sies,  
men som kommer til uttrykk i talen”*

(Richard Palmer i Eide og Eide, 2016, s. 10)

Jeg opplever at Palmer her berører noe sentralt i den mellommenneskelige sammenhengen – det krever noe av oss når vi er i relasjon til andre mennesker. Kjernen i en relasjon, og ikke minst i en god relasjon, er å kommunisere (Eide og Eide, 2016). Vi kommuniserer via vårt språk, setningenes innhold, tonefall, bevegelser, ansiktsuttrykk og handlinger. Altså, vi har som kjent både en verbal og nonverbal kommunikasjonsform. Både begrepet ”kommunikasjon” og ”relasjon” har sammenfallende betydninger. Kommunikasjon handler om å utveksle meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet stammer fra det latinske *communicare*, som betyr å gjøre noe felles med eller stå i forbindelse med. (Eide og Eide, 2016). Når det gjelder begrepet ”relasjon,” så handler dette også om å stå i forbindelse med. Begrepet stammer fra det latinske *relatio*, som betegner en gjenstand som står i forbindelse med en annen (Eide og Eide, 2016). Den kommunikative og relasjonelle samhandlingen kan være et komplekst samspill hvor det i følge Eide og Eide (2016) kreves at partene mestrer å respondere på de verbale og nonverbale tegnene som partene formidler til hverandre. Med andre ord, det er også en eller flere sendere i et kommunikativt samspill. Signalene som sendes er sjelden entydige. Mottakeren kan tolke disse på forskjellige måter,

avhengig av en rekke faktorer. Senderens signaler og mottakerens tolkning kan eksempelvis skape tillit og nærhet, men de kan også skape avstand og mistillit. På bakgrunn av Eide og Eide (2016) opplever jeg at kommunikasjon er et ”vesen” i det relasjonelle samspillet som partene må håndtere med respekt og ydmykhet, da signalene som sendes kan få negative følger for den andres følelsesliv dersom tegnene ikke forvaltes på en riktig måte.

Kommunikasjonens dynamisk ”vesen” opplever jeg i det store og hele har de samme egenskapene i både profesjonell og privat sammenheng. På en annen side forstår jeg av Eide og Eide (2016) at den profesjonelle og helsefaglige kommunikasjonen allikevel skiller seg noe fra den private. Den profesjonelle kommunikasjonen har et helsefaglig formål – den skal fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Helsepersonelleets kommunikasjon skal altså ”...per definisjon alltid være hjelpende, i den forstand at den er både faglig velbegrunnet og til hjelp for den andre” (Eide og Eide, 2016, s. 18). Grunnlaget for den helsefaglige kommunikasjonen baserer seg på helseprofesjonenes verdigrunnlag, og i følge Eide og Eide (2016) er tanken om at pasientene skal behandles likeverdig, rettferdig og med respekt, gjeldende for alle helsefaglige profesjoner. Eksempelvis har yrkesorganisasjonen Ambulanseforbundet i Delta (2017) utarbeidet etiske retningslinjer for ambulansepersonellet, hvor ambulansepersonellet skal møte pasienter og deres pårørende med vennlighet og omsorg. Ambulansepersonellet skal som hjelpere lytte til pasienten og opptre med varsomhet, slik at man ikke krenker hans eller hennes følelser. Videre sier retningslinjene at ambulansepersonellet skal vise respekt for den enkelt pasient, med en etisk grunnholdning preget av menneskeverd, medmenneskelighet og likeverd. Retningslinjene fremhever også at ingen må diskriminere pasienter, kolleger eller akseptere at andre gjør det. I lys av Eide og Eide (2016) oppfatter jeg at slike verdigrunnlag også inneholder et krav om at helsepersonell skal beskytte pasienten mot skade og bidra til at vedkommende ivaretar egen helse og stimulere til at han eller hun benytter sine egne iboende ressurser. Eide og Eide (2016) hevder at dette er generelle verdigrunnlag for helseprofesjonene som bare lar seg realisere gjennom god kommunikasjon med pasienter og pårørende.

Å utøve god kommunikasjon kan være krevende i en prehospital og akuttmedisinsk kontekst. Noen situasjoner vil stille ekstra krav til ambulansepersonellets kommunikasjonsferdigheter. Slik jeg oppfatter Bergem (2015) kan møter med pasienter som har psykiske helseplager være slike situasjoner. I lys av Bergem (2015) oppfatter jeg at som profesjonell helper, vil personellet komme i situasjoner hvor det oppstår utfordringer i kommunikasjonen fordi rollen

personellet har i møtet med ”...andre mennesker, gir en kontekst – en ramme – som kommunikasjonen må skje innenfor” (s. 16). I den praktiske hverdagen møter ambulanspersonellet pasienter som har blitt akutt syke. Mange situasjoner krever øyeblikkelig handling, hvor tiden til å bygge gode relasjoner mellom pasienten, pårørende og ambulanspersonellet er mangelfull. Relasjonsbyggingen blir derfor sårbar. Slik jeg oppfatter Borg og Topor (2011) er relasjonsarbeid både nødvendig og essensielt i møtet med pasienten. Videre sier de at relasjonen må få tid til å utvikle seg i den takten den trenger. I prehospitale sammenhenger er tiden til å bygge gode relasjoner mange ganger begrenset, fordi pasientens tilstand krever øyeblikkelig handling. Relasjonsbyggingen kan også være sårbar fordi det er en meningsforskjell mellom pasientens ønsker og hva vedkommendes tilstand krever av handling. Dette gjelder spesielt i de situasjonene hvor ambulanspersonellet skal yte helsehjelp til psykisk ustabile pasienter som av ulike årsaker ikke er motiverte til å motta nødvendig helsehjelp for å sikre sin egen helse. Gode kommunikative ferdigheter i slike situasjoner vil, i lys av Borg og Topor (2011) og Bøe og Thomassen (2009), derfor være avgjørende for å tilstrebe en reell brukermedvirkning.

Innenfor disse ”rammene”, av tidsutfordringer, krav til øyeblikkelig handling, nødvendigheten av relasjonsbygging, skal helsehjelpen utøves med respekt og anerkjennelse for pasientens perspektiver (Eide og Eide, 2016). Når personellet anerkjenner og respekterer pasientens situasjon og livsperspektiver, vil helsehjelpen i større grad kunne ivareta pasientens innflytelse der det er mulig. Dialogen som utspiller seg i et slikt relasjonelt samspill vil igjen kunne skape forståelse hos pasienten om behov for endring, slik at bedring fremmes (Bøe og Thomassen, 2009). En slik dialog vil også kunne fremme forutsigbarhet som kan skape trygghet hos pasienten. Haugsgjerd (2010) henviser til Maslow sin behovspyramide hvor menneskets søken etter trygghet fremstilles som et grunnleggende behov.

Ambulanspersonellet kan gjennom dialogen, og dens iboende kommunikasjon, skape rom og aksept for gjensidig meningsutveksling som begrenser overraskende momenter i situasjonen. Slik jeg forstår Haugsgjerd, er dette sentralt for å skape ”...orden, struktur, forutsigbarhet og personlig trygghet” (s. 257). Av Bergem (2015) oppfatter jeg at dette er særlig viktig i møtet med pasienter som har psykiske helseplager, da mange av disse pasientene har relasjonelle skader som medfører sårbarhet ved utrygge og lite forutsigbare situasjoner. I motsatt fall vil utrygghet ”...kunne ta all oppmerksomhet hos et menneske i søkingen etter trygghet” (Haugsgjerd, 2010, s. 257).

## 3 Metode

I hensikt av å øke kunnskapen og erverve mer innsikt i problemstillingenes tema, valgte jeg litteraturstudie og kvalitativt forskningsintervju som metode.

### 3.1 Kvalitativ metode

Utgangspunktet for denne studien var å innhente kunnskap om pasientenes opplevelser og erfaringer med psykiatriambulansen. Utover i arbeidsprosessen så jeg at det også kunne være berikende for studien å få innsikt i erfaringene ambulansesarbeiderne på psykiatriambulansen hadde gjort seg i løpet av prosjektperioden. Ved dette kunne jeg få informasjon og kunnskap om erfaringene til både pasientene og ansatte.

I samtale med kollegaer, ansatte og medlemmer i prosjektgruppen opplevde jeg at deres refleksjoner rundt psykiatriambulansen ofte ble sammenliknet med hvordan denne transporten vanligvis ble utført med ordinær ambulanse og/eller politiet. Selv om det primært var psykiatriambulansen som skulle foreta denne transporten i prosjektperioden, ville det av kapasitetsmessige årsaker og situasjonsbetingede behov, bli benyttet både ordinær ambulanse og/eller politi også i og etter denne perioden. Disse ressursene ville altså bli benyttet videre, uavhengig av en eventuelle permanent etablering av en psykiatriambulanse. Av den grunn så jeg det også som hensiktsmessig å innhente informantenes erfaringer med de andre ressursene. Denne informasjonen kunne igjen gi økt innsikt og læring i arbeidet med kvalitetsforbedring av de prehospitale tjenestene i sin helhet i forbindelse med transport av psykisk ustabile pasienter.

Da jeg søkte kunnskap om informantenes erfaringer med de nevnte transportløsningene, ble det naturlig å velge kvalitativ metode for denne studien. Kvantitativ spørreundersøkelse, kunne også vært et aktuelt metodevalg. I følge Tjora (2013) kan du vurdere bruk av kvantitativ spørreundersøkelse når du har mye kunnskap om fenomenene på forhånd, samt tilgang på et stort antall informanter. Jeg hadde en forhåndsoppfattelse av at jeg kunne mye om temaene jeg skulle studere, men samtidig ønsket jeg ikke å definere mitt kunnskapsnivå på forhånd. Jeg gikk også ut i fra at tilgangen på informanter ville bli begrenset og ikke representativt til å kunne velge spørreundersøkelse som metode. Mitt mål var også ikke bare å få informasjon om informantenes tilfredshet med de ulike transportløsningene. Jeg ønsket

også en dypere innsikt i hvilke egenskaper og kvaliteter som hadde betydning for deres opplevelser. På bakgrunn av dette valgte jeg individuelle semistrukturerte intervjuer, som gav meg mulighet til å gripe fatt i temaer som dukket opp under veis i samtalene og som ikke var forhåndsdefinert av meg som intervjuer. Ved denne metoden kunne jeg styre tematikken i samtalen med en "...viss struktur og hensikt..." (Brinkman og Kvale, 2010, s. 23) gjennom åpne og forhåndsdefinerte spørsmål. Samtidig kunne åpne spørsmål motivere til ulike spontane digresjoner fra informantenes side.

Gjennom intervjuene hadde jeg til hensikt "...å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på å fortolke betydningen av de beskrevne fenomenene..." (Brinkmann og Kvale, 2010, s. 137). For å lykkes med dette, oppfatter jeg av Brinkmann og Kvale (2010) at det er viktig å skape en balanse i intervjusituasjonen mellom forhåndsbestemte temaer i intervjuguiden og behovet for å gi plass til spontane refleksjoner fra informantenes livsverden. Målet mitt var derfor å skape intervjusituasjoner som motiverte til en relativt fri samtale og åpen dialog, rundt rettlede temaer i intervjuguiden (Tjora, 2013). Med utgangspunkt i dette utarbeidet jeg en intervjuguide, én for pasientene og én for ambulansarbeiderne (vedlegg 1 og 2), hvor hovedvekten av spørsmålene var åpne, men de var samtidig knyttet opp mot et tema. For å kvalitetssikre intervjuguiden og utforske mine egenskaper som intervjuer, valgte jeg å gjennomføre et prøveintervju av en kollega som kjente fagfeltet godt. Erfaringene jeg gjorde la jeg frem for faglærer i metode og mine medstudenter, noe som medførte visse justeringer av intervjuguiden og mine intervjuteknikker.

## **3.2 Planlegging og gjennomføring**

Tanker og refleksjoner om tematikk og hvordan studien skulle gjennomføres startet jeg med når prosjektet med psykiatriambulansen ble vedtatt våren 2015. I planleggingen undersøkte jeg også om det var gjort liknende studier som hadde relevans til min undersøkelse. Det ble foretatt søk i PubMed, Psycinfo, Svemed, Google og Google Scholar. "Psykiatriambulanse", "Psychiatric ambulance", "Transportation of Patients AND psychiatry", ble bruk som søkeord. Jeg kontaktet også flere ressurspersoner innenfor dette fagfeltet, i hensikt av å få innspill og tips til eventuelle relevante studier. I tråd med hva jeg erfarte, hadde de også funnet få studier innenfor dette området. Resultatet ble funn av en masterstudie og en brukerundersøkelse. Masterstudien var en prospektiv studie hvor det ble foretatt en

sammenlikning mellom bruken av psykiatriambulanse, ordinær ambulanse og politiet ved transport av psykisk syke pasienter. Brukerundersøkelsen var en undersøkelse gjort i samarbeid med Universitetssykehuset i Nord-Norge, der brukere hadde intervjuet brukere om blant annet deres erfaringer med ulike transportordninger for disse pasientene.

På samme tid startet jeg søknadsprosessen for gjennomføring av studien i samråd med personvernombudet i Vestre Viken. Når jeg hadde mottatt godkjenning for gjennomføring av studien (vedlegg 3 og 4), startet jeg prosessen med innhenting av informanter. Dette arbeidet ble planlagt i samråd med Klinikk for psykisk helse og rus (PHR), men jeg skulle i utgangspunktet foreta den direkte kontakten med den enkelte pasient som av personellet på psykiatriambulansen var spurt og hadde samtykket i deltagelse. Da jeg begynte å kontakte pasientene erfarte jeg umiddelbart at det var nødvendig å ha et nærmere samarbeid med psykiatripersonellet i denne prosessen. Dette skyldtes blant annet at brukernes helsetilstand hadde endret seg fra det tidspunktet de hadde samtykket til deltagelse, til de ble kontaktet av meg. I samråd med PHR etablerte vi en tettere dialog mellom psykiatripersonellet, pasientene og meg. Dette gav positive resultater, hvor vi sammen greide å tilpasse etableringen av kontakt mellom meg og den enkelte pasient på en mer smidig måte. Når det angikk innhenting av informanter fra ambulansearbeiderne på psykiatriambulansen, ble alle forespurt om deltagelse. Deretter gjorde jeg et tilfeldig uttrekk av fem av disse.

Bortsett i fra ett intervju, ble alle foretatt i prosjektperioden for psykiatriambulansen. Intervjuene foregikk på forskjellige steder, hvor jeg lot den enkelte informant avgjøre sted for intervjuet. Det var også noen av pasientene som ønsket å bli intervjuet over telefon. Denne løsningen ble også godkjent av personvernombudet. Slik jeg oppfatter Tjora (2013) er dette en praksis som kan være med på å skape en tilstrekkelig trygg og avslappet stemning til at informantene føler det greit å dele personlige tanker og erfaringer. Både i forhold til kunnskapen informantene delte og den praktiske kommunikative delen i intervjuene, var en lærerik prosess. Jeg måtte gjøre noen justeringer underveis i intervjuprosessen, slik at jeg oppnådde en bedre flyt mellom forhåndsbestemte temaer i intervjuguiden og de mer spontane digresjonene som dukket opp under samtalene. Jeg opplevde at disse justeringene var med på å skape en relativt god atmosfære for en mer naturlig dialog.

Under telefonintervjuene skrev jeg notater. Ved de andre intervjuene ble det brukt diktafon. Transkriberingen utførte jeg fortløpende etter hvert intervju, og jeg anonymiserte alle opplysninger i den nedskrevne teksten. På bakgrunn av at jeg ønsket å ha med meg “ferske”

opplevelser fra intervjuene, og at jeg av sensitivitetshensyn ønsket å slette informasjonen på diktafonen så raskt som mulig, utførte derfor transkriberingen umiddelbart etter hvert intervju med påfølgende sletting av informasjonen. I omsetningen av samtalene til tekst, gjorde jeg noen redigeringer, naturligvis uten å endre innholdet, for å presentere meningsinnholdet på en adekvat måte. På grunn av disse redigeringene så jeg det da som nødvendig å kontakte den enkelte informant for å kvalitetssikre at innholdet samsvarte med informantens oppfatninger.

### **3.3 Valg av informanter**

Når jeg hadde valgt å skulle innhente informasjon fra pasientene, var det ulike hensyn jeg måtte ta når jeg skulle innhente informanter fra disse. Av erfaring visste jeg at de kunne være i en vanskelig livssituasjon som kunne hindre deltagelse. Av den grunn måtte jeg derfor beregne at jeg fikk et begrenset antall deltagere, samt et frafall av informanter som i utgangspunktet ønsket å delta i studien. Når det gjaldt informantene blant ambulansesarbeiderne, så hadde jeg på forhånd forespurt dem om deltagelse, hvor alle ønsket å delta. Bakgrunn for at jeg ikke intervjuet alle ambulansesarbeiderne, skyldtes primært at jeg ønsket å styrke anonymiseringen.

