

Kjellaug Klock Myklebust
Ph.d.-avhandlinger i helse- og sosialfag 2020:1

Rapporteringer av miljøterapeutiske
interaksjoner i sykepleiedokumentasjon.
En «mixed methods» studie i psykisk helsevern

Rapporteringer av miljøterapeutiske interaksjoner i sykepleiedokumentasjon

En «mixed methods» studie i psykisk helsevern

Kjellaug Klock Myklebust

En avhandling levert til Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk og Høgskulen i Volda for graden Philosophiae Doctor (ph.d.)

Ph.d.-avhandlinger i helse- og sosialfag 2020:1

Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk og Høgskulen i Volda

Molde 2020

Kjellaug Klock Myklebust

Rapporteringer av miljøterapeutiske interaksjoner i sykepleiedokumentasjon.
En «mixed methods» studie i psykisk helsevern

© Kjellaug Klock Myklebust

2020

Ph.d.-avhandlinger i helse- og sosialfag 2020:1

Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk og Høgskulen i Volda
Postboks 2110 Postboks 500,
6402 Molde, 6101 Volda
www.himolde.no www.hivolda.no

Avhandlingen kan bestilles fra bibliotekene ved Høgskolen i Molde eller Høgskulen i Volda

biblioteket@himolde.no

skranke@hivolda.no

Trykking: Høgskolen i Molde

ISBN: 978-82-7962-284-0

ISSN: 2535-2822

Innholdsfortegnelse

Takk til.....	iv
Liste over forkortelser og definisjoner	v
Liste over artikler.....	vi
Sammendrag	vii
Summary.....	x
1. Innledning	1
1.1. Begrepsavklaringer	1
1.2. Bakgrunn: Hvorfor gjøre en studie om miljøterapi-rapporter?	2
1.3. Studiens vitenskapsteoretiske forankringer, teoretiske perspektiver og forskningsmetodologi.....	5
1.3.1. Sentrale begreper i selvpsykologi som teoretisk referanseramme.....	5
1.3.2. Studiens undersøkelsesområder: rapporteringspraksiser i miljøterapi....	9
1.3.3. Forskerrolle, metodologi og forståelse av studienes resultater i lys av sosialkonstruksjonismen.....	11
1.4. Kontekst for rapportering av miljøterapi: - et landskap av flere, og delvis motstridende, behandlingssideologier og praksiser.....	15
1.4.1. Fire perspektiver i miljøterapi.....	16
1.4.2. Terapeutisk relasjon – funn i forskningslitteraturen om praksis i psykiatriske avdelings-kontekster.....	21
1.5. Gjennomgang av tidligere studier tilknyttet sykepleie-dokumentasjon	23
1.5.1. Evaluering av sykepleiedokumentasjon i ulike kontekster for sykepleie	24
1.5.2. Evaluering av sykepleiedokumentasjon i psykiatriske kontekster	26
2. Metode	31
2.1. Begrunnelse for valg av «mixed methods».....	31
2.2. Kort om klinisk kontekst for de tre delstudiene	35
2.3. Studie 1, fokusgruppestudie (Artikkel 1).....	36
2.3.1. Utvalg	36
2.3.2. Datainnsamling	36

2.3.3 Analyser	38
2.4. Studie 2, utvikling og reliabilitetstesting av SEPPS (Artikkel 2)	41
2.4.1. Utvalg	42
2.4.2. Prosedyre for datainnsamling.....	42
2.4.3. Analyse av datamateriale og instrument-utvikling.....	43
2.4.4. Reliabilitetstesting og statistiske analyser	45
2.5. Studie 3, kvantitativ registerstudie av miljøterapi-rapporter (Artikkel 3).....	47
2.5.1. Styrkeberegninger og estimering av utvalgsstørrelse	47
2.5.2. Utvalg og prosedyre for datainnsamling	48
2.5.3. Scoring av rapportutdrag i SEPPS	49
2.5.4. Datakvalitet – uklare rapportutdrag og tolkning av datamaterialet	51
2.5.5. Statistiske analyser	52
3. Resultater	55
3.1. Fokusgruppestudie med miljøpersonal om deres opplevelser med rapportskriving, Artikkel 1.....	55
3.1.1. Hvilke rasjonaler (faglige, juridiske, tradisjonsavhengige) legger helsepersonell til grunn for miljøterapeutisk dokumentasjon?	55
3.1.2. Hvilke erfaringer, tanker og følelser har miljøpersonalet om å dokumentere egne tilnærminger de bruker i møte med pasienten?	55
3.1.3. Hvilke erfaringer, tanker og følelser har miljøpersonalet om å involvere pasienten i rapportskrivningen?	56
3.2. Utvikling og reliabilitetstesting av SEPPS, Artikkel 2	56
3.3. Kvantitativ registerstudie av miljøterapi-rapporter, Artikkel 3.....	57
3.3.1. Hvor ofte beskrives pasientens opplevelse, og hvilke kategorier av opplevelse dokumenteres?.....	57
3.3.2. Hvor ofte, og hvilke, samspill mellom pasient og personal er dokumentert i miljøterapi-rapportene?	58
4. Diskusjon av sammenstilte kvalitative og kvantitative funn	59
4.1. Svært få rapporter inneholdt beskrivelser av terapeutiske samspill. - Hvorfor?	59
4.2. Gjenspeiler rapportene personalets bidrag i den miljøterapeutiske behandlingen?	61

4.3. Mulige konsekvenser av at få personal-pasient interaksjoner dokumenteres...	62
4.4. Rapportskriving og inntoning, kan disse prosessene forenes?.....	67
4.5. Studiens styrker og svakheter	68
4.5.1. Fokusgruppetudien – validitet og refleksivitet	69
4.5.2. Den kvantitative studien - reliabilitet og datakvalitet	71
4.5.3. Den kvantitative studien - validitet	72
4.6. Implikasjoner for praksis og videre forskning	74
5. Konklusjoner.....	77
6. Referanser	79
Artikkel I.....	96
Artikkel II	98
Artikkel III.....	100
Vedlegg.....	102

Takk til

For å kunne gjennomføre forskningsprosjektet, har jeg vært avhengig av velvilje fra mange parter. Takk til daværende klinikksjef for psykisk helsevern i Helse Møre og Romsdal HF, Ketil Gaupset, som ønsket prosjektet velkommen. Jeg takker seksjonsledere for tilretteleggelse for at prosjektet kunne gjennomføres på de to aktuelle sengepostene. Takk til pasienter som sa ja til at deler av deres journal kunne brukes til forskning. Takk til ansatte som innhentet pasient-samtykkene, og spesielt til de tre som anonymiserte journal-utdragene før jeg fikk de i hende. Videre er jeg takknemlig for miljøpersonale som deltok i fokusgruppeintervjuene og delte sine erfaringer om rapportskrivning, og for tidligere studenter som deltok i reliabilitetstesting av scoringsverktøyet SEPPS.

En særlig takk rettes til hovedveileder professor Stål Bjørkly for veiledning og støtte helt fra jeg hadde en første gryende ide om dette forskningstemaet, til prosjektbeskrivelse og videre gjennom hele forskningsprosessen!

Tusen takk til medveileder professor Målfrid Råheim som hadde en sentral rolle i fokusgruppestudien. Hennes deltakelse i gjennomføringen av intervjuene, analysene og artikkelskrivingen var en lærerik og inspirerende prosess for meg.

En stor takk rettes til professor Petter Laake for viktig hjelp med statistiske metoder.

Det har vært en glede å være tilknyttet doktorgradsprogrammet i helse- og sosialfag «Profesjonsutøvelse - vilkår og utvikling» ved Høgskulen i Volda og Høgskolen i Molde. En takk går til alle som bidro til at programmet ble realisert, og til doktorgradsutvalg og andre som kontinuerlig arbeider for kvalitet og videre utvikling av programmet.

Ved Høgskolen i Molde er det mange som på ulike vis har vært til støtte: Dekan ved HS Heidi Haavardsen har vært opptatt av å tilrettelegge arbeidshverdagen best mulig i stipendiatperioden. På biblioteket gjorde ansatte en innsats for å framskaffe ikke alltid lett tilgjengelig litteratur. Forskningsgruppa i psykisk helsearbeid har bidratt med innspill i forhold til analyse av data og artikkelutkast. Jeg setter stor pris på gode kollegaer ved HS og med-stipendiater som har støttet meg i med- og motgang.

Til sist går takken til familie og venner som både har engasjert seg i hvordan det har gått med meg underveis, og ikke minst har vært en kontinuerlig påminner om at livet er mye mer enn forskning.

Liste over forkortelser og definisjoner

Akutt: lukket subakutt psykiatrisk døgnenhet.

DPS: distrikts psykiatrisk senter.

EPJ: elektronisk pasientjournal.

ICNP: International Classification for Nursing Practice, et klassifikasjonssystem for standardisert språk innenfor sykepleie og helsehjelp.

KMT: Kognitiv miljøterapi.

MM: Mixed methods.

NANDA: Et klassifikasjonssystem for sykepleiediagnoser/pasientproblemer som har standardiserte termer for rapportering av pasientproblemer.

NEM: Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag.

REK: Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

SEPPS: Skala for Evaluering av Personal-Pasient Samspill i miljøterapi rapporter. SEPPS er den norske originalversjonen av The Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in progress notes (SESPI) som det henvises til i artikkel 2 og 3.