Slik jeg oppfatter Malterud (2013) kan et lavt antall informanter gi et rikt materiale dersom man har gjort et godt teoretisk forarbeid med tilegning av kunnskap om både fagfeltet man skal studere og det metodiske håndverket. Jeg kjente fagfeltet relativt godt, både i et teoretisk og praktisk perspektiv. Når det angikk metodehåndverket, så var jeg ydmyk for at jeg var i en læreprosess, og derav måtte jeg være var for at dette kunne påvirke resultatene i feltarbeidet og den analytiske tilnærmingen til dataene. Jeg var derfor helt avhengig av å ha en grundig og reflektert tilnærming til forskningsteorien i arbeidsprosessen med studien. I studien ønsket jeg å innhente både erfaringer med psykiatriambulansen, ordinær ambulanse og politiet, samt om psykiatriambulansen kunne bedre transporttilbudet for psykisk ustabile pasienter. Jeg vurderte det derfor som en styrke for studien å intervju pasienter som hadde erfaringer med alle de tre ressursene. Bortsett i fra én pasient, hadde de andre erfaringer fra å ha blitt transportert av psykiatriambulansen, ordinær ambulanse og politiet. Når det angikk utvalget blant de ansatte på psykiatriambulansen, fulgte jeg de samme prinsippene. Jeg valgte derfor å gjøre intervjuer av erfarne ambulansesarbeidere, som også arbeidet på ordinær ambulanse og hadde relativt mange erfaringer fra samarbeid med politiet ved transport av psykisk ustabile pasienter. I lys av Malterud (2013) så jeg dette som et strategisk utvalg, som trolig hadde et mulig potensiale



for å belyse erfaringene med alle de tre transportordningene. Utvalget ville inneha en variasjonsbredde i deres erfaringer, som jeg av Malterud (2013) oppfatter vil kunne gi muligheten til å beskrive flere nyanser. I mitt utvalg ville nyansene kunne fremkomme gjennom ulike personlige erfaringer med de forskjellige ressursene. Dette kunne også gi en mulighet til å danne et grunnlag for sammenlikning av erfaringer, noe som igjen kunne medføre en mulighet for å vurdere om psykiatriambulansen gav et bedre tilbud ved transport av psykisk ustabile pasienter.

### **3.4 Analyse av data**

I arbeidet med analysen av informasjonen fra informantene, så jeg dette systematisk i lys av problemstillingene. På et tidlig tidspunkt av analysefasen så jeg at datamaterialet representerte en noe annen vinkling enn hva som i utgangspunktet var intensjonen. Fra å skulle undersøke erfaringene med psykiatriambulansen, så jeg at informasjonen i stor grad også inneholdt erfaringer med ordinær ambulanse og politiet. Det ble derfor en justering av problemstillingene, slik at det ble et samsvar mellom dem og datamaterialet.

Alle intervjuene hadde jeg transkribert i sin helhet, og i det videre arbeidet var min tilnærming til analysen av datamaterialet inspirert av prinsippene for dekontekstualisering og rekontekstualisering (Malterud, 2013). Det vil si at jeg tok ut noe av informasjonen i datamaterialet som var relevant for det jeg ville undersøke, samtidig som jeg så dette i lys av andre elementer i materialet. For å sikre at uthentet datamaterialet fortsatt stemte med tekstinnholdet jeg hadde hentet det ut i fra, foretok jeg en vekselvis sammenlikning mellom uthentede data og transkriberingen i sin helhet. I følge Malterud (2013) er dette et av de viktigste tiltakene forskeren kan gjøre for å hindre en reduksjonisme av innholdet. Jeg hadde med andre ord også fokus på å følge de hermeneutiske og fenomenologiske prinsipper i bearbeidingen og tolkningen av teksten. Målet mitt var ”...å representere informantens stemme så lojalt som mulig...” (Malterud, 2013, s. 45), uten at min forforståelse og min teoretiske referanseramme preget meningsinnholdet i informasjonen fra informantene. Til sammen var det 10 temaer som primært var gjeldende. Ut i fra hvert tema hentet jeg ut relevant tekst, samtidig som jeg så dette opp mot helheten i hvert enkelt intervju. Synspunkter og beskrivelser av de ulike temaene var både ulike og sammenfallende. Når jeg sorterte teksten var jeg derfor opptatt av å få fram de ulike nyansene i informantenes beskrivelser, og

av den grunn skrev jeg notater til hvert tema i forhold til hva som fremkom i teksten til den enkelte informant.

Da jeg hadde presentert funnene, så jeg disse opp mot egne synspunkter og i lys av relevant teori og forskning.

### **3.5 Ethiske hensyn**

Ethiske overveielser har vært en viktig og essensiell del av arbeidsprosessen. Kjernen i arbeidet handlet om innhenting og håndtering av informasjon fra informantene som kunne være av en høyest sensitiv karakter dersom dataene ikke ble forvaltet på en riktig måte. Når det gjaldt pasientene, var det også viktig at jeg var varsom for deres eventuelle psykiske belastninger under intervjuene, da samtalene kunne vekke traumatiske opplevelser. Ethiske vurderinger hadde derfor en essensiell plass gjennom hele arbeidsprosessen, fra planleggingen til presentasjon av masteroppgaven.

I samråd med personvernombudet ble det utarbeidet et informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene om deltagelse i undersøkelsen (vedlegg 5 og 6). For å trygge informantene fremla jeg denne informasjonen også muntlig før hvert intervju. Jeg informerte den enkelte deltager om undersøkelsens formål og at deltagelsen var frivillig. De fikk også informasjon om at alle opplysninger fra dem ville bli håndtert som sensitive opplysninger og videre anonymisert i det skriftlige arbeidet. Hver informant, bortsett i fra telefonintervjuene hvor jeg skrev notater, ble forespurt om bruk av diktafon eller om de ville jeg skulle skrive notater. Da jeg skulle bruke sitater fra intervjuene i masteroppgaven, spurte jeg også informantene om deres tillatelse til dette. Alle informantene gav sin godkjenning til dette, men samtidig informerte jeg om at de kunne trekke tilbake denne tillatelsen fram til masteroppgaven ble utgitt. Jeg visste også ved prosjektets start at det fra ulike instanser ville bli etterspurt om resultater fra undersøkelsen før ferdigstillelse av masteroppgaven. Da informantenes sitater var beskrivende og gav et godt bilde på dere opplevelser, ble de forespurt om bruk av disse i ulike faglige fora, noe de også godkjente.

Før og underveis i intervjuene reflekterte jeg over min rolle som forsker og hvordan min adferd, holdninger og refleksjoner kunne påvirke informantene og intervjuene for øvrig. Slik jeg oppfatter Brinkmann og Kvale (2010) er dette noe av ansvaret til forskeren. På bakgrunn av min kunnskap om fagfeltet, fra tidligere arbeid i psykisk helsevern, visste jeg at temaene

jeg ville undersøke kunne utløse vanskelige tanker hos pasientene. Til en viss grad kunne jeg kontrollere dette i min spørsmålsstilling. På en annen side var jeg også opptatt av en åpenhet i samtalene, uten særlig rigid styring fra meg, slik at det i læringssammenheng kunne oppnås en nærhet og dybdeinnsikt i deres erfaringer. Jeg så det derfor som viktig at jeg var oppmerksom på informantenes reaksjoner og derav tilpasset min spørsmålsstilling etter pasientenes reaksjoner. I hensikt av beredskap for pasientene og den enkeltes eventuelle emosjonelle reaksjoner i intervjuet, gjennomførte jeg en samtale om dette og hvordan de hadde det etter hvert intervju. Det ble riktig nok ikke behov for videre oppfølging av den enkelte pasient, men jeg åpnet også opp for å bistå til å opprette kontakt med aktuell hjelpeinstans dersom det var nødvendig etter intervjuene. Når det angikk ambulansesarbeiderne, foretok jeg også en muntlig informering om studien og deres deltagelse på linje med hva jeg gjorde ovenfor pasientene. Ambulansesarbeiderne godkjente også bruk av deres sitater i oppgaven, samt i ulike faglige fora før ferdigstillelse av masteroppgaven.

## 4 Presentasjon av resultater

Temaene vedrørende makt, kunnskap og kommunikasjon, som jeg hadde valgt å ta utgangspunkt i ved intervjuene, opplevde jeg i stor grad å være treffende for hva som var toneangivende i informantenes opplevelser. Noe av årsaksforklaringen til dette kunne naturligvis ligge i mine initiativ til temaer i spørsmålsstillingen, men jeg opplevde at disse temaene også var fremtredende i informantenes mer frie beretninger. I intervjuene fremkom det også andre områder informantene var opptatt av. Pasientenes beskrivelser inneholdt også temaer vedrørende stigmatisering, holdninger, forståelse, respekt og personellens opptreden.

I intervjuene var det tydelig at maktutøvelse var et tema informantene var opptatt av og preget deres inntrykk av ulike hendelser. Både hos pasientene og ambulansesarbeiderne fremkom det hos flere at de hadde forståelse for at det ved noen situasjoner var nødvendig å bruke makt for å ivareta pasienten, men på en annen side rettet de også kritiske bemerkninger til grunnlaget for maktbruk ved ulike hendelser, samt hvordan maktutøvelsen ble utført. Ofte hadde pasientene følt økt angst, redsel og uro når de hadde blitt påført maktbruk, men det var også noen som hadde følt dette som trygghetsskapende ved enkelte hendelser. Hvordan maktutøvelsen ble opplevd, både av pasientene og ambulansepersonellet, kunne oppfattes å være avhengig av hvordan den ble utøvd, personellens kommunikative opptreden og at det ble brukt tid på å finne andre løsninger i samråd med pasienten og personellet for øvrig.

Når det angikk kunnskap og erfaring var informantene generelt opptatt av dette. Pasientene opplevde at det var liten kunnskap generelt blant ambulansepersonell og politiet.

Ambulansepersonellet på sin side, følte også de hadde for liten kunnskap om psykiske lidelser og hvordan de skulle håndtere slike situasjoner. Dette gjaldt både den teoretiske kunnskapen og erfaring fra arbeid med psykisk ustabile pasienter. Generelt mente de psykiatripersonellet var gode på dette området. Ambulansesarbeiderne fremhevet også systemkunnskapen psykiatripersonellet besatt. På bakgrunn av psykiatripersonellens kompetanse, på ulike behandlingstilbud og behandlingsnivåer, mente flere at de hadde et større handlingsrepertoar i å kunne etablere hensiktsmessige løsninger for den enkelte pasient. Mange av pasientene var også kjente for psykiatripersonellet, noe de opplevde som trygghetsskapende for pasientene og personellet for øvrig.

Hjelpepersonellets fremtreden, i et kommunikativt og relasjonelt samspill med pasientene, var også noe informantene var opptatt av. At hjelpepersonellet opptrådte med respekt og anerkjennelse ovenfor pasientene, hadde betydning for hvordan pasientene følte seg i og etter hendelsene. Dette var også noe ambulanspersonellet opplevde. Flere mente at måten hendelsene ble intervensert av ambulanspersonellet og politiet, hadde stor betydning for hvordan situasjonene utviklet seg og hvordan samspillet med pasientene ble videre i oppdraget. Hvordan hjelpepersonellet kommuniserte med pasientene hadde her en essensiell rolle. Enkelte av ambulanspersonellet beskrev både situasjoner hvor den relasjonelle situasjonen hadde feilet, på bakgrunn av ufordelaktige kommentarer og handlinger, samt situasjoner hvor det kommunikative samspillet hadde lyktes på tross for store utfordringer på dette området i en initial fase av oppdraget.

## 4.1 Opplevelsen av makt

Maktbegrepet og maktbruk var et sentralt tema for alle informantene. Det var noe varierende hvordan de beskrev sine tanker og opplevelser av maktbruken, men gjennomgående ble dette temaet i stor grad beskrevet i negative betydning. I hovedsak var det den fysiske og direkte bruken av makt som var mest fremtredende i beskrivelsene, men det kunne også oppleves at makt kunne være tilstede i en mer subtil form, som for eksempel via uniformering, hjelpepersonellets adferd og språk, samt viten blant pasientene om at fysisk makt kunne utøves dersom de ikke etterkom helsepersonellets og politiets krav.

Åtte av de ni pasientene jeg intervjuet hadde opplevd å bli utsatt for fysisk makt ved flere anledninger. Pasienten som ikke direkte hadde opplevd denne formen for makt, hadde et mer fryktbasert forhold til dette. Det var primært politiet som ble knyttet til den fysiske maktbruken, men ambulanspersonellet på ordinære ambulanser ble også forbundet med dette, da det ble opplevd at disse ofte hadde med seg politiet. Det kunne forstås at det kunne være lett tilbøyelighet til å bruke fysisk makt og mindre fokus på å finne andre løsninger. En av pasientene uttrykte at politiet *”...blir fort sånn at du må bare være med oss eller så tar de deg fysisk med.”* En av de andre pasientene syntes *”...ofte de bruker alt for mye makt uten å finne andre løsninger.”* Blant ambulansarbeiderne eksisterte det også slike opplevelser når det for eksempel ble beskrevet at når politiet kommer, får pasienten mange ganger *”...to alternativer, og hvis ikke pasienten straks responderer på dette, så blir det maktbruk, og så reiser vi. Pasienten får ofte et valg og biter de ikke umiddelbart på dette, så blir det makt.”*

En pasient beskrev både en lett tilbøyelighet til bruk av makt, samt en mer rutinepreget maktbruk når han uttrykte:

*”Hadde det vært politi, så hadde det sikkert blitt håndgemeng og håndjern. Og som regel har det vært bruk av håndjern uansett. Jeg husker en gang de kom hjem til meg. Da stod de å skreik “politi” på utsiden. Og de kravlet gjennom vinduet, når jeg ikke svarte med en gang. Jeg satt jo på do. Jeg fikk ikke tørket meg en gang før håndjerna var satt på. Jeg spurte da om de ikke kunne la være å sette på håndjerna, men da fikk jeg beskjed om at det var standard prosedyre.”*

Mer prosedyrepreget bruk av håndjern var det også en annen pasient som hadde opplevd:

*”...politiet sa at det var for sikkerhetsskyld de brukte det, men jeg er jo ikke noen person som slåss eller er voldelig på noen måte.”*

Det var også pasienter som beskrev ulike maktsituasjoner hvor det kunne oppfattes at de satt igjen med traumatiske opplevelser av hendelsene. Flere beskrev og knyttet dette til situasjoner med overdreven maktbruk hvor maktutøvelsen var lite tilpasset til hva de oppfattet var nødvendig i situasjonene. En av pasientene sa: *“Jeg føler de ofte truer med makt og bruker mye makt unødvendig.”* Pasienten hadde også opplevd makten som brutal, noe som hadde medført økt angst og uro. Hun beskrev det på følgende måte: *”Synes også politiet mange ganger har vært unødvendig hardhendte og brutale når de har mått holde meg. Jeg blir mer nervøs og aggressiv når de bruker makt. Det øker angsten og jeg blir mer sint.”* En annen av pasientene beskrev noe av de samme opplevelsene:

*“Jeg har blitt lagt i bakken med håndjern, å jeg føler dette mange ganger har vært overdrevet. Føler de (politiet) kan være lit macho. Det verste er å bli slått med batong. Har også opplevd å bli slått av dem for at jeg skal slutte å kutte meg. Føler makten de bruker mange ganger er overdreven. De må ha tålmodighet og lugne ned, ikke stress og mas fordi det går litt sent i hodet når du er syk.”*

Det fremkom at pasientenes sykdom kunne medføre at de i utgangspunktet hadde økt skepsis til omgivelsene og at hendelser med maktbruk forverret deres situasjon. Disse erfaringene hadde også medført økt angst og frykt i etterkant hos flere av pasientene, noe som hos flere hadde skapt et generelt negativt inntrykk av politiet. En av pasientene uttrykte det slik:

*“Jeg har mange ganger blitt transportert av politiet og har veldig mye negative erfaringer med politiet og deres overdrevne maktbruk. De knakk blant annet mitt håndledd ved en hendelse. På grunn av min sykdom er jeg i utgangspunktet skeptisk, og maktbruken til politiet forverrer min situasjon. Jeg blir mer angstfylt. For eksempel ved en hendelse hvor politiet var tilstede stod jeg og knyttet nevene for å prøve å samle meg sjøl. Jeg var ikke farlig for dem, men det endte med at de fysisk holdt meg, og det var ikke nødvendig da.”*

Det var særlig slike situasjoner, hvor det ble opplevd at maktbruken var overdreven, som gav inntrykk både hos pasientene og ambulansespersonellet. Et av ambulansespersonellet beskrev en konkret hendelse hvor det kunne oppfattes at han ikke bare syntes maktbruken var unødvendig, men han opplevde at maktutøvelsen satte begrensinger for videre samarbeid mellom personellet og pasienten. Maktbruken politiet utøvde i denne situasjonen hadde gjort inntrykk på ham. Han hadde også opplevd liknende hendelser tidligere når han hadde arbeidet på ordinær ambulanse. I dette tilfellet var det en pasient som motsatte seg innleggelse, men som han sa; *“... på ingen måte utøvde noen fysisk trussel...”* mot personellet på stedet. Da pasienten gav uttrykk for at hun ikke ønsket innleggelse, forsøkt personellet fra psykiatriambulansen å motivere henne til å bli med til undersøkelse hos lege ved hjelp av samtale. Da pasienten ikke øyeblikkelig responderte på dette, tok politiet henne fysisk inn i psykiatriambulansen, hvor det i prosessen ble utøvd makt i form av holding og fysisk bøyning av ledd med påfølgende smertepåvirkning. Personellet sa samtidig at han forstod det kunne være situasjoner hvor slike handlinger kunne være påkrevet for å få kontroll på pasienten, men han følte dette var unødvendig i denne og flere andre situasjoner han hadde erfart. På en annen side var det både pasienter og ambulansespersonell som følte trygghet når politiet var tilstede. En av pasientene følte både trygghet ved at politiet var hos ham og at han ble påsatt håndjern, selv om maktutøvelsen ble begrunnet med *“...for sikkerhetskyld...”*. Han forstod at noen sikkert kunne føle utrygghet og redsel når politiet kom for å transportere, men for hans del, uttrykte han flere ganger at han både følte seg ivaretatt og trygg når politiet kom. En av de andre pasientene hadde et mer ambivalent forhold til politiet:

*“Det ser jeg på som skummelt egentlig. Men det er kanskje en feiltolkning en kan ha av politiet, men med en gang jeg ser en politibil så blir jeg redd, men egentlig skal du jo føle deg trygg, da de er for å passe på oss.”*

Hovedsakelig var det som sagt politiet som ble forbundet med maktbruk, men det fremkom også informasjon om at de hadde blitt utsatt for tvang og maktutøvelse fra helsepersonell. På

spørsmål om pasientene opplevde noen forskjell i hvem som utførte maktutøvelsen, og hva som eventuelt utgjorde forskjellen i opplevelsene, handlet det i stor grad om faktorer som bruken av håndjern, medmenneskelighet og omsorg. Flere av informantene la også spesielt vekt på viktigheten av å ta seg tid til en samtale. I et overordnet perspektiv fremkom det at pasientene følte psykiatrispersonellet tok mer hensyn når makt ble utøvd. En av pasientene uttrykte at: *“På sykehus tar de mer hensyn. Jeg føler de har mer respekt for at slik tvang er en stor inngripen i en persons liv. Jeg føler ikke politiet tar samme hensyn.”* Ofte ble inntrykkene beskrevet i et overordnet perspektiv med sammenlikning mellom helse og politiet. På en annen side kunne det oppfattes at hendelsene, positive eller negative, handlet om møte med enkeltpersoner fra politiet eller helse. Eksempelvis uttrykte en av pasientene følgende:

*“Det har kommet veldig an på hvem som kommer. Noen har faktisk satt seg ned og pratet med meg og noen sier bare at “nå må vi dra”. Og hvis ikke så er det tvang - fysisk.”*

Det var også en av pasientene som forstod at det noen ganger var behov for maktutøvelse ovenfor henne, men hvordan hun opplevde det, var veldig avhengig av hvordan de utførte maktutøvelsen. Samtidig fremkom det hos flere av pasientene at det ikke var så mye som skulle til før deres situasjon kunne bli bedre i møte med hjelpepersonellet. En annen av pasientene sa det slik:

*“Det er ikke så mye som skal til. Bare det at de setter seg ned hos meg og prater med meg, er til veldig god hjelp. Det roer meg ned. Noen i politiet har gjort det, og det er veldig godt. Føler jeg blir ivaretatt på en god måte og respektert for den jeg er.”*

Det var særlig viktigheten av at personellet tok seg tid til samtale som ble fremhevet av både pasientene og ambulanspersonellet, og som det eksempelvis fremkommer i sitatet ovenfor, kunne dette virke beroligende og forebygge nødvendigheten av maktutøvelse. I motsatt tilfelle kunne det oppfattes at maktutøvelse kunne øke konflikten. Dette gjaldt spesielt når det ble brukt håndjern. Det kunne oppfattes av enkelte informanter at de syntes situasjonene kunne være enklere når politiet ikke var tilstede. En av pasientene knyttet dette spesielt til politiets bruk av håndjern, når han uttrykte det på følgende:



*”Hadde det vært ambulanse som hadde kommet og ringt på døra, så hadde det vært en annen sak. Da hadde jeg blitt med med en gang. Når de setter håndjern på meg vil jeg ikke bli med. Bruk av håndjern er ikke bra, i hvert fall ikke når de har med psykisk syke å gjøre.”*

Det var flere av pasientene som følte enkelte personell fra både ordinær ambulanse og politiet hadde lett for å ”hause” opp situasjonene, noe som ofte medførte økt uro og konflikt. En av informantene beskrev det på følgende måte:

*”Andre velger mer en ydmyk tilnærming. Går mer diskre fram. Snakker med meg... Jeg trenger ikke mer opphausing for jeg er allerede opphauset. Begynner heller å forsvare meg når de hauser opp situasjonen.”*

Opplevelser i en mer stigmatiserende retning fremkom også i forbindelse med politiets tilstedeværenhet og maktbruk. En av pasientene uttrykte at det absolutt var behov for politiet noen ganger, men at det også var viktig med et annet tilbud hvor det kom personell med kompetanse på psykiatri. Dette var med tanke på hans erfaring med politiets maktbruk og at han følte seg som en *”...forbryter...”* når de hentet og satte på ham håndjern når han var psykisk syk. Dette hadde blant annet medført vanskeligheter for ham i forhold til naboene, da de hadde blitt reddet for ham, og han uttrykte det på følgende måte:

*”Dette er en av grunnene til at jeg synes det er veldig positivt med det nye tilbudet med psykiatriambulanse. Dette er meget bra og dette er veldig fint for mange. Ambulansen har da ikke håndjern og den er uniformert som en ambulanse, slik at det ikke synes så godt for naboene, de kan tro det er en annen sykdom enn psykiatri.”*

Det var flere av pasientene som var opptatt av hvordan det å bli hentet av ambulanse i samarbeid med politiet påvirket deres forhold til omgivelsene. En av informantene beskrev det på følgende måte:

*“En annen ting er også når jeg selvskader meg, så ser det ut som det er terror i gata. Det er ambulanse og masse politi i gata. De gjemmer deg ikke bort akkurat. Jeg har jo hørt at naboer kaller huset mitt for “terrorhuset.” Det er ikke så lett å komme hjem igjen da, i nabolaget. Det er kleint, naboer lurere og tørr ikke å spørre meg. Jeg føler de synes det er vanskelig å snakke med meg, føler de prøver å gjemme seg. Når jeg bodde [...] var det foreldre i klassen til ungene mine som kunne komme fulle å spørre meg om jeg var farlig. De er skeptiske til å sende barna til meg på grunn av alt oppstyret.”*

## 4.2 Kunnskaps- og erfaringsgrunnlagets betydning

Samtlige av de 14 informantene jeg intervjuet så på kunnskap og erfaring fra psykisk helsearbeid som en viktig kompetanse hjelpepersonell burde inneha i møte med psykisk ustabile pasienter. De fleste anså kunnskap på dette området som en nødvendighet for å kunne forstå den psykisk lidende. Flere av informantene anså også dette som en viktig komponent for at hjelpepersonellet skulle kunne møte disse pasientene og deres utfordringer på en best mulig måte.

Det var varierende hvordan pasientene opplevde hjelpepersonellens kunnskap på dette fagområdet. I flere av intervjuene uttrykte pasientene at de ofte følte det var mangelfull kompetanse både blant politi og ambulanspersonell. En av pasientene uttrykte følgende om politiet: *“De er lite kompetente på psykiske problemer og jeg føler de ikke helt vet hvordan de skal håndtere slike situasjoner.”* En annen pasient sa at når han forsøker *“...å forklare hvordan man har det, så ser jo politiet ofte ut som noen spørsmålstegn, de vet ikke hva de skal si til meg, og de vet ikke hva de skal gjøre med det.”* Om ambulanspersonell var det en av de andre pasientene som uttalte følgende: *Jeg kan jo møte vanlig ambulanse. De er mest fysisk, somatikk altså. De kan ikke så mye om det psykiske.”* Det fremkom også andre synspunkter på dette. En av pasientene hadde møtt forståelse hos ambulanspersonellet, og hun uttrykte følgende: *“Jeg har følt meg trygg på ambulanspersonellet. Jeg har opplevd at de forstår hvordan det er å være psykisk syk.”* Når det angikk positive erfaringer med politiet, var det pasienter som hadde følt seg godt ivaretatt av enkelte personell. Selv om pasientene hadde følt at politiet ikke hadde forstått deres situasjon, følte de at politiet hadde uttrykt en ydmykhet for deres manglende kunnskap, samtidig som de hadde vist en interesse for å forstå pasientenes situasjon. Pasientene hadde på bakgrunn av dette opplevd møtet med politiet på en positiv måte. I intervjuene av ambulanspersonellet fremkom det også at flere opplevde *“...mange flinke...”* personell fra politiet, som håndterte pasientene og situasjonene på en god måte. Samtidig var det flere av ambulanspersonellet som mente det manglet kompetanse om psykiatri i både ambulansetjenesten og politiet. I samtale om dette var det eksempelvis en av ambulansarbeiderne som sa at; *“... vi har ikke den kunnskapen på hvordan vi skal håndtere dette best mulig. Det går sikkert på mange andre elementer også, men kunnskap, [...] og erfaring har mye å si her.”* I flere av intervjuene med både pasientene og ambulanspersonellet ble det ofte en sammenlikning mellom ambulanse og politi på den ene

siden og personellet fra psykiatrien på den andre siden. Erfaringen og kompetansen de følte personellet fra psykiatrien representerte ble av alle informantene fremhevet som nødvendig i møte med psykisk ustabile pasienter. I samtale om dette uttrykte for eksempel en av ambulansesarbeiderne følgende:

*“De sitter jo inne med en helt annen kunnskap på dette området, både når det gjelder psykiske lidelser i seg selv og behandlingen, som ambulansespersonellet ikke har. De har generelt mer kunnskaper på dette området, mer enn det vi kan, slik at pasientene blir møtt på en bedre måte på dette området. [...]. Pasientene har jeg inntrykk av er opptatt av hva som vil skje når de blir lagt inn. Jeg tror dette er essensielt for å skape trygghet. De har jo en forventning om hva som skal skje. Vi har jo ikke samme kunnskapen på dette området som psykiatripersonellet.”*

Det kan ses at personellet her kommer inn på at kunnskap og erfaring hadde betydning for hvordan pasientene ble møtt. Fra pasientenes side var det en generell oppfatning at psykiatrikompetansen kom spesielt til syne i forståelsen og respekten de møtte hos psykiatripersonellet, og som en av pasientene sa: *“Jeg føler at de har rett kompetanse, samt at de forstår og respekterer det å være psykisk syk.”* I tillegg til kompetansens betydning for hvordan pasientene ble møtt og behandlet, fremkom det også hos fire av ambulansespersonellet at psykiatripersonellet hadde en organisatorisk systemkompetanse. Det ble derav opplevd at kompetansen psykiatripersonellet besatt, gav et større handlingsrepertoar i ulike hensiktsmessige strategier i møte med den enkelte pasienten. Eksempelvis beskrev en av ambulansesarbeiderne sine opplevelser av dette på følgende måte:

*“...kunnskapen psykiatripersonellet besitter, føler jeg kan være til stor hjelp for å finne andre typer løsninger ute. At de for eksempel kan se at innleggelse for en pasient ikke er hensiktsmessig ut i fra hvordan pasienten er akkurat nå. Fordi de kjenner både lidelsen og systemet, har de større kunnskap om alternative tiltak enn innleggelse, som kanskje for den enkelte pasienten er mer hensiktsmessig på det aktuelle tidspunktet.”*

Blant ambulansespersonellet og pasientene fremkom det altså at kunnskap og erfaring fra psykisk helsearbeid var en viktig, og i mange tilfeller en essensiell faktor, i møte med den psykisk ustabile pasienten. Kunnskap og erfaring om psykiske lidelser var også en viktig komponent for personellens evner til å finne hensiktsmessige løsninger for den enkelte pasient. Samtidig var flere av ambulansespersonellet som var opptatt av at kunnskap og

erfaring gav dem en trygghet i møte med pasienter med ulike problemstillinger. Dette gjaldt spesielt i møte med psykisk ustabile pasienter, hvor flere av ambulanspersonellet beskrev situasjoner hvor de hadde følt seg utrygge både i det mellommenneskelige møte og når det gjaldt å finne løsningsalternativer for pasientene. For eksempel var det et av ambulanspersonellet som sa:

*“Jeg tror den tryggheten kommer av trening, de vet mer om grunndiagnosene, adferdsmønsteret til disse pasientene, fordi de har erfaringer med å jobbe med psykisk ustabile pasienter. De har vært i slike situasjoner mange ganger tidligere. Og jeg mener at når man har gjort ting igjen og igjen, blir man flinkere, og jo flinkere man er, jo tryggere blir man. Selv om man i utgangpunktet har gode egenskaper i møte med andre mennesker, så krever disse situasjonene ofte noe ekstra, og når man ikke har trening i dette, så er det lett for at man blir usikker selv, samt at man overfører usikkerhet på de rundt seg. Jeg opplevde psykiatrispersonellet skapte en trygghet...”*

Informanten her var opptatt av viktigheten av trygghet for personellet som igjen smittet over på både pasienten og kollegaene. Det var også flere av ambulansarbeiderne som var opptatt av dette, spesielt i situasjoner hvor det kunne være fare for at pasienten skulle fysisk utagere. For eksempel uttrykte en av disse følgende:

*“...jeg opplevde at de har en kompetanse som gjør at de i større grad enn oss klarer å lese og forstå når pasienten kan være truende og farlig. De har kunnskap og forståelse for når farene er der. De leser pasientens adferd på en bedre måte, fordi de har kunnskapen.”*

I samtale om kunnskapen og erfaringens betydning fremkom det hos alle ambulansarbeiderne at det generelt var for lite fokus på den delen av faget som omhandlet psykiatri. Dette gjaldt både innenfor utdanningsinstitusjonene og i den generelle fagutviklingen i tjenesten. Eksempelvis var det en av ambulansarbeiderne som uttrykte følgende i samtale om dette temaet:

*“Jeg har i mange år sagt noe om at jeg mener at vi burde hatt noe mer praksis i psykiatrien for å få den kunnskapen som er nødvendig i behandling av disse pasientene. Det er jo pasienter i krise. Det er mange typer kriser. Det kan være traumekrise, somatisk krise, mens en psykisk krise, den må kanskje håndteres på en annen måte.”*

Det var flere av ambulansesarbeiderne som mente at faget psykisk helsearbeid i langt større grad enn i dag må inn som et obligatorisk pensum i både ambulanseutdanningen på videregående nivå, samt i paramedic-utdanningen.

### **4.3 Opplevelsen av møtet med ulike personell i et kommunikativt og relasjonelt samspill**

Pasientene jeg intervjuet var opptatt av hvordan de hadde blitt møtt av hjelpepersonellet. Det kunne oppfattes at dette kunne ha stor betydning for hvordan de følte seg i og etter situasjonene når de ble hentet av ulike instanser. Det var de dårlige opplevelsene som ble mest toneangivende i intervjuene. Om det var på grunn av mange negative erfaringer eller om disse opplevelsene hadde satt sterke spor i deres opplevelser er usikkert, men det kunne oppleves at det handlet om en kombinasjon av begge deler. Det var flere temaer som fremkom i samtalen vedrørende hvordan de hadde opplevd møtene med hjelpepersonellet, og i stor grad handlet det om ulike aspekter i kommunikasjonen.