Sykepleieprosessen: Sykepleieprosessen betegnes som en problemløsende metode og har fem trinn: Kartlegging – Problem (sykepleiediagnose) – Mål – Tiltak (intervensjon) – Evaluering.

VIPS: En dokumentasjonsmodell forankret i sykepleieprosessen der akronymet står for: Velbefinnende, integritet, profylakse og sikkerhet.

Liste over artikler

Artikkel 1

Myklebust, K., Bjørkly, S., & Råheim, M. (2018). Nursing documentation in inpatient psychiatry: The relevance of nurse–patient interactions in progress notes — A focus group study with mental health staff. *Journal of Clinical Nursing*, 27, e611-e622.
doi:10.1111/jocn.14108

Artikkel 2

Myklebust, K. & Bjørkly, S. (2019). Development and reliability testing of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes (SESPI): An assessment instrument of mental health nursing documentation. *Nursing open*, 6,790-798.
doi:10.1002/nop2.254

Artikkel 3

Myklebust, K. & Bjørkly, S. The quality and quantity of staff-patient interactions as recorded by staff. A registry study of nursing documentation in two inpatient mental health wards. *BMC Psychiatry*.19, 1-12. doi:10.1186/s12888-019-2236-y

Sammendrag

Hensikten med denne studien var for det første å utforske kvalitet og kvantitet på beskrevne personal-pasient interaksjoner i sykepleiedokumentasjonen ved to døgnenheter i psykisk helsevern, og å undersøke miljøpersonalets opplevelser av, og rasjonale for, å skrive rapporter. En terapeutisk relasjon mellom personal og pasient er beskrevet som selve fundamentet for miljøterapi i psykiatriske avdelingskontekster. Miljøpersonalet plikter å dokumentere sitt bidrag til behandlingen i elektronisk pasientjournal (EPJ). Likevel mangler det forskningslitteratur på hvordan og i hvilken grad miljøpersonalet skriftlig rapporterer tilrettelegging av terapeutiske relasjoner mellom seg selv og pasienten. Redskap for å undersøke dette i kvantitative design ser heller ikke ut til å eksistere.

I studien har jeg brukt et «mixed methods» (MM) design som inkluderer 3 delstudier. Studie 1 er en kvalitativ studie som involverer to fokusgrupper med miljøpersonale fra en akuttpsykiatrisk avdeling (akutt) og et distriktskykiatrisk senter (DPS). Intervjuene omhandlet personalets opplevelser og tanker om å dokumentere sine samspill med pasientene, hvilke rasjoner de la til grunn for miljøterapidokumentasjon og erfaringer og tanker om samarbeid med pasienten om rapportskrivning. Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering ble anvendt i data-analysene.

Datamaterialet for studie 2 og 3 er utdrag fra skriftlige miljøterapi rapporter hentet fra sykepleiedokumentasjonen i EPJ ved akutt og DPS. I studie 2 ble utdrag fra miljøterapi rapporter ($n = 1051$), hentet fra 20 pasientjournaler og kvalitativt analysert for å utvikle et instrument til kvantitativ analysing av miljøterapi rapporter. De kvalitative analysene var basert på en selvpsykologisk forståelse av en terapeutisk relasjon. Positiv inntoning er her en nøkkelfaktor. Instrumentet Skala for Evaluering av Personal-Pasient Samspill i miljøterapi rapporter (SEPPS) ble utviklet og reliabilitetstestet. Dette ble gjort ved at 22 bedømmere, som alle hadde erfaring med miljøterapidokumentasjon, scoret 10 rapportutdrag i SEPPS. Prosentvis enighet mellom bedømmerne, Cronbach's alfa og ICC verdier ble beregnet. I studie 3 ble 3858 randomiserte utdrag av miljøterapi rapporter fra 90 pasientjournaler scoret i SEPPS. Antallet randomiserte rapport-utdrag var basert på statistiske styrkeberegninger fra utvalget i studie 2. Miljøterapi rapportene var skrevet i perioden 1/9-2014 til 1/11-2015. Deskriptiv statistikk ble brukt for å beskrive

totalutvalget ($n = 3858$). For å sammenligne og beregne forskjeller mellom de to avdelingene ble uni- og bivariate metoder anvendt. Lineær og multinomial logistisk regresjon ble brukt for å beregne mulige effekter av de uavhengige variablene vakt-type (dag, kveld, natt), avdelingstype (akutt, DPS) og utdanningsnivå for rapportskriver (bachelor med videreutdanning, bachelor, annet).

Reliabilitetstesting av SEPPS indikerte at SEPPS er et pålitelig instrument for kvantitative analyser av miljøterapirapporter (Cronbach's alfa for SEPPS var .977 og ICC var .770). Kun 7.6% av rapportutdragene inneholdt en beskrivelse som var tilstrekkelig til at utdraget kunne vurderes i forhold til inntoning mellom miljøpersonale og pasient. Det betyr at bare disse utdragene ($n = 294$) kunne vurderes i forhold til om de beskrev en terapeutisk interaksjon, og vel halvparten av disse beskrev en uheldig form for inntoning. 2/3 av rapportutdragene ($n = 2564$) beskrev pasientens opplevelse, men 71% av disse utdragene hadde ingen beskrivelse av hva personalet hadde gjort for å imøtekomme pasienten i denne situasjonen. Akutt hadde noe større sannsynlighet for å rapportere interaksjoner fullt ut slik at utdragene også kunne analyseres med tanke på inntoning. Utdanningsnivå for rapportskriver virket til å ha liten betydning for hvorvidt personal-pasient interaksjoner ble rapportert. Den lave prosentandelen (7.6%) med rapportutdrag som rapporterte interaksjoner mellom personal og pasient fullt ut, kan forstås på bakgrunn av resultatene fra fokusgruppestudien. Personalets oppfatning var at hovedhensikten med rapporten var å levere opplysninger til behandler som skulle stille diagnose og gi medisinsk behandling. Resultatene indikerer at rapportering av samspill ble hindret både av opplæringen sykepleierne fikk i sine studier, og malen for sykepleiedokumentasjon i EPJ. Et tredje forhold som begrenset dokumentasjon av samspill, var rapportskriverens behov for å beskytte seg mot kollegaers negative evaluering av de tilnærmingene de hadde valgt å bruke i de aktuelle situasjonene. Fokusgruppedeltakerne hadde ingen erfaring med å skrive rapport sammen med pasienten, og selv om de i utgangspunktet var positive til samarbeid om rapporten, var det likevel personalet som bestemte hva som var relevante observasjoner å rapportere.

Resultatene for MM studien samlet sett, viser en rapporteringspraksis der interaksjoner i liten grad beskrives. Dette betyr at miljøterapirapportene inneholdt lite dokumentasjon om hvorvidt personalet forsøkte å respondere, eller legde til rette for terapeutiske samspill med pasientene. Konsekvensen av en rapporteringspraksis der samspillsbeskrivelser

utelates, er at miljøterapeutiske praksiser forankret i relasjonsorienterte fagperspektiver, blir usynlige og udokumenterte praksiser. Kan dette i sin tur hindre videre utvikling av miljøterapeutiske modeller som anser terapeutiske relasjoner som kjernevirksomheten? Dette er den første studien som undersøker miljøterapi rapporter via SEPPS. Funnene må derfor valideres opp mot funn fra nye studier. Dersom nye studier støtter funnene, bør dette initiere en omfattende evaluering av undervisningsprogram om dokumentasjon fra miljøterapi og dokumentasjonsmaler i EPJ. I den sammenhengen bør en også vektlegge pasientperspektivet og se på løsninger for å fremme en rapporteringspraksis som også innebærer personal-pasient samarbeid.

Summary

The aim of this project was twofold: first, to assess the quality and quantity of staff-patient interactions as recorded in the nursing documentation in two mental health service units and second, to explore ward staff's experiences with and perceptions of writing progress notes. A therapeutic staff-patient relationship is considered the cornerstone of milieu therapy in inpatient mental health contexts. The ward staff is obliged to document their interactions with patients in the electronic patient journal (EPJ). Still, research literature exploring ward staff's documentation of their efforts to facilitate therapeutic relationships is sparse. No instrument seems to exist for collecting this type of information for quantitative analysis.

The project had a mixed-methods design and comprised three studies. Study 1 is a qualitative study covering two focus groups of staff working in milieu therapeutic contexts in an acute psychiatric ward (acute) and a district psychiatric center (DPC). The staff were interviewed about their experiences and perceptions of documenting staff-patient interactions, how they sorted out information based on theoretical and personal arguments, what to include in the progress notes and what to leave unreported, and, finally, experiences and perceptions regarding collaborating with patients in their reporting. Systematic text condensation developed by Kirsti Malterud was used to analyze the interview data.