Overordnet var det ulike faktorer ved måten hjelpepersonellet kommuniserte på som hadde lagt grunnlaget for pasientenes opplevelser. Dette gjaldt både den verbale og nonverbale kommunikasjonen. Det handlet i stor grad om måten det var kommunisert på og hvordan hjelpepersonellets holdninger fremkom. Beskrivelser av holdninger til psykisk sykdom var et tema som gikk igjen i intervjuene. De fleste av pasientene beskrev ulike situasjoner hvor de følte, spesielt ambulansepersonellet, ikke hadde aksept for psykisk sykdom som reel sykdom. For eksempel beskrev en av pasientene dette på følgende måte:

*”Det kan virke som psykisk ikke er så mye verdt som fysisk. Det virker som de kaster bort tiden sin på det psykiske når det finnes på en måte ordentlige syke, som de synes da.”*

I noen av samtalen med pasientene sammenliknet de deres opplevelser av ambulansepersonell og politi. Når det angikk kunnskap fremkom det, som jeg har vært inne på tidligere, at det ble opplevd liten kompetanse på dette området både blant ambulansepersonell og politiet. Når det gjaldt akseptering av psykisk lidelse, var situasjonen litt annerledes. Det var flere beskrivelser hvor det kunne oppfattes at ambulansepersonell kommuniserte og opptrådte på en måte som gav pasientene en følelse av at de ikke fikk aksept for sin lidelse og sine utfordringer, kontra politiet, som flere beskrev som mer ydmyke. Flere av pasientene hadde erfaringer med både politiet og ambulansepersonell, og i en av samtalen

om dette temaet sa pasienten følgende når jeg spurte om hennes erfaringer med de forskjellige profesjonene:

*“Ja, det har jeg, masse, men jeg roser heller politiet enn ambulanse. Jeg føler ambulanse ser på psykisk syke som ikke å være syke. Føler psykisk sykdom er en belastning for dem. Føler politiet har mer rom for denne sykdommen, kanskje fordi de er mer borti psykiske vanskeligheter i ulike situasjoner. Handler mye om hvem du møter.”*

Under intervjuet beskrev pasienten flere situasjoner hvor hun hadde følt seg latterliggjort og ikke respektert, og når jeg spurte nærmere om hva som hadde medført til denne følelsen, beskrev hun for eksempel følgende:

*“Når de for eksempel sier; “ta deg sammen, du er voksen og har to barn”, da føler jeg ikke akkurat at jeg blir respektert. Jeg føler meg mer latterliggjort, føler de ikke har noen forståelse for hvordan det er å være psykisk syk. At de bruker barna i disse sammenhengene, er ekstra vondt. Jeg er jo syk, jeg klarer ikke, som de sier, å ta meg sammen når jeg har det så vanskelig. Det er jo det som er mye av problemet.”*

Videre beskrev hun forskjellige eksempler på kommunikasjon og opptreden fra både politiet og ambulanspersonell som hadde medført at hun hadde følt seg til ”byrde”:

*”Mange ganger har jeg følt å være til byrde, hvis du skjønner. Jeg har for eksempel mange ganger fått beskjed om å oppføre meg. Når du er psykisk syk, handler det ikke om å oppføre seg. Når jeg er syk, har jeg det så vanskelig at jeg har problemer med å forstå min situasjon, og enda vanskeligere er det å..., det de kaller å oppføre seg. [...]. Det er akkurat som jeg føler de kaster bort tiden på meg. Jeg føler de ikke er opptatt av hva som kan hjelpe meg, men mer hva mine handlinger gjør og krever av dem liksom. [...]. Jeg synes også de ofte snakker om hvor mye de har jobbet. Det er ofte på kvelden og natten jeg får det vanskelig og begynner å selvske meg. Og når du er syk, er det for eksempel ikke nødvendig å høre om at de har jobbet tre netter på rad, og at de er trøtte og slitne av den grunn. Det hjelper liksom ikke meg.”*

På spørsmål om hvordan hun opplevde psykiatriambulansen og dets personell svarte hun følgende:

*“De har brukt god tid og jeg har fått lov til å bruke god tid til å forberede meg på å bli med. [...] Bare det at de setter seg ned ved siden av meg, er beroligende. Jeg føler ikke det tidspresset, som jeg kan oppleve både hos politiet og ambulanspersonellet på vanlig ambulanse. Psykiatripersonellet føler jeg møter meg mer som et helt menneske, ikke bare en person som selvskader seg. Psykiatripersonellet fokuserer mer på hva jeg har behov for av hjelp og hvilken hjelp som kan tilbys meg. De er ikke så opptatt av handlingene mine, at jeg selvskader meg. De viser mer omsorg gjennom for eksempel å trygge meg, forberede meg på hva som skal skje videre [...]. Og det er jo fordi de kjenner faget og hjelpen. Det er annerledes med de vanlige ambulansfolka og politiet, som ikke kjenner faget psykiske lidelser. Eller... De vanlige ambulansfolka tror de kjenner faget, men det gjør de ikke... De kan heller kjeft på meg og be meg oppføre meg. Det kan politiet gjøre også, men de er mer ydmyke og spørrende i forhold til min situasjon. De er mer ærlige på at de ikke kan faget. Jeg vil heller ha politiet enn vanlig ambulanse. Ambulanse hauser det mer opp liksom. Jeg har flere ganger følt at ambulansfolka er drit leie av sånne som meg.”*

Temaene som pasienten her uttrykker som viktige for henne kom også fram hos flere av de andre pasientene. De var opptatt av å få tid. Det at hjelpepersonellet tok seg tid til å prate med dem og høre hvordan de hadde det var spesielt viktig. Hjelpepersonellet som gjorde dette opplevde de representerte en omsorg og medmenneskelighet som kunne være til hjelp for dem. Pasientene var også opptatt av hvordan hjelpepersonellet kommuniserte. Det kunne oppfattes at de var vare for dette, og som pasienten jeg ovenfor har sitert, var det flere som hadde opplevd direkte sårende kommentarer som satte følelsesmessige spor hos dem.

Når jeg skulle intervju ambulansepersonellet var jeg blant annet nysgjerrig på hvordan de opplevde sin yrkesgruppe, i møte med psykisk ustabile pasienter. I disse intervjuene ble det også ofte til at de sammenliknet seg med hva psykiatripersonellet representerte med tanke på kompetanse, forståelse for psykiske lidelser, opptreden og kommunikasjon. På spørsmål om hvordan de opplevde psykiatripersonellens opptreden og fremtoning, svarte for eksempel en av informantene følgende:

*“Jeg har dannet meg et bilde av at de har en større forståelse for psykisk syke pasienter. De har en større forståelse for hvorfor pasienten er som den er, kontra oss som kanskje kan være litt forutinntatte og kanskje tenke at dette er tull, altså negativ ladet holdning til psykiatri. Jeg har opplevd at noen tar dette som surr og tull. Nå tenker jeg ytterpunktene selvfølgelig, for*

*det er jo ikke alle som er sånn. Jeg opplever at psykiatrispersonellet har en større forståelse for den psykiske sykdommen som en helhet, eller det vet jeg dem har, fordi jeg har pratet mye med dem om dette. Og jeg tror dette ligger til grunn for en god kommunikasjon innledningsvis.”*

I sitatet ovenfor fremkommer det at vedkommende har erfaringer med at enkelte ambulansepersonell kan ha negativt ladede holdninger til psykiske lidelser. En av de andre ambulansearbeiderne hadde også opplevd dette: “...jeg kjenner jo ambulansepersonell som har et mer negativt syn på psykiatriske pasienter, å det synes jo jeg er skremmende.”



## 5 Teoretisk diskusjon av funn

Hensikten med denne undersøkelsen var å finne ut hvordan pasientene og ambulansesarbeiderne opplevde den prehospital transporten i situasjoner hvor det handlet om helsehjelp til psykisk ustabile pasienter. Nærmere avgrenset handlet spørsmålet om hvordan pasientene og ambulansesarbeiderne opplevde kvaliteten på behandlingen og de tjenestene som ble utøvd når psykiatriambulansen, ordinær ambulanse og/eller politiet var involvert i den prehospital behandlingen. Informantenes beskrivelser vekslet mellom generelle betraktninger og mer nyanserte beskrivelser av den enkelte ressurs med sine yrkesprofesjoner. Under intervjuene fremkom det også en sammenlikning mellom psykiatriambulansen og psykiatripersonellet på den ene siden, og ordinær ambulanse og politiet på den andre siden.

Følgende hovedfunn fremkom i denne undersøkelsen:

- Temaet vedrørende opplevelser av makt og maktutøvelse var toneangivende i alle intervjuene. Informantenes erfaringer og opplevelser med makt ble av de fleste beskrevet i negative ordlag. På en annen side var det hos nesten alle, forståelse for at det ved noen situasjoner var nødvendig at personellet utøvde makt for å sikre vedkommendes liv og helse, men spesielt hos pasientene fremkom det at deres opplevelser i stor grad var avhengig av hvordan personellet utøvde makten.
- Alle informantene så det som viktig at hjelpepersonellet hadde kunnskap om psykiske lidelser. Det kunne oppfattes at flere mente dette ikke bare var essensielt, men også helt nødvendig for at den psykisk ustabile pasienten skulle bli møtt og behandlet på en adekvat måte av hjelpepersonellet. Både pasientene og ambulanspersonellet mente psykiatripersonellet hadde nødvendig kompetanse om psykiske lidelser og hvordan disse pasientene skulle behandles. Når det angikk kompetansen til ambulanspersonell og politi, om psykiske lidelser, ble det oppfattet at informantene opplevde denne som mangelfull.
- Kommunikasjon var også et sentralt tema som ble beskrevet av informantene, men det handlet ikke bare om isolerte betraktninger av det verbale språket. Det handlet også om kommunikasjon i en mer nonverbal og kontekstuell form, hvor informantenes opplevelser av hjelpepersonellens opptreden og holdninger var en del av disse beskrivelsene. Syv av de

ni pasientene jeg intervjuet beskrev flere hendelser hvor de hadde følt seg dårlig behandlet på bakgrunn av hjelpepersonellens opptreden og kommunikasjon. Når det angikk ambulansepersonellet, så beskrev tre av disse hendelser hvor de hadde erfart at pasientene ikke ble behandlet og ivaretatt på en medmenneskelig god måte. Personellet bekreftet også at de ved flere anledninger hadde opplevd negative holdninger til psykisk ustabile pasienter blant sine kollegaer.

Slik det fremkommer her var temaene vedrørende makt, kunnskap og kommunikasjon hovedfunnene i intervjuene. I intervjuguiden var de enkelte temaene delt opp i ulike spørsmål, men i intervjuene fremkom de hovedsakelig i en mer generell kontekstuell form i informantenes beskrivelser av ulike hendelser de hadde opplevd. Jeg opplevde derfor at disse temaene representerte en sammenheng i tilknytning til hverandre i deres beskrivelser. Derav er jeg av den oppfatning at temaene må ses i tilknytning til hverandre i en prehospital kontekst. For å tydeliggjøre ulike aspekter ved de forskjellige temaene, har jeg i dette kapitlet allikevel valgt å dele presentasjonen inn i nevnte områder.

I den teoretiske diskusjonen av funnene vil jeg bruke teorien i kapittel 2 som et fundament, samtidig som jeg vil se dette i lys av problemstillingene og annen relevant litteratur. På bakgrunn av dette, etter kapitlet om metodologiske refleksjoner og etiske aspekter, vil jeg belyste temaene i følgende kapitler:

- Maktens fremtreden i en mellommenneskelig samhandling
- Kunnskaps- og erfaringsgrunnlagets betydning i møte psykisk ustabile pasienter
- Den mellommenneskelige samhandlingens ulike aspekter i et kommunikativt perspektiv

## **5.1 Metodologiske betraktninger**

Det metodevalget en forsker gjør for sitt arbeid, forstår jeg av Kvale og Brinkmann (2010) at kan sammenliknes med et veivalg du som forsker gjør for å nå målet med studien. Mitt mål med denne studien var å få økt innsikt i pasientenes og ambulansarbeiderenes erfaringer med den prehospitale transporten, der psykiatriambulansen, ordinær ambulanse og/eller politiet hadde utøvd hjelp til psykisk ustabile pasienter. For å nå dette målet valgte jeg en kvalitativ

studie med dybdeintervju som metode. Av Malterud (2013) oppfatter jeg at et slikt ”veivalg” gir forskeren mulighet til å utnytte mangfoldet fra ulike informasjonskilder, slik at man kan oppnå en dybde og bredde i de ulike perspektivene.

Jeg opplever at det internt i helsetjenesten, blant politiet og samfunnet for øvrig er et økende engasjement vedrørende transport av psykisk ustabile pasienter. I kjølevannet av dette reiser det seg ulike diskusjoner i forhold til forslag til den optimale løsningen, med tanke på valg av riktige tjenester for å ivareta de psykisk ustabile pasientene i den prehospitale fasen. På bakgrunn av min erfaring fra arbeid med psykisk ustabile pasienter, både i prehospitale tjenester og innenfor psykisk helsevern, opplever jeg at mangfoldet i diskusjonene gjenspeiler kompleksiteten i dette temaet. Min erfaring tilsier at det er mange betraktninger som må tas med i en slik diskusjon, noe jeg opplever samsvarer med mangfoldet i debattene vedrørende dette temaet. Overordnet handler det naturligvis om hva som er til det beste for pasienten, men på denne veien handler det også om hvordan de ulike organisatoriske løsningene er organisert på ulike steder og hvilke tjenester som eksisterer på forskjellige forvaltningsnivåer. Med andre ord handler det også om hvordan det organisatoriske samarbeidet fungerer og hvilke behandlingstilbud og ansvarsforhold som er gjeldende mellom og innenfor de ulike behandlingsinstansene. På bakgrunn av dette ser jeg derfor ikke at mine funn i denne undersøkelsen kan representere noen direkte og entydige forslag til løsninger på den prehospitale transporten av psykisk ustabile pasienter på et nasjonalt nivå. Derimot kan funnene gi en indikasjon på hva som har betydning for pasientene når de blir transportert av ulike ressurser. Derav kan funnen brukes som indikatorer på hva som forventes av tjenestene som leveres ved bistand til psykisk ustabile pasienter. Ut i fra dette vil jeg utdype og se de forskjellige funnene fra ulike perspektiver. En slik fremstilling har jeg ikke bare valgt i hensikt av å synliggjøre de forskjellige perspektivene, men også fordi jeg har ønsket å danne et fundament for mulige og ulike implikasjoner av funnene som fremkom i undersøkelsen.

### **5.1.1 Overførbarhet**

De funnene jeg har gjort i min undersøkelse og de implikasjonene som fremgår av dette, er det viktig at leseren ikke betrakter som en generaliserende ”sannhet”. En slik generalisering ”...kan invitere til urealistiske assosiasjoner om allmenngyldig overførbarhet” (Malterud, 2013, s. 62). Når det er sagt, så ser jeg i lys av Tjora (2013) at antall informanter i min undersøkelse, hvor 14 informanter deltok, samsvarer med hva som kan forventes i en

masteroppgave. Informantene, med unntak av én pasient, hentet sine beskrivelser fra flere hendelser, men på en annen side vil jeg si at disse erfaringene er av et relativt lite grunnlag i forhold til antall slike situasjoner som årlig erfares i prehospitaltjenester og hos politiet. Når generalisering handler om i hvilken grad funnene i undersøkelsen og kunnskapen som fremkommer av denne kan være overførbare til andre områder (Kvale og Brinkmann, 2010), må resultatene i denne undersøkelsen derfor brukes med forsiktighet. Når jeg ser min undersøkelse i lys av hva jeg oppfatter av Malterud (2013), representerer mine funn en mer begrepsmessig gyldighet, enn at jeg kan si resultatene kan være generaliserende. På en annen side så jeg utover i intervjuprosessen at det ikke fremkom noen særlige nye funn. I følge Malterud (2013) er det nådd et metningspunkt når det ikke fremkommer ytterligere kunnskap i datainnsamlingen. Videre oppfatter jeg Malterud dit hen at et slikt kriterium må anvendes med forsiktighet i begrunnelse av å begrense utvalget, da det kan være en rekke variabler som påvirker til mangel av videre funn. Jeg måtte derfor ta i betraktning at redusert utvikling av funn i datainnsamlingen kunne for eksempel skyldes min intervjuteknikken, mangel på rett fokus i intervju spørsmålene eller at jeg ikke mestret å identifisere ny informasjon som lå ”...skjult mellom store gråsteiner av empiriske data” (Malterud, 2013, s. 61). På en annen side erfarte jeg at metningen kom til syne både i intervjuene av pasientene og blant ambulansesarbeiderne. Informantene var også opptatt av mange av de samme temaene, men vektningen kunne være noe forskjellig. På bakgrunn av dette, og på tross av de begrensningene som kan ligge til grunn for bruk av metning som argument i avgrensningen, vil jeg si at kravet til metning var oppfylt i min undersøkelse.

Selv om jeg erfarer at det eksisterer få tidligere undersøkelser i en prehospital kontekst vedrørende hovedfunnene i denne undersøkelsen, opplever jeg at disse temaene er rikelig beskrevet i forskjellig relevant faglitteratur. Jeg opplever også at informantenes tilbakemeldinger i stor grad er samsvarende med litteraturens betraktninger av de ulike temaene. Når jeg ser dette i lys av Malterud (2013), oppfatter jeg at gyldigheten i funnene styrkes når flere er enige om det samme. På bakgrunn av dette vil jeg derfor si at funnene i denne undersøkelsen kan anses å ha en sannsynlig verdi vedrørende overførbarehet til liknende situasjoner, der prehospitalt hjelpepersonell bistår psykisk ustabile pasienter.

## 5.1.2 Validitet

Nært knyttet til vurderingene av om funnene i studien har egenskaper for overføring til andre situasjoner, inngår gyldighetsspørsmålet – validitet. Malterud (2013) sier at å validere ”...er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet – hva er dette gyldig om, og under hvilken betingelser?” (s. 181). Gjennom arbeidsprosessen har det vært både viktig, og ikke minst en modningsprosess, å stille meg selv blant annet følgende spørsmål: Representerer problemstillingene en relevans til hva jeg lurer på? Er det en sammenheng mellom mine spørsmål til informantene, problemstillingene og teorien jeg fokuserer på? Er utvalget av informanter representativt for det jeg ønsker å undersøke? Slike spørsmål har ikke bare vært en del av den initiale fasen, men en nødvendig og møysommelig del av hele arbeidsprosessen. Slik jeg oppfatter Kvale og Brinkmann (2010) har validitetsspørsmål en viktig kontrollfunksjon i alle ledd av en undersøkelse.

Like viktig som å stille spørsmål ved det teoretiske rammeverket, fra problemstillingene til den skriftlige fremstillingen, har det vært å ha en kritisk refleksjon til utvekslingen av informasjon og kunnskap mellom informantene og meg som forsker. I følge Malterud (2013) vil enhver ”...utveksling av kunnskap representere muligheter for misforståelser” (s. 182). Under intervjuene forsøkte jeg derfor å være var for områder som kunne skape misforståelser mellom meg og informantene. Når jeg var usikker, stilte jeg kontrollspørsmål om jeg hadde forstått informantene riktig eller jeg spurte om informanten kunne utdype temaene de beskrev. Jeg foretok også transkriberingen fortløpende etter hvert intervju, slik at jeg hadde med meg mine opplevelser av det enkelte intervjuet inn i fasen av transkriberingen, med tanke på å redusere faren for endring av innholdet når verbal tale skulle ”oversettes” til skriftlig form. På en annen side var det naturligvis viktig at jeg her ikke blandet mine eventuelle tolkende antagelser inn i transkriberingen. Når transkriberingen var foretatt kontaktet jeg informantene for gjennomgang av transkriberingen, slik at de kunne kontrollere at jeg hadde forstått dem riktig. Det var riktig nok to av pasientene som ikke ønsket eller så behovet for en slik kontrollsjekk, men alle de andre ønsket dette. Slik jeg oppfatter Malterud (2013) vil det alltid være fare for misforståelser, men en slik arbeidsform kan begrense feiltolkningene.

Sentralt i validitetsspørsmålet, var i hvilken grad informantene representerte et relevant utvalg til det jeg ønsket å undersøke. Når jeg skulle velge ut informanter blant ambulansesarbeiderne, så hadde jeg ikke noen preferanser å sikte til, og hvor jeg derav ønsket å velge en framfor en annen. Alle ønsket å delta i undersøkelsen, og jeg hadde opplevelsen av at alle ville

representere en bred erfaring med et reflektert forhold til det jeg ønsket å belyse. I utvelgelsen av ambulansearbeiderne, utførte jeg derfor en trekning. Når det angikk utvelgelsen av pasientene var jeg ikke i den situasjonen at jeg ”fritt” kunne velge. Jeg hadde derfor ikke muligheten til å gjøre et strategisk utvalg hvor jeg kunne vite at de utvalgte hadde best mulig potensiale til å belyse problemstillingene. I lys av Malterud (2013) ble det mer et ”...pragmatisk valg...” (s. 57) i utvelgelsen, men jeg satte allikevel noen krav til valget, som ble gjort i samråd med psykiatripersonellet som hadde kjennskap til den enkelte pasient. Først og fremst skulle pasientene samtykke til deltagelse. Da jeg hadde som mål å undersøke informantenes opplevelser med psykiatriambulansen, ordinær ambulanse og/eller politiet, ønsket jeg at deltagerne skulle ha erfaringer fra disse ressursene. Et minimum var at de hadde erfaring med psykiatriambulansen. Når intervjuene var ferdig, opplevde jeg at gruppen av pasienter var relativt heterogent sammensatt. Bortsett i fra at det blant pasientene var kun to menn, så var det variasjoner i både alder og alvorlighetsgraden av den psykiske tilstanden de hadde vært gjennom. Og bortsett i fra én av pasientene, hadde de andre også erfaringer fra å ha blitt transportert med psykiatriambulansen, ordinær ambulanse og politiet ved flere anledninger. Ut i fra dette vil jeg si at utvalget var bredt sammensatt og med et godt potensiale for å belyse problemstillingene etter det som kan forventes i forhold til gyldighetsspørsmål ved et slikt metodevalg.

## **5.2 Maktens fremtreden i en mellommenneskelig samhandling**

Makt og maktbegrepet var et av de mest sentrale områdene som fremkom i intervjuene, spesielt i pasientintervjuene. I denne sammenhengen er maktbegrepet knyttet til handlinger, direkte eller indirekte, som helt eller delvis ble utført mot pasientenes ønsker og vilje. Det var den direkte maktutøvelsen, der pasienten ble holdt eller påsatt håndjern, som var mest toneangivende i informantenes beskrivelser, og spesielt hos pasientene. Samtidig fremkom det også opplevelser av makt uten at dette direkte var utøvd ovenfor pasientene. Dette handlet for eksempel om situasjoner hvor pasientene etterkom pålegg fra hjelpepersonellet i frykt for videre reaksjoner i form av fysisk maktutøvelse ovenfor dem.

Hvordan maktutøvelsen hadde blitt opplevd, ble beskrevet i varierende grad. En av pasientene hadde opplevd det som positiv at politiet kom for å hente ham. Selv om politiet nesten hver gang hadde satt på ham håndjern, satt han allikevel igjen med en positiv og trygg opplevelse

av disse hendelsene. Hos de andre pasientene ble deres erfaringer med maktbruk primært beskrevet i negativ betydning. Både hos pasientene og ambulanspersonellet fremkom det at de kunne oppleve en lett tilbøyelighet til bruk av makt. Det kunne også oppfattes at de ofte hadde følte det ikke var gjort tilstrekkelig forsøk på å oppnå dialog med pasienten, slik at et samarbeid kunne fremmes, og derav forebygge nødvendigheten av maktbruk. De beskrev også situasjoner hvor de hadde opplevd makten som brutal og unødvendig i forhold til situasjonen.

Hvilke vurderinger som lå til grunn for maktutøvelsen i situasjonene informantene beskrev, opplevde jeg at kunne være både mangesidige, komplekse og noe uklare. I noen av situasjonene var det tydelig at maktutøvelsen ble gjort på bakgrunn av pasientens utagerende atferd mot seg selv. Det var også situasjoner hvor politiet, og noen ganger ved hjelp av ambulanspersonellet, hadde brukt makt i hensikt av å forebygge pasientens mulighet til å utagere mot dem og omgivelsene for øvrig. I disse situasjonene hadde pasientens atferd blitt opplevd som truende. Jeg kunne også oppfatte at både pasientene og ambulanspersonellet hadde opplevd situasjoner hvor bakgrunn for maktbruken var mer diffus og begrunnet i en mer rutinepreget praksis – ”...for sikkerhetsskyld...” (deler av et sitat fra en informant). Det kan derfor stilles flere spørsmål vedrørende maktutøvelsen i disse situasjonene. For det første hvilke faglige vurderinger har ligget til grunn og for det andre hvilken grad har pasientenes ”stemme” blitt hørt i disse sammenhengene?

Overordnet sett er det innenfor psykisk helsevern en tradisjon å operere med begrepene ”frivillig” og ”tvungen” behandling (Aasen, 2009). Dette er også begreper som brukes i prehospital sammenheng, der det ofte stilles spørsmål om pasienten innlegges ”frivillig” eller om han eller hun skal ”tvangsinnlegges”. I følge Aasen (2009) er det blant annet innenfor dette området de mest alvorlige rettssikkerhetsproblemene har reist seg innenfor psykisk helsevern. I et perspektiv av helse og behovet for helsehjelp, er det et faktum at enkelte pasienter i noen situasjoner har behov for å bli ivaretatt av andre. Rettssikkerhetsprinsippene vedrørende pasientens autonomi og derav vedkommendes rett til å samtykke til behandling, får i slike situasjoner en særlig betydning. Dette gjelder spesielt i situasjoner hvor pasientene er i en psykisk ustabil tilstand, hvor hjelpepersonellet vurderer at de må iverksette strakstiltak for å sikre vedkommendes liv og helse, selv om handlingene kanskje går på tvers av pasientens autonomi (jf. Helsepersonelloven, 1999, § 7). Når jeg ser dette i sammenheng med de ulike beskrivelsene til informantene, kan det være at det lå slike vurderinger til grunn når

det ble utøvd ulike grader og former for makt ovenfor pasientene. Dette kan for eksempel gjelde i situasjonene hvor pasientene utøvde selvskading, og hvor hjelpepersonellet kan ha vurdert hjelpen som ”...påtrengende nødvendig” (Helsepersonelloven, 1999, § 7) for hindre at pasienten skadet seg videre og derav sikre vedkommendes liv og helse. I lys av Eide og Eide (2016) oppfatter jeg at slike situasjoner kan være eksempler på hendelser hvor personellet havner i etiske og moralske dilemmaer, hvor det ene velgjørhetsprinsippet kan komme i konflikt med det andre.

Jeg vil være varsom med å innta en vurderende rolle i et perspektiv av ”etterpåkløskap”, men på en annen side tillater jeg meg å stille videre spørsmål ved vurderingene som lå til grunn for maktutøvelsen som ble utført i noen situasjonene informantene refererte til. Slik det fremkommer i intervjuene var det ikke alltid pasientene forstod bakgrunn for den formen maktutøvelsen ble utført. Og som det videre fremkommer i funnene, hadde de også ved flere anledninger følt at hjelpepersonellet hadde en for rask tilbøyelighet til bruk av makt, og hvor de opplevde at det ikke var gjort tilstrekkelige forsøk på å oppnå dialog og samarbeid med pasienten. Flere av pasientene hadde også opplevd hendelser hvor de følte maktutøvelsen hadde vært unødvendig brutal. I ulike faglige fora har jeg presentert noen av funnene jeg gjorde i undersøkelsen, og deriblant hvordan pasientene hadde opplevd noen av hendelsene hvor de hadde blitt utsatt for ulike former for makt. Flere har i disse sammenhengene stilt kritiske spørsmål til pasientenes kognitive evner, i forhold til å forstå sin egen atferd i disse situasjonene, og derav videre spørsmål om i hvilken grad deres beskrivelser kan tillegges verdi. Slik jeg oppfatter Håkonsen (2015) kan ulike psykologiske og mentale forstyrrelser påvirke menneskets kognitive evner. Ut i fra dette kan de ha begrensninger i forhold til sykdomsinnsikt og det å tolke omgivelsene på en adekvat måte. I hvilken grad pasientens ytringer kan tillegges verdi diskuteres også på andre områder. Bjørn Arild Østby skrev i tidsskriftet Sykepleien (2016, s. 36 – 39) en artikkel som omhandler Helse- og omsorgsdepartementets krav til de regionale helseforetjene om å lage planer for redusert bruk av tvang. Det er her talspersoner for at det må etableres medisinfrie poster hvor pasientene får velge hvilken behandling de selv vil ha. Jeg oppfatter av artikkelen at det er kritiske røster til en slik ordning, når det hevdes at det er risikabelt å la enkelte alvorlige syke pasienter velge behandling, da de ofte mangler sykdomsinnsikt. Det kan naturligvis være velbegrunnede argumenter for et slikt syn, men i denne sammenhengen må vi også ta i betraktning at flere av ambulanspersonellets beskrivelser var samsvarende med pasientenes opplevelser. Både i mitt tidligere arbeid i psykisk helsevern og i prehospitaltjenester har jeg møtt pasienter som har



hatt begrensede evner til å foreta autonome valg som var til det beste for dem selv. På en annen side vil jeg si at kritikerne det refereres til i denne artikkelen kan oppfattes å ha noe reduksjonistisk syn på pasientens ”stemme”, når jeg oppfatter at de mener det vil være krevende å tilby enkelte alvorlig syke pasienter mer frie valg, med begrunnelse av at de ofte mangler innsikt i sin sykdom. Jeg er av den oppfatning at vi som helsepersonell alltid skal tilstrebe et optimalt samarbeid med pasientene, i hensikt av å komme fram til den beste løsningen for pasienten, uten å forhåndsbestemme eventuelle kognitive begrensninger hos pasienten til å delta i samarbeidet. Isteden for å innta det jeg oppfatter som et reduksjonistisk syn på pasientens ”stemme”, må vi som helsepersonell kontinuerlig arbeide for å motivere og veilede pasienten til aktivt å delta i beslutninger på sine egne vegne. I tråd med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), samt Psykisk helsevernloven (1999) må vi som helsepersonell arbeide etter den eksplisitte hovedregelen om at samtykke til ulike tiltak skal foreligge fra pasienten. Og når det eventuelt foreligger særlige grunner for å tilsidesette pasientens autonomi, skal restriksjoner og tvang; ”...innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket” (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-2). Av denne loven oppfatter jeg at det stilles både eksplisitte og implisitte krav til maktutøvere i situasjoner hvor helsehjelp eventuelt må ytes mot pasientens vilje. Det skal for det første ikke iverksettes makttiltak utover det som er helt nødvendig. For det andre skal ikke bare pasientens syn tas hensyn til, men det foreligger også derav et krav om at personellet gir pasienten mulighet til å uttale seg om sine synspunkter. For det tredje må personellet vurdere om konsekvensen av makttiltaket oppveier den ulempen pasienten utsettes for når det utøves makt ovenfor vedkommende. Av funnene i denne undersøkelsen fremkom det, både hos pasientene og ambulanspersonellet, at maktutøvelsen kunne oppfattes unødvendig, lite tilpasset situasjonen og i noen sammenhenger brutal. Når jeg ser nevnte lovtekst i lys av funnene, stiller jeg meg undrende til i hvilken grad maktutøvelsen var faglig reflektert og velbegrunnet i enkelte av situasjonene.

I følge Norvoll (2009) vil endringer i den samfunnsmessige sosiale kontrollen også påvirke tradisjonen for kontroll av psykiske avvik. Slik jeg videre oppfatter Norvoll, har det innenfor psykiatrien blitt en stadig mer humaniserende tradisjon i forhold til hvordan psykiske avvik kontrolleres. Blant annet gjennom ulike lovkrav og retningslinjer ses det et stadig økende fokus på pasienters rett til å bli hørt og medvirke til behandlingen, men på en annen side stiller jeg spørsmål om det fremdeles i klinisk praksis eksisterer et noe dehumaniserende

føyelighetskrav til pasientene? På bakgrunn av noen av intervjuene kan det oppfattes at det blant ambulanspersonellet og politiet kan eksistere en forventning om at pasienter straks skal respondere på de valgene som blir fremlagt av personellet. Eksempelvis fremkommer det i et av intervjuene av ambulanspersonellet at pasienter ofte får *“...to alternativer, og hvis ikke pasienten straks responderer på dette, så blir det maktbruk, og så reiser vi. Pasienten får ofte et valg og biter de ikke umiddelbart på dette, så blir det makt.”* Personellets beskrivelse kan gi en opplevelse av at det er en lett tilbøyelighet til bruk av makt, dersom pasienten ikke føyer seg etter personellets ønsker. Denne beskrivelsen samsvarer også med flere av pasientenes opplevelser når vi snakket om deres erfaringer fra møtet med politiet og ordinært ambulanspersonell.

Makt kan brukes i visse situasjoner og på en positiv måte for å hjelpe pasienten ved å hindre vedkommende i å skade seg selv og/eller andre, og makten kan derav representere en trygghet (Norvoll, 2009). Eksempelvis var det en av pasientene som fortalte at han følte seg trygg og ivaretatt når politiet kom, selv om han ofte ble påsatt håndjern. Samtidig opplevde jeg at dette var et unntak i beskrivelsene. De fleste informantene, og spesielt pasientene, beskrev maktbruken i negativ betydning. De fleste hadde et traumatisk forhold til maktsituasjonene. I følge Norvoll (2009) kan slike situasjoner være krenkende og ødelegge tillitsforholdet mellom hjelperen, pasienten og pårørende. Slike krenkelser kan også forverre den psykiske tilstanden. Flere pasienter beskrev at slike situasjoner, hvor de følte maktbruken ikke var berettiget, økte deres angst, redsel og aggresjon. Blant ambulanspersonellet var det også to av disse som hadde liknende opplevelser. Jeg vil derfor si at bruken av makt kan medføre motstridende konsekvenser. På den ene siden skal ulike former for tvang være til hjelp for å trygge pasientene og vedkommendes situasjon, men på den andre siden kan slike handlinger forverre pasientens emosjonelle og psykiske tilstand. Selv om slike handlinger skal representere det godes gjerninger, ser jeg av funnen at pasienten allikevel kan sitte igjen med krenkende opplevelser.

I 2015/2016 ble det gjort en brukerundersøkelse i forbindelse med *”Prosjekt transport av alvorlig psykisk syke i UNN HF 2015/2016”* (Universitetet i Nord-Norge, 2015/2016), der undersøkelsen var inspirert av evalueringsmetoden *”Bruker spør Bruker”* (BSB, 2006). Resultatene av denne evalueringen er på flere områder i stor grad samsvarende med hva som fremkom i min undersøkelse, og deriblant beskrivelser av makt- og tvangsopplevelsen til pasientene. Evalueringen viste en omfattende bruk av tvang under transport av disse

pasientene. Pasientene opplevde bruken av makt i stor grad som traumatiserende, og noen beskrev maktbruken som brutal og krenkende. De fleste mente også at det kunne vært gjort mer for å unngå bruk av makt, samt at maktutøvelsen kunne vært utført på en mer skånsom måte. Derimot var det også, slik jeg oppfatter det, situasjoner hvor det ble utøvd makt i form av ulike former for tvang, hvor pasientene satt igjen med en mer positiv opplevelse. Samsvarende med min undersøkelse, hadde pasientene i disse situasjonene følt at deres medbestemmelsesrettigheter i større grad var lagt vekt på i de ulike situasjonene. Viktigheten av at personellet hadde tatt seg tid til å opprette en dialog med pasientene ble spesielt fremhevet. Det vil derimot være situasjoner hvor dialogen av ulike årsaker ikke når tilstrekkelig frem og hvor hjelpersonellet må handle mot pasientens vilje. I slike situasjoner kan det være fare for at maktforholdet mellom pasientene og ulikt personellet kan representere en større grad av ubalanse enn nødvendig. På den ene siden kan hjelpepersonellet inneha, i kraft av sin profesjon, et ”...monopol på å definere den sosiale virkeligheten for oss andre” (Norvoll, 2009, s. 151). Når det angår pasientene vil det, med de begrensningene som kan foreligge på bakgrunn av deres sykdom og psykiske ubalanse, være fare for at de blir den svakeste parten i relasjonen mellom dem og hjelpepersonellet. I lys av Bø og Thomassen (2009) oppfatter jeg at ubalanserte relasjoner kan medføre en subjekt-objekt-relasjon, hvor pasientene i denne sammenhengen vil være objektet som blir ”...frarøvet sin frihet, sin person og sin ubegripelighet” (s. 40). Slik jeg oppfatter det videre blir jeg-et i subjektet en som betrakter den andre – objektet – utenfra istedenfor å gå inn i en relasjon til den andre. Når jeg ser denne fremstillingen i sammenheng med det prehospitale møtet med pasienten, skal personellet tilstrebe en mer subjekt-subjekt-relasjon, hvor pasienten og personellet er likeverdige parter. Jeg er naturligvis ikke uenig i et slikt syn, men på en annen side kan et slikt kategorisk perspektiv skape utfordringer i en prehospital sammenheng, der pasienten kan ha utfordringer med å mestre og gjøre adekvate valg som er til det beste for seg selv. Slik jeg oppfatter Norvoll (2009) har kritikerne til et slikt syn stilt spørsmål om hvem som egentlig har ansvaret når hierarkiet avskaffes. Kan da egentlig hjelperen hjelpe pasienten som oppleves å være til skade for seg selv og/eller andre?