The data material for Study 2 and Study 3 consisted of progress notes retrieved from the nursing documentation in the EPJ in the acute and the DPC. In Study 2 excerpts of progress notes ($n = 1051$) retrieved from 20 patient journals were analyzed qualitatively. The purpose was to develop an instrument for quantitative research. The qualitative analysis was based on a self-psychological understanding of what makes a relationship emphatic. In self-psychology, positive attunement is basic to developing a good therapeutic relationship. The Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes (SESPI) was developed and reliability tested. Raters ($n = 22$) participated in inter-rater reliability testing of the SESPI by independent scoring of 10 progress notes. The raters were all familiar with writing and reading progress notes. Based on the raters' coding percentage agreement, Cronbach's alpha and ICC were estimated. In Study 3, a randomized sample of progress notes ($n = 3858$) retrieved from 90 patient journals was

scored in the SESPI. Statistical strength calculations based on data from Study 2 were conducted in order to estimate the required sample size. The progress notes retrieved from the 90 journals were written between September 1, 2014, and November 1, 2015. Descriptive statistics were calculated for the total sample ($n = 3858$). Uni- and bivariate statistical analyses were used to calculate differences between variables. Linear and multinomial logistic regression were used to estimate control for the independent variables shift type (day, evening, night), type of hospital ward (acute, DPC), and education level for the staff that had written the progress notes (bachelor with further education, bachelor, others).

The results from the inter-rater reliability testing of the SESPI indicated that SESPI is a reliable tool for quantitative research of progress notes (Cronbach's alpha for SESPI was .977 and ICC = .770). Only 7.6% ($n = 294$) of the total number of excerpts described staff-patient interactions that qualified for analysis of attunement. This means that only these excerpts could be assessed in terms of whether they contained a description of a therapeutic interaction or not. About half of them described a degree of failed attunement. Two thirds of the excerpts ($n = 2564$) described the patient's experience, but 71% had no description of how staff had approached the patient in the reported episodes. Excerpts from the acute had more reporting of staff-patient interactions that were possible to analyze concerning attunement. The study did not reveal substantial differences between staff's education levels regarding reporting of staff-patient interactions. The small proportion (7.6%) of excerpts describing staff-patient interactions may be interpreted in light of the results from the focus group study. According to staff's perceptions, the main purpose of progress notes was to deliver information to the therapists for diagnostic and medical treatment purposes. The results indicate that both the nurses' reporting focus and the reporting system's template for nursing documentation in EPJ restricted reporting of interactions. A third element that constrained reporting of staff-patient interactions was the staff's fear of colleagues' criticisms of how they approached a patient in an actual situation. None of the participants in the focus groups wrote their progress notes together with the patients. Generally, the participants were positive about collaborating with patients in their reporting, but their focus on reporting observations of the patient appeared to be an obstacle to this kind of cooperation.

Overall, the results from this project indicate that there is limited reporting of staff-patient

interactions in nursing documentation. Perspectives from recovery and recent psychodynamic theories highlight the importance of the staff-patient relationship, but documentation of milieu therapeutic interactions reflecting these perspectives were scarce. One may ask whether current documenting practice curtail further focus on and development of interactional milieu therapeutic practices. However, as this is the first study using the SESPI to analyze progress notes, new studies are required to validate this project's findings. If future studies confirm the current findings, it would suggest there is a need to reassess staff training and nursing education regarding documentation of milieu therapy in mental health care and also to evaluate the documentation systems' template in EPJ. Finally, yet importantly, the shortage of staff-patient collaboration revealed in the study needs to be addressed.

1. Innledning

1.1. Begrepsavklaringer

Hovedtyngden av datamaterialet til denne studien er hentet fra miljøterapi rapporter ved to døgnenheter i psykisk helsevern. Med *psykisk helsevern* menes den organisasjonen som utøver behandling av psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten inkludert pleie og omsorg (helsevernloven, 1999). Når jeg senere omtaler de to døgnenhetene har jeg valgt å bruke begrepet *psykiatrisk avdeling*. Termen psykiatrisk avdeling er en mye brukt term, og brukes fortsatt på nettsidene til flere helseforetak i deres presentasjon av behandlingstilbudet innen psykisk helsevern. I noen sammenhenger brukes avdeling om mer enn døgntilbudet, f.eks. kan akutt-psykiatrisk avdeling omfatte både ambulansetjeneste og døgnenhet for innleggelse, men i denne avhandlingen betyr psykiatrisk avdeling en døgnseksjon i psykisk helsevern der pasienter blir innlagt. Slik jeg oppfatter det, har begrepet psykisk helsevern ikke noe tilsvarende term som man er enig om internasjonalt. Ved referering til internasjonale studier har jeg derfor også brukt termen psykiatrisk avdeling eller psykiatriske kontekster, i stedet for termen psykisk helsevern. Jeg har ikke lagt noen fagideologiske føringer i begrepene psykiatri og psykiatrisk avdeling.

Vanligvis skriver miljøpersonalet ved psykiatriske avdelinger en miljøterapi rapport pr pasient pr vakt. Denne skrives i pasientens journal og utgjør en stor del av den kontinuerlige sykepleiedokumentasjonen. Jeg har valgt å holde meg til begrepet *sykepleiedokumentasjon* (i stedet for miljøterapidokumentasjon) da det er denne termen som brukes mest både i elektronisk pasientjournal (EPJ) og i fag-litteraturen. Jeg har likevel valgt å holde meg til begrepet *miljøterapi rapport* (i stedet for sykepleierapport). Dette for å tydeliggjøre at rapportene denne studien omhandler, er skrevet i en miljøterapeutisk kontekst der også ansatte med annen utdanningsbakgrunn enn sykepleiere arbeider. Videre har jeg brukt begrepet *pasient* gjennomgående (i stedet for f.eks. bruker eller person). Begrepsvalget er gjort av pragmatiske hensyn da det er *pasient*-begrepet som brukes i de kontekstene studien omhandler. Begrepet *miljøpersonale* er brukt gjennomgående når det refereres til de profesjonelle denne studien omhandler. Dette begrepet rommer ansatte med forskjellige helse- eller sosialfaglige utdanninger, og også ufaglærte. Ved referering til tidligere forskning har jeg brukt det begrepet som den gjeldende studien selv bruker som f.eks. psykiatrisk sykepleier.

Jeg har valgt å bruke begrepet *psykisk helsearbeid* når jeg mener arbeid med mennesker med psykiske lidelser både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Begrepet kan blant annet forstås slik i Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid (Kirke-, utdannings-, & forskningsdepartementet, 1997). Det favner dermed en videre kontekst enn når jeg bruker begrepet psykisk helsevern. Videreutdanning i psykisk helsearbeid var ett av tiltakene i Opptrappingsplanen for psykisk helse, og var et ledd i regjeringens satsing på å endre tjenestene til mennesker med psykiske vansker (St.meld. nr. 25, 1996-97). I Rammeplan og forskrift for videreutdanning i *psykisk helsearbeid* understrekes det at utdanningen skal kvalifisere til økt relasjonskompetanse. Og i dette ligger det blant annet at mennesket og psykiske lidelser forstås relasjonelt (Kirke-, utdannings- & forskningsdepartementet, 1997). Det er likevel ulike syn på hva psykisk helsearbeid betyr utover at det skulle representere noe nytt i forhold til tradisjonell medisinsk psykiatri. For eksempel vil noen mene at dette innebærer et klart nei til sykdomsmodell og medisinsk-psykiatri. Andre igjen forholder seg mer pragmatisk og anerkjenner tradisjonelle medisinsk-psykiatriske teorier og begreper samtidig som de vektlegger nyere relasjonsfokuserede perspektiver som f.eks. recovery. Praktiserende psykisk helsearbeidere befinner seg ofte i det pragmatiske området (Eriksson & Hummelvoll, 2015). Kjernen i dette prosjektet er eksplorerende observasjonsstudier av hvordan miljøterapeutiske relasjoner blir beskrevet i rapporter. For meg har det ikke vært naturlig å utdype hva psykisk helsearbeid er, eller bør være, utover at mennesket først og fremst forstås og hjelpes relasjonelt. Jeg håper derimot at studien kan bidra til kunnskap om hvilke perspektiver som gjenspeiles, i de skriftlige miljøterapi rapportene, innenfor to helsearbeids-kontekster i psykisk helsevern. Denne kunnskapen kan forhåpentligvis være et utgangspunkt for videre diskusjon om mellompersonlige relasjoners posisjon i miljøterapeutiske kontekster innen psykisk helsearbeid.

1.2. Bakgrunn: Hvorfor gjøre en studie om miljøterapi rapporter?

Ideen til dette prosjektet har vokst fram over tid. Jeg har erfaring som sykepleier i miljøterapeutiske kontekster, og har derfor skrevet og lest mange miljøterapi rapporter. Likevel, min interesse for den skriftlige rapporten har i hovedsak kommet etter at jeg begynte å undervise studenter ved videreutdanningen i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Molde. Det er særlig to forhold som har vært betydningsfulle for at jeg fattet særlig interesse for miljøterapi rapporten. Det ene var at to personer som hadde flere erfaringer