Ut i fra informantenes beskrivelser opplever jeg at det eksisterer asymmetriske relasjonelle forhold i møtene mellom pasientene og ulike hjelpepersonell. Imidlertid kan det også oppfattes at psykiatripersonellet representerte mer likeverdige prinsipper, da pasientene opplevde at psykiatripersonellet på flere måter behandlet dem på en mer likeverdig og respektfull måte. Samtidig vil vi trolig måtte erkjenne at det alltid vil være en form for

asymmetri i en hjelper-pasient-relasjon. Dette vil også trolig innebære at hjelpepersonellet alltid vil forvalte en makt som kan krenke pasientene. Og som Norvoll (2009) sier; ”...kan ikke makt avskaffes, bør man kanskje heller velge som strategi å synliggjøre den og ansvarliggjøre den” (s. 159).

### **5.3 Kunnskaps- og erfaringsgrunnlagets betydning i møtet med psykisk ustabile pasienter**

Begrepe kunnskap og erfaring brukes i mange sammenhenger. Kunnskap assosieres ofte med andre begreper som for eksempel; viten, lærdom, erkjennelse eller innsikt (Holmen, 2014). Når det angår erfaring, så kan dette betraktes som en felles betegnelse av den informasjonen vi tilegner oss gjennom våre sanser og de handlingene vi gjør (Teigen, 2011). På bakgrunn av dette oppfatter jeg at disse begrepenes iboende betydning er ufravikelig knyttet til hverandre, da helheten av det kunnskapsmateriealet vi besitter stammer fra de erfaringene vi har tilegnet oss gjennom ulike handlinger og våre sanser. Når jeg ser dette i lys av Bjørk og Solhaug (2013) vil jeg si at vårt kunnskapsmateriale eller vår ”erfaringsbank” har sitt grunnlag i en teoretisk og praktisk komponent som vi i en klinisk sammenheng vil dele og utvikle i det intersubjektive fellesskap mellom oss selv, pasientene og våre kollegaer. Opplysningene som fremkom fra informantene i undersøkelsen opplevde jeg også omhandlet disse tre elementene – personellets teoretiske og praktiske kunnskap, samt deres evne til å omsette denne kompetansen i en mellommenneskelig intersubjektiv relasjon.

I de fleste intervjuene fremkom det at informantene hadde opplevd kunnskapen om psykiske lidelser som mangelfull blant ambulanspersonellet og hos politiet. De fleste pasientene følte det generelt manglet forståelse for psykiske lidelser og hvordan dem og deres situasjon skulle håndteres, når de hadde blitt møtt av personell fra ambulans og politiet. Det var flere av pasientene som følte at selv om de forsøkte å forklare sin situasjon, møtte de liten forståelse hos disse yrkesgruppene. I motsetning til dette ble psykiatrispersonellets kunnskap fremhevet som god av både pasientene og ambulanspersonellet. Det var særlig deres forståelse for psykiske lidelser, samt deres relasjonelle og mellommenneskelige evner pasientene og ambulanspersonellet fremhevet. Av informasjonen fra ambulanspersonellet var det spesielt på tre områder jeg oppfattet de mente psykiatrispersonellet representerte en bedre kompetanse, når de sammenliknet med deres og politiets profesjon. For det første fremkom det hos de

fleste at personellet fra psykiatrien hadde det nødvendig teoretiske kunnskapsfundamentet om psykiske lidelser. For det andre representerte de en klinisk erfaring som gjorde at de ble oppfattet som gode på å ”lese” pasientens tilstand og situasjonen for øvrig. På bakgrunn av blant annet dette kunne det forstås dit hen at ambulanspersonellet oppleve at psykiatripersonellet hadde bedre forutsetninger for å intervensere og tilpasse sin bistand etter situasjonen og pasientens behov. I tillegg til dette ble psykiatripersonellets systemkunnskap fremhevet. Flere av ambulanspersonellet mente personellet fra psykiatrien i en langt større grad kunne iverksette adekvate tiltak for pasienten på bakgrunn av deres kjennskap til det psykiske helsevernets ulike tilbud og organisering. Dette kom spesielt til syne når de møtte pasienter de kjente, og som de derav visste hva vedkommende responderte på når han eller hun var i en psykisk ustabil tilstand. Det var flere av ambulanspersonellet som fortalte om episoder hvor de mente psykiatripersonellets kunnskap og erfaring på dette området hadde avverget ytterligere eskalering av aggresjon, bruk av politiet og eventuelt maktutøvelse. Da dette bygger på en mer subjektiv følelse hos personellet, enn rene objektive data, vil det naturligvis være momenter av usikkerhet i disse opplysningene. På en annen side kan jeg se sammenhenger mellom dette og Kuiper sin prospektive studie i 2012, der 124 transporter med psykiatrisk ambulanse og 31 transporter med politiet i Bergen, ble sammenliknet med 10 transporter med ordinær ambulanse og 21 transporter med politiet i Trondheim. Slik jeg oppfatter det ble det her funnet en positiv korrelasjon mellom bruk av psykiatrisk ambulanse og mindre involvering av politiet og mindre verbal aggresjon.

På bakgrunn av disse funnene så kan det virke innlysende at det vil være en positiv gevinst, på det faglige og mellommenneskelig planet, å ha prehospitalt personell med særlig kompetanse på psykiske lidelser. Mange av pasientene ambulansetjenesten møter i ulike prehospitale situasjoner er i en krise. I følge Håkonsen (2015) vil møter med mennesker i krise stille store krav til personellet når det gjelder deres faglige innsikt og personlige egenskaper. Ved en terapeutisk tilnærming hevder han videre at dette krever spesiell kompetanse. Ut i fra dette og funnene i undersøkelsen kan det se ut til at personell med psykiatrisk spesialkompetanse vil inneha det nødvendige teoretiske og erfaringsbaserte fundamentet for god håndtering av psykisk ustabile pasienter i den prehospital fasen. På en annen side vil jeg innta et noe kritisk blick på det jeg oppfatter som noe ensidig fokus på hvem som er representanter for den ”spesielle” kompetansen. Må vi ikke også ta i betraktning at pasienten besitter en ”spesiell” kompetanse om seg og sin situasjon? Håkonsen (2015) er også opptatt av de nære

relasjonenes viktighet i en bedringsprosess, men i faglig og klinisk sammenheng får jeg ofte en opplevelse av at det arbeides etter det underliggende premiss om at de utdannede i fagfeltet har bedre kunnskap om hva som er riktig behandling enn pasienten og dens pårørende som er rammet av sykdommen. Selv om brukermedvirkning i stadig større grad har fått innpass på ulike arenaer, så tillater jeg meg allikevel å påstå at deres representasjon er noe begrenset når vi ser dette i forholdt til deltagelsen og ikke minst posisjonen ulike fagpersoner har i faglige sammenhenger. Borg og Topor (2011) mener det er en utfordring med fagfolkenes sterke posisjon i mange sammenhenger hvor viktige avgjørelser tas, og på bakgrunn av dette stiller de spørsmål om i hvilken grad pasientens kunnskap blir ansett som gyldig. Ut i fra funnene mener jeg det også er betimelig å stille dette spørsmålet i denne sammenhengen.

I faglig og klinisk praksis har jeg i mange sammenhenger sittet igjen med opplevelsen av at den profesjonelle kunnskapen er den primære og rådende kilden til viten, men hva er det nå egentlig denne kunnskapen representerer? Å gi et entydig svar på dette og hvem som er representanter for den spesielle kompetansen, hvor kunnskapen og erfaringen adresseres til bestemte profesjoner eller personer, mener jeg vil være en forenklet fremstilling. I et overordnet perspektiv vil vi på individnivå i ulik grad inneha kunnskap og erfaring fra forskjellige kilder basert på forskning, teori og praktisk erfaring. I et perspektiv av brukerrettet helsearbeid har vi også den kontekstuelle kunnskapen – erfaringskunnskapen, innenfrakunnskapen eller brukerkunnskapen (jf. kapittel 2.1.3), som Bø og Thomassen (2009) hevder er den mest undervurderte kunnskapen i helsevesenet. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 – 2015) vektlegges det en kunnskapsbasert praksis, og i følge Ulvestad m.fl. (2008), forutsetter en kunnskapsbasert praksis at alle ovennevnte kilder tas i bruk i møte mellom den hjelpetrengende og hjelperen. Når jeg ser dette i lys av Bø og Thomassen (2009) oppfatter jeg at det er et likeverdig eierskap til erfaringskompetansen eller den kontekstuelle kunnskapen (jf. kapittel 2.1.3) i en hjelper-pasient-relasjon. Det kan derfor forstås at alle involverte parter i en relasjon er representanter for kunnskap og erfaring, men det påhviler et spesielt ansvar hos den profesjonelle ”...å ta i bruk relevant kunnskap og erfaring i møtet med den andre, slik at klienten både opplever seg forstått og møtt på egne premisser...” (Ulvestad m.fl., 2008, s. 95).

Når jeg ser temaene vedrørende kunnskap, erfaring, brukermedvirkning og kontekstuell forståelse i sammenheng med funnene i undersøkelsen, blir jeg nysgjerrig på i hvilken grad pasientenes historie og opplevelser har blitt medberegnet i flere av hendelsene. Slik jeg

oppfattet det av pasientene, opplevde de i liten grad å ha blitt forberedt på videre forløp når ordinær ambulans og/eller politiet hadde vurdert at de skulle transporteres til lege eller innleggelse ved psykiatrisk avdeling. På direkte spørsmål svarte de ofte ”nei” eller mer vagt, når jeg spurte om de hadde opplevd å få tilstrekkelig informasjon eller ble samhandlet med. Dette gjaldt også noen av deres erfaringer med psykiatriambulansen. Imidlertid fikk jeg et generelt inntrykk av at de i en langt større grad hadde følt seg medberegnet som en likeverdig part i pasient-hjelper-relasjonen av det prehospitalt psykiatripersonellet enn av personellet på ordinær ambulans eller politiet. Dette var også et inntrykk jeg fikk i intervjuene av ambulanspersonellet. De fleste av ambulanspersonellet hadde erfart at psykiatripersonellet hadde gitt god informasjon samtidig som de var opptatt av å lytte til pasientenes syn på situasjonen og ut i fra dette komme fram til en felles løsning. På en annen side var det også situasjoner hvor pasientene hadde opplevd at ambulanspersonell og politiet hadde ivaretatt dem som en aktiv ressurs i samhandlingen, men på grunn av deres psykiske tilstand hadde de ikke oppfattet dette i situasjonen. Allikevel mener jeg det er grunnlag for å stille spørsmål ved hvordan de ulike kunnskapskildene er implementert og praktiseres i det prehospitalt arbeidet i møtet med psykisk ustabile pasienter. På bakgrunn av funnene kan det ses mulige svakheter i forhold til ivaretagelse av pasientens rett til både informasjon og medvirkning, noe som jeg av Bø og Thomassen (2009) oppfatter er sentrale faktorer i et kontekstuellet arbeid. Dette er rettigheter som også er nedfelt i lovverket, der pasienten i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3) har rett til informasjon (§3-2) samtidig som informasjonen skal tilpasses den enkeltes forutsetninger (§3-5). Helsepersonellet på sin side, skal ”...gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven...” (§10). Forenklet sett vil jeg si at dette omhandler utveksling av informasjon mellom pasienten og hjelperen, slik at de sammen kan forstå pasientens utfordringer ut i fra situasjonen pasienten befinner seg i og derav komme fram til en felles løsning. Slik jeg oppfatter Jensen og Tronvoll (2015) er dette nødvendig for å skape en reell brukermedvirkning, hvor det er like viktig å gi pasienten mulighet til å informere som å være mottaker for hjelpepersonellens informasjon. Av dette oppfatter jeg at informasjon er nært knyttet til kunnskap og erfaring, da det i en intersubjektiv pasient-hjelper-relasjon vil være essensielt å skape en felles forståelse som kun kan gjøres ved at partene informerer hverandre.

En annen tanke som har grepet meg i arbeidet med denne oppgaven, spesielt i intervjuene, er hvilken betydning informantene la i begrepene kunnskap og erfaring. Hva var det egentlig

dette omhandlet og hvordan fremkom det i en praktisk kontekst? Hos ambulanspersonellet kunne jeg oppfatte at det i stor grad handlet om kunnskap innenfor mer diagnostiske og behandlingsmessige problemstillinger. Samtidig var de også opptatt av relasjonskompetansen og hvordan den teoretiske og kliniske erfaringen ble anvendt og tilpasset i de ulike situasjonene. Psykiatrispersonellet ble fremhevet som faglig dyktige på dette. I motsetning ble ofte ambulanspersonellet og politiet beskrevet å være svake på dette området. På en annen side beskrev flere av pasientene hendelser hvor de hadde møtt enkeltpersonell fra både ordinær ambulans og politi, hvor de hadde opplevd å bli forstått og verdig behandlet, på tross av at de oppfattet personellet som lite kompetente på psykiske lidelser. Bakgrunn for dette kunne jeg få inntrykk av omhandlet personellets personlige og medmenneskelige egenskaper, hvor møtet bar preg av å være en menneske-til-menneske-relasjon. Det kan være at pasientene opplevde disse som faglig dyktige på bakgrunn av deres medmenneskelige evner, hvor personellet var interessert i hvordan de hadde det og hvordan de sammen skulle finne en løsning på situasjonen. Slik jeg forstår Håkonsen (2015) kan slike grunnleggende nære mellommenneskelige egenskaper være noe av det viktigste bidraget i møtet med mennesker i krise. På en annen side fremhever han også at til mer kunnskap vi har om menneskelige behov og hvordan lidelser påvirker oss, desto bedre vil vi være i stand til å forstå og gjøre de riktige vurderingene av situasjonen. I tråd med dette, kunne jeg oppfatte at det var psykiatrispersonellets helhetlige kunnskap og erfaring, teoretisk som klinisk, som gjorde dem spesielt kompetente på dette området. På bakgrunn av ambulanspersonellets beskrivelser kunne jeg videre forstå at de følte psykiatrispersonellets kunnskap og erfaring gav dem en intuitiv forståelse av hvordan de skulle intervensjonere de ulike situasjonene. Dette kan samsvare med Borg og Topor (2011), som hevder at det er behov for både teori og praktiske teknikker i møte med mennesker med alvorlig psykiske lidelser, da dette "...kan øke ens repertoar av måter å hjelpe på" (s. 57).

## **5.4 Den mellommenneskelige samhandlingens ulike aspekter i et kommunikativt perspektiv**

I forrige kapittel har viktigheten av utveksling av kunnskap og erfaring vært sentrale temaer. Dette omhandler ikke bare om hva den profesjonelle hjelperen representerer av fag og erfaring. Det handler like mye om at pasienten blir møtt med forståelse og respekt for sine perspektiver og at hjelperen har som mål å ivareta og stimulere den enkeltes iboende ressurser



til deltagelse i sitt eget liv, slik at vedkommendes innflytelse ivaretas i størst mulig grad. Implisitt innebærer dette at den profesjonelle omsorgen skal preges av likeverd og en medmenneskelighet som ivaretar pasientens interesser. Slik jeg oppfatter Eide og Eide (2016) kan dette bare formidles gjennom kommunikasjon – en hjelpende og pasientrettet kommunikasjon som innebærer å beskytte pasienten mot skade, samt bestyrke pasienten til å ivareta egen helse og ta i bruk sine egne ressurser. Det er spesielt fire områder som er essensielt i en hjelpende og pasientrettet kommunikasjon:

”

1. *Å få frem pasientens perspektiv*
2. *Å forstå den psykososiale konteksten pasienten befinner seg i*
3. *Å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier*
4. *Å hjelpe pasienten til å dele makt, det vil si å stimulere pasienten til å bevare og utøve kontroll og myndighet der dette er mulig*

”

(Eide og Eide, 2016, s. 20)

Når jeg ser dette i sammenheng med funnene i undersøkelsen kan det stilles spørsmål ved i hvilken grad kommunikasjonsprosessen – den hjelpende og pasientrettede kommunikasjonen – og ikke minst relasjonsbyggingen ble behersket av personellet ved de ulike hendelsene. Bakgrunn for dette bygger på at seks av pasientene fortalte om flere hendelser hvor de i liten grad hadde en opplevd innflytelse på situasjonene, samt at de også hadde opplevd direkte sårende kommentarer som hadde medført at de følte seg til bryderi og lite respektert.