med å være innlagte ved psykiatriske avdelinger kontaktet meg, uavhengig av hverandre. Begge hadde bedt om, og fått, utskrift av egen journal, og begge var kritiske til det som sto der. De kontaktet meg for å høre hva jeg som lærer syntes om denne dokumenteringen. Den ene viste meg noen av miljøterapi rapportene, og fortalte om sin opplevelse av de situasjonene som var beskrevet. Jeg opplevde en stor kontrast mellom episodene slik de var dokumenterte, og den tidligere pasientens fortelling om de samme episodene, men til spørsmålene om hva og hvordan det «bør» dokumenteres, hadde jeg få svar. Etter å ha snakket med kollegaer i ulike fagmiljøer, fikk jeg inntrykk av at problemstillingene disse personene reiste, så ut til å være lite belyst i undervisnings-sammenheng. Det andre forholdet som vekket min interesse for miljøterapi rapporten, er at jeg gjennom å lytte til andres forelesninger, og i arbeid med egen undervisning, har fått økt forståelse for perspektiver på psykisk helsearbeid med en sosialkonstruksjonistisk forankring. Dette vitenskapsteoretiske perspektivet anser kultur og språk som både forutsetningene og begrensningene for forståelse og viten. En konsekvens av dette er at psykiske problemer anses som språklig konstruerte fenomener i relasjoner, og at en ikke, som i en tradisjonell diagnostisk praksis, knytter det til personens indre natur (Gergen, 1985). En terapeutisk praksis bygd på sosialkonstruksjonistiske forutsetninger, innebærer at terapeuten forsøker å forstå personens forståelse og konstruksjon av sine problemer, og at en i fellesskap utforsker nye alternative konstruksjoner. Anderson & Goolishian (1992) understreket betydningen av å snakke med pasienten framfor å snakke til ham/henne i betydningen av å forsøke å få pasienten til å godta en fagteoretisk forklaring på sine problemer (f.eks. forklare pasientens problemer med at han har paranoide tanker). Tom Andersen (2005) var inspirert av disse ideene og ble kjent for å «oppdage» at samtalene ble annerledes, og den terapeutiske virkningen bedre, ved at fagfolkene sluttet å snakke om familiene uten deres tilstedeværelse. Tidligere praksis hadde vært at de profesjonelle underveis i samtalen trakk seg tilbake for å danne seg en hypotese om problemet, og ut fra dette foreslo en intervensjon (en variant av å snakke til familiemedlemmene). Andersen vektla at samtalene mellom de profesjonelle skulle foregå med familien til stede. Han organiserte en terapeutisk praksis der familien både hadde en lytte-posisjon til samtalen mellom de profesjonelle, og at familiemedlemmene og de profesjonelle hadde dialoger. Det som skulle sies om de hjelpesøkende, skulle sies med dem til stede. Denne tradisjonen har utviklet seg videre med blant annet Jaakko Seikkula (2006). Etter hvert ble det klart for

meg at den erfaringen jeg hadde med miljøterapi rapport (både skriftlig og muntlig), og miljørapportene de to tidligere innlagte pasientene presenterte for meg, sto i sterk kontrast til ideen om at kommunikasjonen mellom de profesjonelle skulle skje sammen med pasienten. Dette skapte ulike undringer hos meg om hvordan miljøterapi rapporten konstrueres, og hvilke type konstruksjoner denne representerer. Disse refleksjonene ble viktige som motivasjon til å finne forskningslitteratur om sykepleiedokumentasjon i miljøterapeutiske kontekster, og etter hvert til å utarbeide problemstillinger for forskning.

Hovedfokus for denne studien er hvordan samspill mellom pasient og miljøpersonal ved psykiatriske avdelinger gjenspeiles i dokumentasjonen i pasientens journal. I følge Helsepersonelloven fra 1999, § 39 og 40 plikter den som yter helsehjelp, å nedtegne «relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen».

Dokumentasjonsplikten omfatter autorisert helsepersonell herunder sykepleier, ergoterapeut, vernepleier, hjelpepleier og helse- og omsorgsarbeidere. De har plikt til å dokumentere den selvstendige helsehjelpen de yter (Befring & Ohnstad, 2019; Vabo, 2018). Befring & Ohnstad (2019) som har skrevet kommentarer til Helsepersonelloven, 1999, gir en rekke eksempler på hva dokumentasjonsplikt i pasientjournalen innebærer. For sykepleiere står følgende eksempler:

Anestesisykepleieren vil være ansvarlig for å journalføre data om hva slags anestesi pasienten har fått, herunder dosering og hvordan pasienten har reagert på dette. Andre sykepleiere vil for eksempel kunne være ansvarlig for å dokumentere at pasientens blodtrykk eller temperatur er målt og resultatene av dette, hvordan sårbehandlingen utvikler seg eller hva som er gjort av observasjoner hos en intensivpasient (Befring & Ohnstad, 2019, s. 250).

For å vite hva miljøpersonale skal dokumentere fra en psykiatrisk avdeling, må en vite hva som er regnet som deres bidrag til behandlingen. I kommentarene til Helsepersonelloven gis det ingen eksempler på hva dokumentasjon omfatter i en psykisk helsevern-kontekst. I Norge er det vanlig å omtale arbeidet personalet utfører ved psykiatriske døgnenheter, som miljøterapi. Hva er egentlig miljøterapi? Og hvilken plass har personal-pasient relasjonen i miljøterapien? Svarene på disse spørsmålene får konsekvenser for hva som regnes som miljøpersonalets bidrag til behandling, og dermed hva personalet skal dokumentere. I kapittel 1.3 redegjøres det for studiens

vitenskapsteoretiske og fagteoretiske grunnlag. I kapittel 1.4 gis det en oversikt over eksisterende teoretiske perspektiver for miljøterapi, og forskningslitteratur knyttet til miljøterapeutiske praksiser. Kapittel 1.5 viser en oversikt over forskningslitteratur som omhandler sykepleiedokumentasjon generelt, og dokumentasjon innenfor ulike miljøterapeutiske kontekster innen psykisk helsearbeid spesielt.

1.3. Studiens vitenskapsteoretiske forankringer, teoretiske perspektiver og forskningsmetodologi

Denne mixed-methods (MM) studien har en sosialkonstruksjonistisk forståelsesramme. Samtidig er hovedstudien kvantitativ, og det er derfor ikke slik at alle trinnene i forskningsprosessen tydelig kan knyttes epistemologisk til sosialkonstruksjonismen. Dette blir utdypet og begrunnet i dette kapitlet. Følgende punkter blir diskutert opp mot det sosialkonstruksjonistiske paradigmet:

- valg av studiens fagteoretiske forankring
- studiens undersøkelsesområder: rapporteringspraksis i miljøterapi
- mixed-methods og utfordringer med å finne én vitenskapsteoretisk overbygning
- min rolle som forsker i de ulike delstudiene
- forståelse av funn og resultater

1.3.1. Sentrale begreper i selvspsykologi som teoretisk referanseramme

Studien er forankret i kjernebegreper hentet fra selvspsykologien. Denne psykoterapeutiske retningen har flere fellesnevner med et systemisk andre ordens perspektiv som kanskje er det fagperspektivet en sterkest forbinder med sosialkonstruksjonisme. Søren Hertz (2016, s. 266) skriver at systemisk perspektiv inneholder:

Et menneskesyn og en verdensanskuelse, der insisterer på, at man ikke kan beskrive noget eller nogen uafhængigt av sig selv, og at mennesker alltid må forstås i relation, i samspil, i kontekst og i mulig forandring. Der er ikke noget, der er statisk, alting er i bevægelse.

Selvspsykologi ble valgt blant annet fordi denne studien undersøker rapporteringspraksis ved psykiatriske døgnenheter. Dette er en kontekst som tradisjonelt har hatt, og har, sterkt fokus på individet (den innlagte pasienten). Dette er blant annet synliggjort i sitatet fra Helsepersonelloven som ble referert i kapittel 1.2. Det er opplysninger om, og helsehjelp

til, pasienten som skal dokumenteres, noe som indikerer at pasienten i liten grad forstås i en systemisk sammenheng. Selvpsykologi ble derfor vurdert til å passe bedre til konteksten for studien, enn et andre ordens systemisk perspektiv ville ha gjort. Selvpsykologien kan sies å være både individorientert og samtidig fundamentert i en forståelse om at mennesket må forstås i samspill og kontekst. I nyere psykodynamiske retninger som f.eks. selvpsykologi står teorien om at menneskets selv utvikles, dannes og endres, i samspill med andre sentralt (Kohut, 1977). Bruken av selv-begrepet kan riktignok problematiseres ut fra et sosialkonstruksjonistisk perspektiv ved at begrepet indikerer at egenskaper og strukturer er plassert i mennesket (Gergen, 2010), men en utdyping av om hvorvidt relasjoner kan lagres som psykiske strukturer i et individ ligger utenfor denne avhandlingens ramme. Likevel, selvpsykologiens syn på bl.a. betydningen av selvobjektrelasjoner (betydningsfulle andre) ligger nært opp til en sosialkonstruksjonistisk forståelse. I samspill med andre konstruerer hvert menneske sitt selvbylde, sine forestillinger om verden og andre mennesker. Det dannes mønstre av hvordan en forventer å bli møtt av andre, som blir del av umiddelbare oppfatninger av og reaksjoner i mellom-menneskelige situasjoner. Å bli mer bevisst slike kan bidra til at en tenker over hvordan det er best å møte andre. Disse konstruksjonene (i selvet) er ikke etablert én gang for alle, men endres kontinuerlig i møte med andre. Herunder ligger også en forståelse av at psykisk uhelse oppstår som resultat av gjentatte uheldige samspill, og dermed uhensiktsmessige konstruksjoner om seg selv, andre og seg selv i forhold til andre. Stern (1985) knyttet uheldige samspill til manglende inntoning (inntoningsbegrepet forklares mot slutten av kapittel 1.3.1). I terapeutiske kontekster vil en derfor forsøke å initiere andre samspill, og at terapeut og pasient igjennom et inntonende samspill utvikler nye konstruksjoner om hvordan en kan forstå seg selv og andre. Selvpsykologien har dermed et syn på den terapeutiske relasjonen som helende, og skiller seg med dette fra et systemisk andre ordens perspektiv der terapeutens hovedoppgave er å bidra med bevegelse, stimulere til dialog, i «systemet» som gjerne består av flere personer enn terapeuten og pasienten (Andersen, 2005; Seikkula, 2006). Og det er denne dialogen som kan skape nye forståelser i systemet, og dermed gi rom for endring, og ikke relasjonen til terapeuten i seg selv. Denne studien handler om rapporteringspraksis i miljøterapi, og selv om dette er en kontekst der fokus i første rekke er rettet mot individet, så er også relasjonen mellom personal og pasient vektlagt. I nyutgitt norsk litteratur om miljøterapi

blir det å legge til rette for en terapeutisk relasjon mellom personal og pasient beskrevet som en kjerneoppgave (Lillevik & Øien, 2015; Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2018; Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Dette synet har også, historisk sett, preget sentrale sykepleieteoretikere innenfor psykiatri (Peplau, 1952/1991; Travelbee, 1963).

Selvpsykologi ble derfor valgt fordi en ønsket å ha en teoriforankring egnet til å operasjonalisere den terapeutiske relasjonen slik den dokumenteres i sykepleiedokumentasjonen, der fokuset er individorientert. Som beskrevet i dette kapitlet er mye (men ikke alt) av teoriene i selvpsykologi om hvordan en forstår mennesket, og hvordan en forstår psykiske lidelser, forenlig med ontologiske perspektiver innenfor sosialkonstruksjonismen. Selvpsykologi er ofte beskrevet i psykoterapi-kontekster, men lite i miljøterapi, og det ligger derfor en antakelse til grunn om at denne teoretiske forankringen kunne bidra med nye forståelser på det som ble undersøkt.

Empati og inntoning som kjerne-elementer i en terapeutisk relasjon. Hvilke argumenter finnes for at dette er relevant?

Heinz Kohut som regnes som grunnlegger av selvpsykologi, baserte dette terapeutiske perspektivet på at mennesket utvikles gjennom bekræftende relasjoner, og at denne prosessen starter fra fødselen av. For å understreke betydningen av dette hevdet han at som oksygen er livsnødvendig for mennesket, vil det heller ikke kunne overleve, psykologisk sett, uten et miljø som responderer empatisk til det (Kohut, 1977, s. 85 og 253). Kohut (1984, s. 82) definerte empati som «the capacity to think and feel oneself into the inner life of another person». Spebarns-forskning gav støtte til Kohuts syn på mennesket som grunnleggende relasjonelt. For eksempel fant Stern (1985) at mor og spebarn gjensidig inntonet seg til hverandre, som vil si at de gjennom gester og lyder uttrykte at de delte en følelsesmessig samstemthet i situasjonen. Nyere studier av tvillinger i fosterstadiet viste at de allerede fra uke 14 hadde bevegelser rettet mot hverandre, noe som kan støtte opp under teorien om at mennesket er grunnleggende relasjonsorientert (Castiello et al., 2010). En relasjon bygget på empati og inntoning utgjør grunnmuren i selvpsykologisk psykoterapi. Inntonning innebærer en prosess av å komme så nær som mulig til den andres opplevelse og formidle dette til den andre (nonverbalt eller og verbalt) (Erskine, 1998; Stern, 1985). I psykoterapiforskning har det vært en etablert forståelse av at det er sammenheng mellom grad av klient-opplevd empati fra terapeuten og resultat av terapien. Samtidig har noen påpekt vanskene med å operasjonalisere den

terapeutiske relasjonen slik at den kan undersøkes med tanke på effekt (Elvins & Green, 2008; Norcross & Lambert, 2018). Også i ulike kontekster for psykiatrisk sykepleie eller psykisk helsearbeid framheves betydningen av en terapeutisk relasjon der den profesjonelle viser empati og er inntonende til pasienten. Dette poengteres både fra de profesjonelles ståsted og i studier der en har intervjuet tidligere pasienter (Delaney, Shattell, & Johnson, 2017; Lorem & Hem, 2012; Seed, Fox, & Berry, 2016). I en norsk studie om miljøpersonalets erfaringer med hva som utgjorde den terapeutiske komponenten i miljøterapi, ble inntoning trukket fram som en sentral tilnærming (Næss & Biong, 2014). utfordringene med å operasjonalisere terapeutiske relasjoner og måle empati i sykepleier-pasient relasjoner har kanskje vært enda større enn i psykoterapeutiske kontekster (McAllister & McCrae, 2017; McAndrew, Chambers, Nolan, Thomas, & Watts, 2014; Yu & Kirk, 2008). Tidligere pasienter, med alvorlig psykisk sykdom, har blant annet pekt på betydningen av at den profesjonelle viste empati og møtte dem på en individuell måte som betydningsfullt for sine bedringsprosesser (Ljungberg, Denhov, & Topor, 2015). Videre er det funnet positive effekter av terapeutiske sykepleier-pasient interaksjoner i forhold til depresjon og schizofreni (Berry, Gregg, Vasconcelos e Sa, Haddock, & Barrowclough, 2012; Haugan, Innstrand, & Moksnes, 2013). En systematisk review-studie undersøkte sammenhengen mellom terapeutiske relasjoner og positive effekter for behandling av psykose. Studien inkluderte en rekke psykologiske, psykososiale og medikamentelle intervensjoner, og omfattet både institusjons- og kommunale kontekster. Den ekskluderte studier som omhandlet relasjoner i «rene» psykoterapeutiske kontekster. Forskerne konkluderte med at det var til en viss grad, men ikke overveldende evidens, for at det var positive assosiasjoner mellom terapeutiske relasjoner og behandlingsresultat (Priebe, Richardson, Cooney, Adedeji, & McCabe, 2011). En studie som undersøkte pasientenes opplevelse av relasjoner til de profesjonelle på en psykiatrisk avdeling i forhold til opplevelsen av: nederlag, å være innestengt og plages med suicidale tanker, fant imidlertid ingen sammenheng mellom en positiv relasjon og reduksjon i de tre nevnte ubehagene (Dunster-Page, Berry, Wainwright, & Haddock, 2018). At relasjonen til en eller flere av personalet på en psykiatrisk døgnenhet er essensielt for behandlingsutfall, kan følgelig ikke sies å ha tung empirisk støtte. Som antydnet tidligere, kan dette ha sammenheng med utfordringer med å operasjonalisere begrepene empati og terapeutisk relasjon. Denne phd-studien bygger likevel på antakelsen

om at en terapeutisk personal-pasient relasjon er fundamentet i psykisk helsearbeid. Og som beskrevet tidligere i dette kapitlet, samsvarer dette både med hva pasienter har fremhevet som betydningsfullt, og med rådende fagteorier innenfor psykologi og psykisk helsearbeid. I denne studien er begrepet inntoning fra selvpsykologien valgt som sentralt begrep for å analysere rapporterte samspill mellom personal og pasient. Hvordan dette er gjort, beskrives nærmere i metodedelen, kapittel 2. Inntoning ble valgt da dette begrepet er teoribasert, og at det er differensiert i flere samspills- og relasjonstyper (Stern, 1985). Det gjør det anvendelig som en valid operasjonalisering av terapeutiske samspill.

1.3.2. Studiens undersøkelsesområder: rapporteringspraksiser i miljøterapi

Studien undersøker rapporteringspraksis via miljøterapirapporten som er skrevet i sykepleiedokumentasjonsdelen av EPJ. Fra et sosialkonstruksjonistisk ståsted betraktes rapporten og all sykepleiedokumentasjon som en konstruksjon. Denne konstruksjonen er et resultat av kontekst og kultur (herunder dominerende fagperspektiver) som rapportskriveren er en del av. Historisk sett har dokumentasjon av sykepleie utviklet seg innenfor en biomedisinsk tenkemåte. Sykepleiedokumentasjon er omtalt i den første norske læreboken om sykepleie utgitt i 1877. I boken understrekes betydningen av at sykepleieren, som er sammen med pasienten i langt større grad enn legen, kan observere og nedtegne symptomer hos pasienten for senere å meddele dette til legen. Det poengteres at sykepleieren må kunne nedskrive en «paalidelig iagttagelse» og «afgive en sand, korrekt og kortfattet sygeberetning» (Nissen, 2000, s.192). Observasjon og kartlegging av pasientens symptomer og problemer utgjør fortsatt en viktig del av nåtidens sykepleiedokumentasjon. Sykepleieprosessen, som er modellen for sykepleiedokumentasjon i EPJ, bygger på en problemløsningsprosess. Kort oppsummert handler den om å kartlegge pasientens problem, finne tiltak for å løse disse og skrive en evaluering om hvorvidt tiltakene virker. På tross av at pasientens medvirkning understrekes i nyere litteratur om sykepleieprosessen, så er sykepleierens observatør-rolle fortsatt sentral (Ehnfors, Ehrenberg, & Thorell-Ekstrand, 2015; Vabo, 2018). Implisitt i dette ligger det en forståelse om at rapporten formidler nøytrale fakta eller sannheten om pasienten og behandlingen, og dette er en tenkning en kan relatere til en biomedisinsk tradisjon med røtter i naturvitenskapen. Naturvitenskapen har som forutsetning at en kan gjøre nøytrale observasjoner og at det finnes noe som er entydig sant og korrekt. Fra en sosialkonstruksjonistisk posisjon vil en derimot hevde at en ikke kan beskrive noe

uavhengig av seg selv og den sammenhengen en står i. Nøytralitet og objektivitet i rapporten er dermed en umulighet. Så langt jeg har funnet er det lite problematisert hvordan rapportskriver påvirker rapporten. Det poengteres derimot at dokumentasjonen må speile den reelle situasjon, og at den er aktuell både for ressursstyring og for kontroll av om helsehjelpen har vært forsvarlig (Vabo, 2018). Fra et sosialkonstruksjonistisk ståsted brukes begrepet foretrukken viten, i stedet for sannhet (Nielsen & Hertz, 2010). Ved å se rapporten fra et sosialkonstruksjonistisk perspektiv kan en stille spørsmål ved forhold ved rapporten som kanskje blir tatt for gitt, og som dermed har etablert seg som sannheter. Hvilken type viten gjenspeiler dagens rapporteringspraksis? Og hvilken viten er den foretrukne i dag innenfor psykisk helsevern, og er det andre typer kunnskap og praksiser som ikke blir kommunisert?