Bortsett i fra i samtale om møtet med det prehospitale psykiatripersonellet, svarte pasientene som tidligere nevnt mer vagt eller ”nei” på spørsmål om de hadde blitt tatt med som en aktiv part i samhandlingen mellom dem, ambulanspersonellet og politiet. I lys av en hjelpende og pasientrettet kommunikasjon, vil jeg derfor si at pasientene kan ha blitt satt i en sårbar posisjon, hvis det er slik at de ikke har blitt behandlet likeverdig i den intersubjektive og kommunikative samhandlingen. Slik jeg ser det vil det være nær sagt umulig å få ”...frem pasientens perspektiv”, ”...psykososiale kontekst...”, ”...nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier”, og ikke minst ”... stimulere pasienten til å bevare og utøve kontroll og myndighet der dette er mulig” (jf. hjelpende og pasientrettet kommunikasjon), dersom pasienten ikke blir behandlet som en likeverdig part av hjelperen. Dette handler om å vie oppmerksomhet til pasientens perspektiver slik at vedkommende føler

seg sett og hørt, men på en annen side vil det alltid være individuelle forskjeller i hvordan den enkelte opplever seg møtt av hjelperen (Borg og Topor, 2011). I lys av dette var det pasienter som fortalte at de hadde en annen forståelse av enkelte situasjoner i etterkant enn hva de hadde opplevd på det aktuelle tidspunktet de møtte ambulanspersonell og/eller politibetjenter. Allikevel mener jeg det er betimelig å stille spørsmål om hvordan kommunikasjonsformen ble utøvd der pasientene ikke hadde opplevd at deres perspektiver ble tatt på alvor. På tross av at det eventuelt kunne foreligge persepsjonsforstyrrelser hos pasientene ved de aktuelle hendelsene, hadde denne informasjonen sitt grunnlag hos seks av pasientene, som også hadde erfaring fra flere uavhengige hendelser. Jeg mener derfor at dette er tilbakemeldinger som må tillegges verdi, fordi vi som profesjonelle må ”...huske at uansett hvor vanskelig det oppleves å kommunisere med pasient [...], ligger ansvaret for tjenesteytelsen hos den profesjonelle hjelperen” (Bergem, 2015, s. 50). Og slik jeg forstår Bergem videre påhviler det et spesielt kommunikativt ansvar hos den profesjonelle tjenesteyteren. Dette er et ansvar som jeg ikke bare opplever er gitt av ulike lovkrav, men som også vil være en naturlig følge av at rollen som helper ”...innebærer å skulle fylle en hjelpende funksjon for andre i kraft av egen faglig kompetanse og posisjon” (Eide og Eide, 2016, s. 18). For å fylle en slik hjelpende funksjon mener jeg det vil være helt avgjørende at hjelperen arbeider aktivt for å skape et kommunikativt ”klima” i samhandlingen som motiverer til deltagelse også fra pasientens side. I en klinisk sammenheng innebærer dette at hjelperen må kommunikativt samhandle med pasienten gjennom å stille spørsmål, informere, og ikke minst aktivt lytte til pasientens perspektiver. I følge Eide og Eide (2016) er dette også en ”...forutsetning for å indentifisere hva situasjonen krever og å forebygge uheldige valg og dårlige løsninger” (s. 21).

Ut i fra informasjonen fra pasientene var det liten tvil om at de ved flere hendelser hadde følt seg lite involvert i samhandlingen, noe som hadde medført at de hadde følt en manglende innflytelse på sin egen situasjon. Bakgrunn for dette kan skyldes flere årsaker. Det kan ha sitt grunnlag i manglende utøvelse av en kommunikasjon med involvering av pasienten eller en begrenset kommunikativ bevissthet blant personellet, som har medført at de ikke har lyktes med å anerkjenne pasienten som en likeverdig samhandlende part i samspillet. Det kan også være at pasientene, på bakgrunn av sin situasjon, har hatt utfordringer med å delta i den kommunikative relasjonen. På en annen side ser jeg i etterkant at informasjonen er for begrenset til å tydeliggjøre en årsaksforklaring til pasientenes opplevelser på dette området.

Det var derimot tydelig at ulike kommentarer fra ambulanspersonell og politi hadde skapt utfordringer for det relasjonelle forholdet mellom dem og pasientene ved flere av hendelsene. Pasientene eksemplifiserte dette i hendelser hvor de hadde fått beskjed om å ”oppføre seg” og ”ta seg sammen”. Det var særlig en av pasientene som i etterkant hadde følt dette vanskelig på bakgrunn av at hun hadde fått beskjed om å ”ta seg sammen” med henblikk på at hun var voksen og hadde barn å ta ansvar for. Dette var kommentarer som hadde satt følelsesmessige spor. Det at hun hadde utfordringer med å ta seg av barna når hun var på det dårligste, var en konsekvens som forsterket hennes psykiske plager i etterkant av hendelsene, og kommentarer av denne art ble for henne en ytterligere bekreftelse på hennes utilstrekkelighet. Slik jeg oppfattet det så var det ofte alvorlig selvskading som preget denne pasientens situasjon når hun tidligere hadde blitt hentet av ordinær ambulans og/eller politiet. I følge Håkonsen (2015) vekker lidelse vår sympati og medfølelse, og det er derfor naturlig å tenke at personellens intensjon med disse kommentarene var begrunnet i omsorgens hensikt. På den ene siden kan kommentarer av denne typen gi inntrykk av at personellet appellerer til voksenpersonen, samtidig som pasienten bevisstgjøres på hennes ansvar for sine barn ved å spille på de følelsesmessige mor-barn-forhold. Således kan det hos personellet foreligge en anerkjennende grunntanke med tro på pasientens egne evner til å avstå fra uheldige handlinger og gjøre de rette valg som er til det beste for seg selv. På en annen side er det en fare for at slike kommunikative intervensjoner skaper en opplevelse hos pasienten som er preget av krenkelse og en degradering av pasientens vanskelige situasjon. I lys av Bø og Thomassen (2009) oppfatter jeg at slik kommunikasjon kan oppfattes å være fra en metaposisjon, hvor det av pasienten kan oppleves at personellet ikke tar innover seg at pasientens handlinger kan skyldes årsaker som er utenfor hans eller hennes kontroll. Selv om pasientens handlinger vekker umiddelbar sympati hos personellet, er ikke dette ensbetydende med en evne til empatisk innlevelse (Håkonsen, 2015). Når det i tillegg til ovennevnte kommentarer, også fremkom blant ambulanspersonellet, at de blant sine kollegaer og politiet hadde opplevd dårlige holdninger til pasienter med psykiske lidelser, stiller jeg spørsmål ved i hvilken grad enkelte personell har evnet å handle med empatisk forståelse. I kraft av å være profesjonelt hjelpepersonell, vil det foreligge krav om ivaretagende handlinger ovenfor pasienten, men ut i fra pasientenes og ambulanspersonellens opplevelser er det usikkert i hvilken grad enkelte har mestret dette med en empatisk innlevelse. Med andre ord er jeg undrende til i hvilken grad de har lagt vekt på å lytte og søke forståelse av pasienten situasjon, samt formidle denne forståelsen tilbake. Selv om vi forstår pasientens situasjon er det allikevel ikke sikkert vi

mestrer å formidle denne forståelse gjennom måten vi opptrer og kommuniserer. Vi må som profesjonelle hjelpere ta i betraktning at det ikke hjelper ”...om man forstår pasienten, hvis man ikke også handler ut ifra denne forståelsen til vedkommendes beste” (Eide og Eide, 2016s. 37), og til ”...syvende og sist er det kun pasienten (og de pårørende) som kan avgjøre hvorvidt kommunikasjonen har vært god eller ikke” (Eide og Eide, 2016, s. 22).

## 6 Konklusjon

Hensikten med studien var å få innsikt i pasientenes og ambulansarbeidernes opplevelser av psykiatriambulansen, ordinær ambulanse og politiet, i forbindelse med transport av psykisk ustabile pasienter. Studien hadde også til hensikt å undersøke om psykiatriambulansen var et tilbud som kunne bedre pasientenes opplevelser, sammenliknet med dagens løsning, hvor politiet ofte transporterer pasienter til innleggelse ved psykiatrisk avdeling.

Temaer vedrørende makt, maktutøvelse, kunnskap om psykiske lidelser, respekt og kommunikasjon, var toneangivende i intervjuene av pasientene og ambulansarbeiderne. I intervjuene ble det ofte en faglig og kvalitetsmessig sammenlikning mellom hva informantene hadde erfart med psykiatripersonellet og psykiatriambulansen kontra deres erfaringer med ambulanspersonellet på ordinær ambulanse og politiet. Psykiatriambulansen i sin helhet fikk utelukkende positive tilbakemeldinger, og psykiatripersonellet ble av de fleste informantene karakterisert som generelt gode på å håndtere de prehospitale situasjonene hvor de skulle foreta vurdering og transport av psykisk ustabile pasienter. Det var tydelig at psykiatripersonellets fremtreden og faglige kompetanse på dette området, var noe av årsaken til at dette tilbudet ble fremhevet som et nødvendig kvalitetsforbedrende tiltak ved transport av disse pasientene. Det var derfor indikasjoner på at psykiatriambulansen, og den kompetansen den representert, var den kvalitetsmessige og faglige standarden informantene forventet, og derav et tilbud som vil bedre disse pasientenes opplevelser av den prehospitale transporten. Samtidig fremkom det blant pasientene at de også hadde positive opplevelser av møtet med enkelte personell fra både og politiet og ordinær ambulanse, og dette på tross av at dette også handlet om situasjoner hvor det ble handlet mot deres vilje. Disse opplevelsene var grunnlagt i at personellet hadde behandlet pasienten med respekt, samt anerkjent vedkommendes tilstand og situasjon for øvrig.

På bakgrunn av dette er det indikasjoner på at den profesjonelle hjelperens medmenneskelig egenskaper spiller en stor rolle i møtet med pasienter. Samtidig må man ta i betraktning at mange av situasjonene, i møtet med psykisk ustabile pasienter, krever noe ekstra som må ligge til grunn for at personellet skal kunne inneha en nødvendig kapasitet til å formidle en helhetlig helsehjelp. Flere av ambulanspersonellet uttrykte at de en rekke ganger hadde erfart slike situasjoner som de mente de ikke hadde tilstrekkelig kompetanse til å håndtere. I sammenlikning med kompetansen psykiatripersonellet representert, mente

ambulanspersonellet at de hadde for lite grunnleggende erfaring og kompetanse innenfor psykiatrifaget som helhet, samt vurderingskompetanse innenfor juridiske og etiske problemstillinger som ofte kunne være aktuelle i slike situasjoner. Flere av ambulansarbeiderne mente også at mangel kompetansen kunne ligge til grunn for dårlige holdninger til psykiske lidelser, som de hadde erfart kunne eksistere blant ulike hjelpepersonell. Det var også tydelig at flere av ambulansarbeiderne hadde en opplevelse av at den kompetansen psykiatrispersonellet hadde tilegnet seg gjennom utdanning og klinisk erfaring i arbeid med psykisk ustabile pasienter, gav dem et større handlingsrepertoar på flere områder. For det første ble det opplevd at de hadde en klinisk vurderingskompetanse av pasienten og vedkommendes situasjon forøvrig. Dette gjorde at de hadde en bedre evne til å tilpasse en adekvat intervensjon etter pasientens tilstand og behov. Dette gjaldt både den kommunikative samhandlingen og inntreden i ulike situasjoner. For det andre representerte de også en større kompetanse på mer diagnostiske og behandlingsmessige forhold, samt en systemkompetanse som gjorde at de kunne forberede og trygge pasienten på det videre forløpet. Både blant pasientene og ambulanspersonellet ble det uttrykt at dette skapte en trygghet i situasjonene. Flere av ambulanspersonellet mente også at dette gav psykiatrispersonellet en større kapasitet til å fokusere på den relasjonelle og mellommenneskelig samhandlingen.

På bakgrunn av dette viser funnene i undersøkelsen at det er behov for ulike forbedringstiltak i prehospitale tjenester vedrørende transport av psykisk ustabile pasienter. Den overordnede målsettingen med dette arbeidet er å bedre den relasjonelle og kommunikative samhandlingen med psykisk ustabile pasienter. Ut i fra funnene i denne undersøkelsen, og i lys av hva Håkonsen (2015) mener er nødvendig for å møte de krav til faglige og ansvarlige ferdigheter som kreves i profesjonell omsorg, er det nødvendig å øke ambulanspersonellens kompetanse innenfor;

- diagnostiske og behandlingsmessige forhold ved psykiske lidelser
- etiske og juridiske problemstillinger vedrørende behandling av psykisk ustabile pasienter
- maktbruk
- kommunikasjon og samhandling med psykisk ustabile pasienter
- det psykiske helsevernets organisering og ulike tilbud

For å skape en reell styrkning av denne kompetansen, må disse fagområdene ikke bare tillegges på den enkelte ambulansetjenestens ansvarsområde. Dersom de enkelte tjenestene skal erverve en bærekraftig kompetanseheving innenfor disse fagområdene, må dette også implementeres i de prehospitale utdanningene, på linje med akuttmedisinske temaer innenfor somatikk og traumatologi.

Ut i fra både pasientenes og ambulansearbeidernes opplevelser var det indikasjoner for at en permanent etablering av psykiatriambulanse, vil kunne bedre transportsituasjonene for de psykisk ustabile pasientene. Dette må imidlertid ses i et større perspektiv, da en slik spesialressurs vil ha en begrenset kapasitet til å gi befolkningen, i Vestre Viken sitt ansvarsområde, et reelt likeverdig tilbud. Det anbefales derfor at det gjøres en nærmere kost-nytte-analyse, hvor man også ser på en løsning hvor personell med spesialkompetanse på psykiske lidelser implementeres på deler av ambulanseflåten. Da det ses at denne undersøkelsen har skapt debatt og ulike bevisstgjørende diskusjoner vedrørende tilbakemeldinger som fremkom, anbefales det også at det gjøres en liknende undersøkelse blant politiet og deres opplevelser i forbindelse med transport av psykisk ustabile pasienter.

# Litteraturliste

Aasen, Henriette Sinding (2009) Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Etiske og juridiske utfordringer. Tidsskrift for norsk psykologforen, 12-2009, 1175-1181. Tilgjengelig fra:

[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=99220&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=99220&a=3) [Lest: 03.03.2017].

Akuttmedisinforskriften. Forskrift 20. mars 2015 om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v.

Ambulanseforbundet i Delta Yrkesetiske retningslinjer for ambulansepersonell. Oslo:

Ambulanseforbundet i Delta. Tilgjengelig fra:

[https://delta.no/sokeresultat/\\_/attachment/inline/2d266d6e-223f-497c-b0db-00feab122451:587ebc64b7e6be474f8abe20c2bc6e08a35ec1ed/Yrkesetiske%20retningslinjer%20for%20ambulansepersonell.%20Pdf.pdf](https://delta.no/sokeresultat/_/attachment/inline/2d266d6e-223f-497c-b0db-00feab122451:587ebc64b7e6be474f8abe20c2bc6e08a35ec1ed/Yrkesetiske%20retningslinjer%20for%20ambulansepersonell.%20Pdf.pdf) [Lest 29. januar 2017].

Bergem, Anne Kristine (2015) Forstå – God kommunikasjon for folk i førstelinjen. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Bjørk, Ida Torunn og Solhaug, Marit (2013) Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. Oslo: Akribe AS 2008.

Borg, Marit og Topor, Alain (2011) Virksomme relasjoner – Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. 2. utg. Oslo: Kommuneforlaget AS.

BSB (2006). Sør-Trøndelag: Bruker Spør Bruker. Tilgjengelig fra:

<http://bruker erfaring.no/bruker-spor-bruker/historikk> [Lest: 03.03.2017].

Bø, Tore Dag og Thomassen, Arne (2009) Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Oslo: Universitetsforlaget 2007.

Engelstad, Fredrik (2009) Hva er makt. Oslo: Universitetsforlaget AS.

FN-SAMBANDET Verdenserklæring for menneskerettigheter. Oslo: FN-SAMBANDET.

Tilgjengelig fra: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter> [Lest 29. januar 2017].

Gander, Frank (2009) Misbruk av politiresurser. Aftenposten, 1. april, s 2.

Haugsgjerd, Svein, Jensen, Per, Karlsson, Bengt og Løkke, Jon A. (2010) Perspektiver på psykisk lidelse. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2009.

Helsebiblioteket (2017) Brukermedvirkning på tre ulike nivå. Tilgjengelig fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva> [Lest 15.04.2017].

Helsepersonelloven. Lov 7. februar 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.



Holmen, Heine (2014) Kunnskap. Store norske leksikon. Tilgjengelig fra:  
<https://snl.no/kunnskap> [Lest: 13.03.2017].

Håkonsen, Kjell Magne (2015) Psykologi og psykiske lidelser. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2014.

Jenssen, Anne Grete og Tronvoll, Inger Marii (2015) Brukermedvirkning. Oslo: Universitetsforlaget 2012.

Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2010) Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2009.

Kupier, Alexej Vincent (2012) Psychiatric ambulance service for people with a mental illness. Erasmus University Rotterdam 2012.

Malterud, Kirsti (2013) Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget 2011.

Norvoll, Reidun (2009) Samfunn og psykiske lidelser. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2002.