Rapporteringspraksisen som undersøkes i denne studien omhandler en miljøterapeutisk kontekst. I kapittel 1.4.1 beskrives fire perspektiver på miljøterapi. Min hensikt har ikke vært å ta noe standpunkt til hvilket perspektiv en bør velge for miljøterapi, hvilket som er best. Kanskje er det også slik at flere perspektiver har relevans og kan eksistere side om side. Miljøterapi forankret i en biomedisinsk modell har en naturvitenskapelig forankring der psykiske lidelser i stor grad forklares ut fra biologiske forhold hos pasienten. De tre andre perspektivene kan i større eller mindre grad relateres til relasjonsorienterte perspektiver med hermeneutiske og konstruksjonistiske forklaringsperspektiver på mennesket og dets psykiske vansker. De fire perspektivene på miljøterapi ble valgt på bakgrunn av at de virker relevante for å forstå nåværende miljøterapeutiske praksiser, slik jeg ser det. Grunnlaget for dette var kontakten jeg har med praksisfeltet og ut fra litteratur om miljøterapi. Mitt ønske var å se om funnene fra dokumentasjonspraksiser kan relateres til ett eller flere av disse perspektivene. Hvilke perspektiver gjenfinner en i rapportene? Blir ett eller flere perspektiver foretrukket framfor andre? Miljøterapi er en del av psykisk helsearbeid, og i kapittel 1.1 ble begrepet psykisk helsearbeid knyttet til en relasjonsbasert forståelse av mennesket. Gjenspeiles dette i de skriftlige miljøterapi-rapportene? Først når en har kartlagt hvilke perspektiver som gjenspeiles i dokumentasjonen av miljøterapi, kan en diskutere om dette er en hensiktsmessig dokumentasjonspraksis for miljøterapi. Ut i fra en sosialkonstruksjonistisk forståelse er språket både forutsetningen og begrensningen for vår forståelse og kunnskap (Burr, 1995, s. 33). Dette innebærer at en kan se miljøterapi-rapporten, ikke bare som en konstruksjon om det som har skjedd i det miljøterapeutiske

arbeidet, men at denne rapport-konstruksjonen også former forståelsen av hva miljøterapi er og skal være framover. De miljøterapeutiske perspektivene som gjenspeiles i dokumentasjonen er med andre ord med på å bestemme retningen for miljøterapien framover. I lys av dette er det viktig å undersøke hvilke perspektiver som foretrekkes når det dokumenteres, for så å kunne diskutere om dette er en ønsket utvikling for miljøterapi.

1.3.3. Forskerrolle, metodologi og forståelse av studienes resultater i lys av sosialkonstruksjonismen

Studien har et mixed-methods (MM) design. Tradisjonelt sett har kvantitative studier der målet er bekreftende, objektiv og statistisk generaliserbar kunnskap vært skarpt avgrenset fra kvalitative studier, som er utforskende, subjektive, beskrivende og fortolkende av natur. Kvantitative studier har vært forankret i positivistiske vitenskapstradisjoner, mens kvalitative studier har vært forankret i hermeneutiske og konstruktivistiske vitenskapsteorier. Disse vitenskapsteoriene har blitt sett på som uforenlige da de har uforenlige svar på ontologiske spørsmål som f.eks. om hva som eksisterer i verden, og om hva er egentlig et menneske. Disse paradigmene har også ulike forståelser om hva en kan få kunnskap om, og hvordan kunnskap kan oppnås, altså hva som er gyldig kunnskap og hvilke metoder som er gyldige. Fra slutten av 70-tallet begynte flere å argumentere for at dette tradisjonelle skillet mellom kvantitative og kvalitative metoder ikke var absolutt, at skillet mellom en objektiv og subjektiv posisjonen ikke er absolutt og at en kunne dra veksler fra begge forskningstradisjonene i ett og samme forskningsprosjekt (Jick, 1979; Niglas, 2010). En sosialkonstruksjonistisk holdning åpner for at ingen forskningsmetode er «mer vitenskapelig» enn den andre, og at anerkjente vitenskapelige framgangsmåter er resultat av at en i fellesskap er blitt enige om at de er vitenskapelige (Gergen, 2005;2010). Forstått slik er miksing av kvalitative og kvantitative metoder fullt mulig i vitenskapelig sammenheng. Selv om noen fortsatt argumenterer for å holde studier som tilhører et positivistisk paradigme, adskilt fra studier tilhørende et konstruktivistisk paradigme, betraktes nå i mange forskningsmiljøer kvalitative og kvantitative metoder som et sammenhengende kontinuum. MM kan plasseres i midten av dette kontinuumet og omtales som den tredje metodologiske bevegelse eller det tredje forskningsparadigme (Niglas, 2010). MM-studier er likevel kritiserte for ikke å ha en vitenskapsteoretisk forankring som en kan forsvare og forklare metodene ut i fra, og det er en pågående debatt om hvilke vitenskapsteoretiske perspektiver en kan forankre MM-studier i (Hall, 2013;

McChesney & Aldridge, 2019). Noen argumenterer for ikke å ha noen vitenskapsteoretisk forankring, andre argumenterer for et dialektisk syn der både det positivistiske og konstruktivistiske paradigmet brukes. Et tredje syn er at én vitenskapsteoretisk retning former hele MM- studien. McChesney & Aldridge (2019) har beskrevet hvordan de gjennomførte en MM-studie innenfor et sosialkonstruksjonistisk paradigme. Deres hovedspørsmål var imidlertid av kvalitativ natur, selv om studien også gjorde bruk av kvantitative data. Jeg har argumentert for at denne MM-studien kan plasseres innenfor en sosialkonstruksjonistisk forståelsesramme. Studien har fire forskningsspørsmål som tydelig kan knyttes til et hermeneutisk eller sosialkonstruksjonistisk paradigme, men forskningsspørsmålene tilknyttet hovedstudien (forskningsspørsmål nummer 4 og 5, se kapittel 2) kan plasseres innenfor en positivistisk tilnærming. Dette er et argument for at denne MM-studien tilhører en dialektisk tradisjon der en forankrer seg til to forskningsparadigmer. Jeg vil likevel argumentere for at denne studien kan forankres i en overordnet sosialkonstruksjonistisk metodologisk posisjon. Selv om noen elementer i forskningsprosessen er preget av metoder en forbinder med positivisme, innehar også disse dimensjoner av subjektivitet og konstruksjoner. I tolkning av funnene er sosialkonstruksjonistisk forståelse og meningssøking sterkt representert. Dette beskrives nedenfor der også min rolle som forsker blir framstilt i tilknytning til de ulike delstudiene.

Epistemologisk sett betyr en sosialkonstruksjonistisk forståelse at jeg anser funnene fra fokusgruppestudien som et resultat av et samspill deltakerne i mellom, og et samspill mellom dem og oss som ledet intervjuet (moderator og ko-moderator). Andre deltakere og andre forskere ville ha hatt andre samspill, som igjen ville ha konstruert samtalene i intervjuene annerledes. Min forsker-rolle under fokusgruppe-intervjuene har klare paralleller til terapeutrollen i en andre ordens systemisk forståelse. I likhet med terapeutens rolle i dette perspektivet, var min og ko-moderators rolle å stimulere til dialog mellom deltakerne og at alle fikk dele sine synspunkter, og kommentere hverandres perspektiver. I selve intervjuet hadde deltakerne stor innvirkning på hvilke fortellinger som ble konstruert og jeg som forsker var én blant flere medaktører i dette samspillet. Under analysene av intervjuene derimot, var ikke intervju-deltakerne med. Det var i hovedsak jeg og ko-moderator som analyserte intervjuene, men mot slutten av denne prosessen bidro en tredje forsker med sine tolkninger av analyse materialet. Med andre ord hadde mine medforskere og jeg, i denne fasen av forskningsprosessen, stor innvirkning på

hvordan resultater og presentasjon fra intervjuene ble konstruert. Analysemetoden som ble brukt for fokusgruppeintervjuene er utviklet av Kirsti Malterud (2011, 2012a). Denne metoden kan knyttes til en hermeneutisk tradisjon, og ansees som et vern mot at forskerne skal komme opp med tilfeldige tolkninger, eller tilfeldige konstruksjoner. Metoden brukes til å oppnå systematikk, grundighet og refleksjon i en dialektisk bevegelse mellom datamaterialet som helhet og detaljert analyse, mellom nærhet til materialet og analytisk distanse, mellom empiri og teori som velges inn. Likevel er det en allmenn oppfatning innenfor hermeneutiske tradisjoner at resultatene ansees som konstruerte gjennom et gjensidig påvirkende samspill mellom forsker og deltakere, mellom forsker, datamaterialet og teoretiske perspektiver (Creswell & Poth, 2017). Dette er også helt i tråd med et sosialkonstruksjonistisk epistemologisk ståsted. Hvordan resultatene ble konstruert på bakgrunn av intervjuene er beskrevet utførlig i kapittel 2.3.3.