Oppdragsdokument 13/2799 (2014). Oppdragsdokument 2014 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014). Tilgjengelig fra:  
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sykehus/1prop93s.pdf> [Lest: 17.04.2017].

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 7. februar 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.

Psykisk helsevernloven. Lov 7. februar 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Sosial- og helsedirektoratet (2005) ...og bedre skal det bli! - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005 – 2015). Veileder, IS – 1162. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet (2005).

Teigen, Karl Halvor (2011) Erfaring. Store norske leksikon. Tilgjengelig fra:  
<https://snl.no/erfaring> [Lest: 13.03.2017].

Jensen, Anne Grete og Tronvoll, Inger Marii (2015) Brukermedvirkning – Likeverd og anerkjennelse. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Tjora, Aksel (2013) Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2012.

Universitetssykehuset i Nord-Norge (2015/2016) Hva er pasienters erfaringer med tjenestene ø-hjelpsinnleggelse i psykisk helsevern? Tilgjengelig fra:  
<https://unn.no/Documents/Nyheter/2016/BSB%20evaluerings%20-%20transport%20av%20psykisk%20syke%20UNN%20HF%202016.pdf> [Lest: 03.03.2017].

Østby, Bjørn Arild (2016) Pasienter og behandlere på kollisjonskurs. Sykepleien, nr. 11, s. 36-39.

# Liste over vedlegg

Vedlegg 1:

Intervjuguide for pasientintervjuene

Vedlegg 2:

Intervjuguide for intervjuene av ambulansesarbeiderne

Vedlegg 3:

Personvernombudets tilrådning til innsamling og behandling av personopplysninger for masterstudien «Brukertilfredshet med psykiatriambulansen i Vestre Viken».

Vedlegg 4:

Personvernombudets tilrådning – prosjektutvidelse for masterstudien «Brukertilfredshet med psykiatriambulansen i Vestre Viken»

Vedlegg 5:

Informasjon og samtykkeerklæring til pasientene

Vedlegg 6:

Informasjon og samtykkeerklæring til ambulansesarbeiderne

## Vedlegg 1

### Intervjuguide for pasientintervjuene

- Kan du beskrive hvordan personellet tok kontakt med deg ved de forskjellige hendelsene og hvordan du opplevde dette?
- Fikk du nødvendig informasjon og hvordan ble dette utført ved de ulike hendelsene?
- Ble du transportert mot din vilje og kan du eventuelt beskrive hvordan du opplevde dette og hva som hadde betydning for din opplevelse av denne situasjonen?
- Når du har det vanskelig, hva har betydning for deg for at du skal føle deg ivaretatt på en god måte?
- Kan begreper som trygghet, respekt, forståelse og annerkjennelse være beskrivende for din opplevelse av disse ulike situasjonene og eventuelt hvordan fremkom dette?
  - Kan du gi et eksempel
- Kan du beskrive hvordan kommunikasjonen med deg foregikk ved de ulike hendelsene?
- Kan du beskrive hvordan transporten ble gjennomført og hvordan du eventuelt fikk påvirket hvordan dette ble utført?
- Er det noe annet du ønsker å meddele og snakke nærmere med meg om?

## Vedlegg 2

### Intervjuguide for intervjuene av ambulansesarbeiderne

Første kontakt med pasienten:

- Var det noe spesielt du observerte når det angikk hvordan psykiatripersonellet tok kontakt med pasientene ved de ulike oppdragene, og kan du beskrive hva du la merke til?
- Gjorde de noe annerledes enn hva du har erfart tidligere når du har hentet psykisk ustabile pasienter i ordinær ambulanse (i eller uten samarbeid med politiet)?

Informasjon til pasientene:

- Kan du beskrive i hvilken grad ble det lagt vekt på informasjon til pasientene?
- Gjorde de noe annerledes enn hva du har erfart tidligere når du har hentet psykisk ustabile pasienter i ordinær ambulanse (i eller uten samarbeid med politiet)?

Transport og innleggelse mot pasientens vilje:

- I situasjoner hvor pasienten ble behandlet/transportert mot vedkommedes vilje, kan du beskrive om noe ble gjort annerledes på psykiatriambulansen enn hva du har opplevd tidligere?

Ivaretagelse av pasientene:

- Observerte du noe spesielt som ble gjort for å ivareta pasientene når de hadde det vanskelig, og kan du eventuelt beskrive hva som ble gjort og om det var noe annerledes enn hva du har opplevd tidligere?
- Kan du beskrive hvordan pasientene opplevde tilbudet med psykiatriambulanse og var det eventuelt noe annerledes enn dine tidligere erfaringer?

Kommunikasjon:

- I møte med pasientene, kan du beskrive hvordan kommunikasjonen var og om du erfarte noe annerledes enn hva du har opplevd tidligere på ordinær ambulanse (i eller uten samarbeid med politiet)?
- Var det noen situasjoner hvor kommunikasjonen hadde spesiell betydning og var avgjørende for utfallet av situasjonen? Kan du eventuelt beskrive hva du opplevde?

Kompetanse:

- Kan du beskrive i hvilken grad du opplevde psykiatrikompetansen kom til anvendelse og nytte i de ulike situasjonene?
- Er det noe du har erfart som du vil ta med videre i arbeidet på ambulanse og kan du eventuelt beskrive hva dette handler om?
- Er det noe annet du ønsker å meddele og snakke nærmere med meg om?

## Vedlegg 3



Vestre Viken HF - Prehospitale tjenester,  
Ambulanseavdelingen

Dato: 20.01.2016  
Saksbehandler: Henriette Henriksen  
Direkte telefon: 41 76 47 86  
Vår referanse: 16/00117-4 /

Thomas Fuglerud

Deres  
referanse:

### **Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for masterstudien «Brukertilfredshet med psykiatriambulans i Vestre Viken»**

Det vises til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er en formell tilråding fra Personvernombudet.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 5 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud ved Vestre Viken HF, fritatt helseforetaket fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til helseforetakets personvernombud.

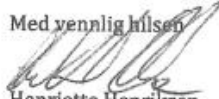
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, innsendt prosjektbeskrivelse samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådingen som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig

Med vennlig hilsen

  
Henriette Henriksen  
Personvernombud/Informasjonssikkerhetsansvarlig  
Teknologi og eHelse  
Intern service

Postadresse:  
Vestre Viken  
3004 Drammen

Telefon: 03525  
Org. Nr: 894.166.762

E-postadresse: [postmottak@vestreviken.no](mailto:postmottak@vestreviken.no)  
Webadresse: [www.vestreviken.no](http://www.vestreviken.no)

Vår bank: DNB ASA, N-0021 Oslo, Norway. Kontonummer: 1503.27.06093. IBAN: NO3215032706093, BIC: DNBAOKK

## Vedlegg 4



Vestre Viken HF - Prehospitale tjenester,  
Ambulanseavdelingen

Dato: 19.07.2016  
Saksbehandler: Henriette Henriksen  
Direkte telefon: 41 76 47 86  
Vår referanse: 16/00117-27 / 000  
Deres referanse:

Thomas Fuglerud

### **Personvernombudets tilråding – prosjektutvidelse for masterstudien «Brukertilfredshet med psykiatriambulans i Vestre Viken» (Saksnr. 16/00117-4/)**

Det vises til innsendt remelding av 19.7.2016 angående prosjektutvidelse for masterstudien «Brukertilfredshet med psykiatriambulans i Vestre Viken». Følgende er en formell tilråding fra Personvernombudet.

Endringsmeldingen tas til orientering og følgende utvidelse er registrert og gjeldende for prosjektet:

*Det vil også foretas individuelle intervjuer av ambulanspersonellet som har arbeidet på psykiatriambulansen i prosjektperioden. Bakgrunn for dette, er at personellet kan besitte relevant og verdifull erfaring fra ulike transportsituasjoner med psykiatriambulans, ordinær ambulans eller politiet. Av hensyn til validiteten av undersøkelsen, vil det bli foretatt minst fem intervjuer, dersom tilstrekkelig antall ansatte melder sin interesse for deltagelse. Egen samtykkeerklæring for ansatte er utarbeidet.*

*Deltagelse i studien, er naturligvis frivillig for både pasientene og ansatte.*

Endringsmeldingen med tilhørende tilråding skal ses i sammenheng med tidligere tilråding av 20.1.2016, saksnr. 16/00117-4/.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådingen som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig

Med vennlig hilsen

Henriette Henriksen  
Personvernombud/Informasjonssikkerhetsansvarlig  
Teknologi og eHelse  
Intern service

Postadresse:  
Vestre Viken  
3004 Drammen

Telefon: 03525  
Org. Nr: 894.166.762

E-postadresse: [postmottak@vestreviken.no](mailto:postmottak@vestreviken.no)  
Webadresse: [www.vestreviken.no](http://www.vestreviken.no)

Vår bank: DNB ASA, N-0021 Oslo, Norway. Kontonummer: 1503.27.06093. IBAN: NO3215032706093, BIC: DNBNOKK

## Vedlegg 5



### «Brukertilfredshet med psykiatriambulanse i Vestre Viken»

#### Bakgrunn for masterstudien

Helse Sør-Øst er tildelt midler for iverksetting av prosjekter for å avlaste politiet for transportoppdrag i tilknytning til psykisk ustabile personer som kan håndteres av helsetjenesten uten politiets assistanse (Oppdragsdokument 2014 - Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 93 S.)

Vestre Viken deltar inn i prosjektet med prøveprosjektet «*Trygg og god transport av psykisk ustabile pasienter*», som er en etablering av ambulanse bemannet med ambulansepersonell og to personell med utdanning i og erfaring fra psykiatrien, som videre også er bakgrunnen for masteroppgaven «*Brukertilfredshet med psykiatriambulanse i Vestre Viken*».

Psykiatriambulansen vil primært foreta transporter av psykisk ustabile pasienter, noe som i stor grad har blitt foretatt av politiet. Dette prøveprosjekt startet 1. februar 2016 og har en varighet på ca. seks måneder.

Prosjektet «*Trygg og god transport av psykisk ustabile pasienter*» primære hensikt er:

- målsetting om å redusere bruk av tvang
- reduksjon i bruk av politiet ved slike transporter
- vurdere om dette er en hensiktsmessig måte å organisere denne transporten med tanke på ivaretagelse av pasientene med psykiatrikompetanse versus politiet.

Prosjektet «*Trygg og god transport av psykisk ustabile pasienter*» er forankret i helseforetakets ledelse og har opprettet en egen styringsgruppe som ledes av klinikkdirektør psykisk helse og rus, Kirsten Hørthe.

Informasjonssikkerheten og pasientens personvern i «*Trygg og god transport av psykisk ustabile pasienter*» ivaretas tilfredsstillende og har Personvernombudets tilrådning.

#### Om masterstudien

Formålet til masteroppgaven «*Brukertilfredshet med psykiatriambulanse i Vestre Viken*» er å se nærmere på og få en forståelse av om pasientene opplever at psykiatriambulansen gir en tryggere og bedre transport sammenliknet med å bli transportert av politiet. Ut i fra de opplevelsene og erfaringene som fremkommer i intervjuene med pasientene, vil det bli drøftet nærmere i hvilken grad dette kan være retningsgivende for om psykiatriambulanse er en hensiktsmessig måte å organisere denne delen av tjenesten.

«*Brukertilfredshet med psykiatriambulanse i Vestre Viken*» er forankret i klinikk for prehospitaltjenester ved fagsjef medisin, Hans-Christan S. Platou og klinikkdirektør ved psykisk helse og rus, Kirsten Hørthe.

Personvernombudet ved Vestre Viken har vurdert behandlingen av person- og helseopplysninger i studien. Både informasjonssikkerheten og pasientens personvern ivaretas tilfredsstillende og studien har Personvernombudets tilrådning.





## **Forespørsel om deltakelse: « Brukertilfredshet med psykiatriambulansetjeneste i Vestre Viken »**

### **Hva innebærer deltakelse?**

Undertegnede vil foreta et intervju rundt tematikken vedrørende pasientenes opplevelser og erfaringer av å ha blitt transportert av psykiatriambulansen og/eller politiet. Det vil ikke være behov for å registrere ditt navn eller andre opplysninger som kan identifisere deg (distrikt, kommune, spesifikt tema/aktuelt problem). Under intervjuet vil det tas i bruk diktafon som videre transkriberes løpende. Etter transkripsjonen av intervjuene er utført, slettes informasjonen som diktafonen inneholder. I transkripsjonen vil all informasjon være anonymisert.

### **Mulige fordeler og ulemper**

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre i samme situasjon. Siden helseforetaket behandler deg etter vanlig rutine innebærer deltagelse i studien ingen ulemper for deg.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene som er transkribert vil være anonymisert og det vil ikke være mulig å spore svarene tilbake til deg som person. Lydfilet fra diktafonen slettes løpende. Samtykkeskjema oppbevares i låst skap i låst rom og blir makulert 31.12.2016.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, eller ønsker å trekke deg underveis, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på denne siden. Dersom du har spørsmål rundt studien og intervjuet, kan du kontakte:

Thomas Fuglerud  
Rådgiver kvalitet og helsefag  
Prehospitale tjenester, ambulanseseksjonen  
Tlf: 99043672

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

---

*(Signert av prosjektdeltaker, dato)*

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien



### «Brukertilfredshet med psykiatriambulanser i Vestre Viken»

#### Bakgrunn for masterstudien

Helse Sør-Øst er tildelt midler for iverksetting av prosjekter for å avlaste politiet for transportoppdrag i tilknytning til psykisk ustabile personer som kan håndteres av helsetjenesten uten politiets assistanse. (Oppdragsdokument 2014 - Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 93 S.). På bakgrunn av dette, ble prosjektet «*Trygg og god transport av psykisk ustabile pasienter*» startet i 2015, med vedtak om etablering av "Psykiatriambulansen" fra 01.02.2016, med en varighet på ca. 6 måneder. Den primære hensikten med dette prosjektet er:

- målsetting om å redusere bruk av tvang
- reduksjon i bruk av politiet ved slike transporter
- vurdere om dette er en hensiktsmessig måte å organisere denne transporten, med tanke på ivaretagelse av pasientene med psykiatrikompetanse versus politiet.

Prosjektet «*Trygg og god transport av psykisk ustabile pasienter*» er forankret i helseforetakets ledelse og har opprettet en egen styringsgruppe som ledes av klinikkdirektør ved psykisk helse og rus, Kirsten Hørthe.

Informasjonssikkerheten og pasientens personvern i «*Trygg og god transport av psykisk ustabile pasienter*» ivaretas tilfredsstillende og har Personvernombudets tilrådning.

#### Undertegnede vil gjennomføre en masterstudie vedrørende brukertilfredshet med psykiatriambulansen i Vestre Viken

Formålet til masterstudien, «*Brukertilfredshet med psykiatriambulanser i Vestre Viken*», er følgende:

- Studien skal se nærmere på og få en forståelse av om pasientene og ansatte har opplevd at psykiatriambulansen gir en tryggere og bedre transport sammenliknet med å bli transportert av politiet.
- Studien skal se nærmere på hvilke erfaringer pasientene og ansatte har fra psykiatriambulansen, samt andre transportløsninger. Det vil si at studien vil ha et sentralt fokus på å innhente pasienters og ansattes erfaringer rundt transportfasen hvor psykiatriambulansen, ordinær ambulanse og/eller politiet har vært involvert. Ut i fra de opplevelsene og erfaringene som fremkommer i intervjuene med pasientene og ansatte, vil det bli drøftet nærmere i hvilken grad dette kan være retningsgivende for om psykiatriambulanser er en hensiktsmessig måte å organisere denne delen av tjenesten.

«*Brukertilfredshet med psykiatriambulanser i Vestre Viken*» er forankret i klinikk for prehospitaltjenester ved fagsjef medisin, Hans-Christan S. Platou og klinikkdirektør ved psykisk helse og rus, Kirsten Hørthe.

Personvernombudet ved Vestre Viken har vurdert behandlingen av person- og helseopplysninger i studien. Både informasjonssikkerheten og pasientens personvern ivaretas tilfredsstillende og studien har Personvernombudets tilrådning.

**Forespørsel om deltakelse: « Brukertilfredshet med psykiatriambulans i Vestre Viken »**

**Hva innebærer deltakelse?**

Undertegnede vil foreta individuelle intervjuer av ambulanspersonellet som har vært ansatt på psykiatriambulansen i prosjektperioden. Dine erfaringer fra psykiatriambulansen kan være viktig for studien og hvordan transporten av psykisk ustabile pasienter bør organiseres.

Det vil ikke være behov for å registrere ditt navn eller andre opplysninger som kan identifisere deg. Under intervjuet vil det tas i bruk diktafon, hvor informasjonen fortløpende blir transkribert. Etter transkripsjonen av intervjuene er utført, slettes informasjonen på diktafonen. I transkripsjonen vil all informasjon være anonymisert.

Dette samtykkeskjemaet oppbevares i låst skap i låst rom og blir makulert 31.12.2016.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, eller ønsker å trekke deg underveis, trenger du ikke å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på denne siden. Dersom du har spørsmål rundt studien og intervjuet, kan du kontakte:

Thomas Fuglerud  
Rådgiver kvalitet og helsefag  
Prehospitale tjenester, ambulansavdelingen  
Tlf: 99043672

**Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

---

*(Signert av prosjektdeltaker, dato)*

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

*(Signert, rolle i studien, dato)*