Når det gjelder de kvalitative analysene av tekstmateriale fra miljøterapi rapportene er også disse påvirket av forskerens forforståelse. Inntoningsbegrepet fra selvspsykologi ble valgt som referanseramme for hvilke samspill en kan betrakte som terapeutiske (se kapittel 1.3.1). Samspill beskrevet i miljøterapi rapportene ble dermed forstått og tolket med utgangspunkt i inntoningsbegrepet. I tillegg forsto jeg rapportene på bakgrunn av egen tidligere kliniske praksis. En annen forsker med et annet teoretisk utgangspunkt og erfaring ville kunne ha rettet det analytiske blikket mot andre aspekter ved rapportene. I kvalitative studier ansees forskerens bidrag igjennom hele forskningsprosessen som både uunngåelig og nødvendig for å kunne utføre forskning og komme fram til resultater. Det avgjørende med tanke på validitet, er at forskeren redegjør for hvordan ens teoretiske perspektiver og egne erfaringer har påvirket analysene av data. På bakgrunn av de kvalitative analysene av miljøterapi rapportene ble instrumentet Skala for Evaluering av Personal-Pasient Samspill i miljøterapi rapporter (SEPPS) laget. SEPPS kan forstås som en konstruksjon som definerer hvordan rapportene kan analyseres i en kvantitativ studie. Med bakgrunn i en sosialkonstruksjonistisk og hermeneutisk forståelse har det vært reist betydelig kritikk mot psykiatriske praksiser når det gjelder de profesjonelles makt og definisjonsmakt. Fra et norsk ståsted er kanskje Hans Skjervheim (1926-1999) den mest kjente (Skjervheim, 2002). SEPPS er et instrument som skal fange opp i hvilken grad og hvordan pasientens opplevelse rapporteres, og i hvilken grad det er rapportert om vellykkede eller uheldige inntoninger i spillet mellom personal og pasient. Med andre

ord kan SEPPS fange opp noen aspekt ved de profesjonelles definisjonsmakt, eller hva de profesjonelle prioriterer (og dermed definerer) som viktig å rapportere. Spørsmålet om definisjonsmakt kan også brukes som en innvending mot studiens design ved at en ikke har latt tidligere pasienter fått være med i analysene av miljøterapi rapportene og i utviklingen av SEPPS. Definerer SEPPS hva som er vellykket inntoning for pasienten? Og hvorfor har ikke pasientene fått være med i konstruksjonsprosessen av SEPPS? Som beskrevet i kapittel 1.2 var det tidligere pasienters fortellinger om hva de hadde opplevd i møte med miljøpersonalet sammenlignet med hva som var rapportert fra disse episodene som er bakgrunnen for denne studien. Konstruksjonene personalet og pasientene hadde fra de samme episodene var svært ulike. Da jeg arbeidet med de første ideene til design var derfor mitt ønske at tidligere pasienter skulle være med. Underveis i forberedelsene til prosjektet måtte jeg imidlertid foreta noen prioriteringer for at prosjektet skulle bli realiserbart med tanke på tid og arbeidsmengde. Jeg tenkte at det viktigste, sett på bakgrunn av forskningslitteraturen jeg fant, var å gjøre en kvantitativ studie av miljøterapi rapportene, og prioriterte dette. Hovedstudien er derfor en studie der en ser på personalets skriftlige konstruksjon av konkrete møter med pasienter i miljøterapi, og min fortolkning (inkludert teoretisk forankret forståelse) av dette gjennom instrumentet SEPPS. Det er altså ikke en vurdering om pasienten opplevde en vellykket inntoning i møte med personalet, men om personalet har beskrevet det som en vellykket inntoning. Dette har jeg forsøkt å beskrive tydelig i all presentasjon av denne studien. Andre forskere hadde kanskje villet prioritere annerledes og inkludere pasienter eller tidligere pasienter som medforskere i første-studien, men jeg har tenkt at det må komme på et senere tidspunkt. Ut fra et sosialkonstruksjonistisk ståsted finnes det ingen fasit på hva som er riktigst, men heller å være klar og tydelig på at de valgene en gjør innebærer begrensninger. For denne studiens del er det en opplagt begrensning at pasient-stemmen ikke er med, men altså en tolkning, via bruk av SEPPS, av personalets skriftlige rapporter. Denne begrensningen mener jeg lesere bør være oppmerksomme på når en leser funnene fra denne studien.

Hovedstudien er kvantitativ der forskningsmetodene altså kan relateres til et positivistisk vitenskapsteoretisk ideal. I kvantitativ forskning betones forskerens nøytralitet. Den kvantitative studien beskriver «nøytrale fakta» om prosentvis andel av rapportutdrag som beskrev samspill, og kvaliteten på disse samspills-beskrivelsene. Dette er resultater som

framkom etter scoringer av rapportutdragene i instrumentet SEPPS. Et viktig poeng i denne sammenheng, ut fra et sosialkonstruksjonistisk perspektiv, er at resultatene dermed er framkommet på bakgrunn av konstruksjoner knyttet til selve utviklingen av instrumentet SEPPS og den teoretiske forståelsen som lå til grunn i utviklingen av dette instrumentet. I hovedstudien hadde jeg en annen forskerrolle enn i de to andre studiene. Min oppgave her var å registrere rapportene i henhold til beskrivelsene for scoringer i manualen for SEPPS. Som en sjekk på at jeg holdt meg til SEPPS-manualen og ikke begynte å vurdere rapportutdragene på en mer intuitiv og tilfeldig måte ble mine scoringer sammenlignet med en annen persons scoringer. Dette er kort beskrevet i artikkel 3. Rapport-materialet er likevel kvalitativt i sin natur, så registreringene kan aldri bli så nøyaktige som registrering av datamateriale som tradisjonelt har vært gjenstand for kvantitative studier, som f.eks. veging av masse, blodprøvesvar eller behandlingstid. I denne studien er resultatene berørt av tolkning underveis i skåringene av rapportene, selv om målet var å registrere rapportene så nøytralt som mulig via SEPPS. Ikke alle utdragene var like klare og entydige, og i kapittel 2.5.4 har jeg redegjort for hvordan uklare rapportutdrag ble tolket på en systematisk måte når de skulle scores i SEPPS. Med et stort antall rapporter som var med i undersøkelsen har studien statistisk signifikante funn om rapporteringspraksisen vedrørende pasientens opplevelse og personalets tilnærminger. I en positivistisk epistemologi vil dette representere sikker kunnskap om rapporteringspraksisen. Fra et sosialkonstruksjonistisk ståsted vil en imidlertid framheve at dette er én type kunnskap, og at det alltid finnes andre kunnskaper om rapporteringspraksis som kan være like gyldige og relevante. Som følge av erkjennelsen av at denne phd-studien gir et mulig og sannsynliggjort kunnskapsbidrag blant flere mulige, er det i dette forskningsarbeidet vektlagt å vise hvordan resultatene er framkommet, og hvilke valg jeg har tatt underveis i forskningsprosessen. Det er altså viktig å presisere at kunnskapsbidraget ikke er en tilfeldig konstruksjon.

1.4. Kontekst for rapportering av miljøterapi: - et landskap av flere, og delvis motstridende, behandlingsideologier og praksiser

Ut fra mine litteratursøk (se kapittel 1.5) ser det ut til at det er gjort veldig lite empirisk forskning på miljøterapi innen psykisk helsevern. Noen studier har påpekt at miljøterapeutisk praksis framstår som mangfoldig og diffus, og at det mangler

forskningsbasert kunnskap om miljøterapi, om hvilke intervensjoner personalet anvender og kvaliteten på disse (Borge & Hummelvoll, 2019; Skorpen & Øye, 2008; Zauszniewski, 2012). Smith & Spitzmueller (2016) beskrev utfordringer knyttet til operasjonalisering av miljøterapi for forskning. En studie undersøkte opplevelsen hos pasienter innlagte for første-gangs psykose i Danmark og Norge. De fant at pasientene var mest fornøyde med de individual-terapeutiske og miljøterapeutiske behandlingsformene, og mindre fornøyd med den medikamentelle behandlingen og tilbud om psykoedukasjon til deres pårørende. Det var imidlertid ikke spesifisert hva som opplevdes positivt ved miljøterapibehandlingen (Haahr et al., 2012). Werbart, Forsström, & Jeanneau (2012) rapporterte effekt av en kombinasjon av miljøterapi og psykodynamisk terapi for unge voksne med alvorlige personlighetsforstyrrelser innlagte ved en langtidspost i Sverige, men heller ikke her var det undersøkt hva i miljøterapi-behandlingen som virket. Miljøterapi baseres på ulike, og delvis motstridende, terapeutiske perspektiver og ideologier. I det følgende beskrives kort 4 perspektiver som jeg anser som mest aktuelle for nåværende miljøterapeutiske praksiser. En utførlig gjennomgang av historiske miljøterapeutiske modeller finnes i Skorpen & Øye (2008, 2010).

1.4.1. Fire perspektiver i miljøterapi

En medisinsk psykiatrisk forståelse av psykiske lidelser kan i Norge føres tilbake til Sinnssykeloven fra 1848. Herman W. Major, som laget utkastet til loven, var opptatt av å bedre forholdene for de sinnssyke. Loven inneholdt forskrifter om behandling og restriksjoner i bruk av tvangsmidler (Retterstøl, 2000). Psykiske lidelser ble med dette betraktet som sykdom, og dette perspektivet står fortsatt sterkt, selv om kritikken mot en dominerende medisinsk og diagnostisk praksis ved psykiatriske institusjoner etter vært ble betydelig (f.eks. Foucault, 1994; Laing, 1965; Skjervheim, 2002). Den medisinske modellen er hierarkisk med den mest medisinske kompetente, legen, øverst i hierarkiet. Miljøarbeid blir i denne modellen ikke et selvstendig fag, men en støttfunksjon til den medisinske behandlingen. Innebygd i denne modellen ligger forutsetningen om at den profesjonelle kan observere adferd hos pasienten, og at pasienten underkaster seg fagpersonens behandling. Som konsekvens av en biomedisinsk forståelse av psykisk lidelse, vil det å observere adferd med tanke på å stille riktig diagnose, og observere effekt og bivirkninger av medisinsk behandling være sentralt (Skorpen & Øye, 2010). Sykepleiedokumentasjonen vil her blant annet fungere som et redskap for legen for å

kunne stille riktig diagnose og å vurdere behandlingseffekt. I lys av dette blir det å rapportere opplysninger om pasienten, så nøytralt som mulig, sentralt for personalet. Avvikende adferd, om det viser seg i konkrete handlinger, kroppsbevegelser, eller i pasientens uttalelser, vil i dette perspektivet være sentralt.

En tidlig form for miljøterapi vokste fram innenfor psykodynamiske forståelsesrammer og kan knyttes til Sullivan og Menningers arbeider med å etablere terapeutiske praksiser ved psykiatriske døgnenheter på 1930-tallet. Sullivan forsto psykose som et forsøk på tilpasning i vanskelige situasjoner og iverksatte et «miljøterapeutisk» program, som skulle bidra til veiledning og behandling av pasienter med schizofreni (Gunderson, 1983). Sykepleieteoretikeren Hildegard Peplau sto i denne tradisjonen, og hennes sykepleieteori fikk stor betydning for hvordan sykepleiere internasjonalt, har forstått og påvirket miljøterapien. Som konsekvens av forståelsen om at psykiske lidelser oppstår som følge av svikt fra omsorgspersoner i barndommen, ble sykepleierens oppgave å utvikle relasjoner som kunne være helende og vekstfremmende for den enkelte pasient (Peplau, 1952/1991). Selvpsykologi (Kohut, 1977, 1984) som er den valgte referanserammen for dette forskningsprosjektet, er en psykodynamisk terapiform som har grunnleggende fellestrekk med Peplaus forståelse av hva som er vekstfremmende. Ut fra en selvpsykologisk forståelse ligger forutsetningen for en terapeutisk relasjon i at terapeuten klarer å inntone seg til den andre. I Norge fikk John G. Gundersons (1978) forståelse av miljøterapi, stor betydning. Også her ser en klare paralleller med selvpsykologiens fokus på empati og inntoning. Gundersons utgangspunkt var pasienter med ulike grader av psykose eller ustabil personlighetsforstyrrelse. Han mente at ytre struktur og forutsigbarhet skulle hjelpe mot indre kaos, og han vektla en aktiv terapeutisk relasjon mellom personal og pasient. Miljøterapi skulle være en selvstendig disiplin, ikke underordnet det medisinske paradigme. Han foreslo å evaluere miljøterapi ut fra fem fokusområder: beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og validering av pasientens perspektiv og opplevelser. Videre understreket han sterkt betydningen av individuelt tilpassede tilnærminger. Ulike pasientgrupper behøvde ulike miljøterapeutiske strategier, og disse strategiene måtte brukes fleksibelt, tilpasset hver enkelt pasient og aktuell situasjon. Gunderson mente alle de fem fokusområdene kunne være terapeutiske, men brukt ensidig og ureflektert, kunne de også være til skade, eller hindre vekst. Ulike miljøterapeutiske modeller forankret i psykodynamiske perspektiv, der en terapeutisk

relasjon vektlegges for å hele relasjonsskader, er fortsatt aktuelle. Blant annet argumenterte Caughill (2016) for at psykiatrisk sykepleie bør få en sterkere forankring i selvpsykologi og andre nyere psykodynamiske perspektiver. Det ser imidlertid ut til å være sparsomt med forskning knyttet til disse miljøterapeutiske modellene (Skorpen & Øye, 2010; Skårderud et al., 2018; Tuck & Keels, 1992). Jeg har ikke funnet litteratur om sykepleiedokumentasjon i henhold til dette miljøterapeutiske perspektivet, men skulle Gundersons fokusområder legges til grunn for dokumentasjonen, ville det være sentralt å beskrive hvordan pasienten opplevde sin situasjon. For eksempel i en situasjon der selvskading var aktuelt, ville en referere pasientens opplevelse, hvor mye kontroll hun/han opplevde å ha, og personalets tilnærming i forhold til dette. Hva ble sagt for å validere pasientens perspektiv? Hvilke tiltak ble gjort for å skape eller opprettholde eksempelvis struktur, og hvordan opplevde pasienten dette? Felles for både Gundersons teori og nyere psykodynamiske perspektiver som grunnlag for rapportskrivning, ville være en vektlegging av beskrivelsen av pasientens opplevelser og interaksjoner mellom personal og pasient.

Kognitiv miljøterapi, KMT, baseres på prinsipper fra kognitiv terapi, psykoedukasjon og psykososiale intervensjoner. Denne miljøterapi-modellen har blitt møtt med interesse innenfor ulike psykiatriske avdelings-kontekster i Norden de siste 15 årene. Hovedmålet er å lære pasienten hvordan tanker og handlinger påvirker opplevelser og følelser, og hvordan en kan mestre negative følelser gjennom denne bevisstgjøringen (Borge, Røssberg, & Sverdrup, 2013; Lykke, 2006a). Terapeuten og pasienten utarbeider en kasusformulering og lager en behandlingsplan ut fra denne. Kasusformuleringen betegnes som hjørnesteinen i behandlingen da den utvikles i tett samarbeid med pasienten og inneholder hypoteser om problemets årsak, opprettholdelse av problemene og målene. Pasientens opplevelse er helt sentral i behandlingen, og miljøterapeutene skal gi hjelp til refleksjon slik at pasienten kan komme fram til egne konklusjoner i forhold til hvordan han/hun vil forholde seg til sine tolkninger, og hva som er hensiktsmessige handlinger for å få det bedre. Miljøterapien skal på denne måten fremme pasientens mestringsfølelse og bidra til et positivt framtidssyn (Fredheim, 2009). Foreløpig finnes det få effektstudier av KMT, men en har funnet positiv sammenheng mellom KMT og reduksjon av bruk av mekaniske tvangsmidler (Bak, Brandt-Christensen, Sestoft, & Zoffmann, 2012). Videre fant en enkeltstudie at KMT hadde positiv effekt for personer med dobbeltdiagnose, men denne studien beskrev lite om personalets bidrag i KMT (Lykke, Oestrich, Austin, &

Hesse, 2010). En kvalitativ studie blant personer med dobbeltdiagnose undersøkte opplevelser knyttet til mestring og læring når behandlingstilbudet var KMT og fysisk aktivitet. Denne studien pekte på at terapeutiske relasjoner der pasienten opplevde bekræftelse og empati var helt sentralt i de positive opplevelsene av KMT (Borge et al., 2013).

Hvordan døgneheter som har innrettet behandlingen etter kognitiv miljøterapi forholder seg til sykepleiedokumentasjon, var ikke beskrevet i litteraturen jeg fant, men det var eksempler på bruk av registreringsskjema i forbindelse med f.eks. når pasienten følte behov for å skade seg selv. I dette skjemaet skulle pasienten og personalet sammen fylle ut hvilke ubehagelige opplevelser pasienten hadde i situasjonen og styrken på disse, negative tanker og alternative tanker, og om/ hvordan de ubehagelige opplevelsene endret seg etter denne gjennomgangen (Lykke, 2006b). Kanskje kunne dette bli brukt som miljøterapirapport? Da kasusformuleringen er sentral i behandlingen, ville det også være naturlig at denne ble evaluert i rapporten i samarbeid med pasienten.

Parallelt med framveksten av KMT har recovery-bevegelsen vokst fram. Flere studier har sett på hvordan recovery-perspektivet kan legges til grunn for miljøterapeutiske praksiser, både innenfor lukkede akuttpsykiatriske avdelinger og åpne behandlingskontekster (Andvig & Biong, 2014; Cusack, 2017; McKenna et al., 2014). Bakgrunnen for recovery-perspektivet er tidligere alvorlig syke pasienters erfaringer med hva de mener har vært virksom hjelp i sine bedringsprosesser. Recovery bygger blant annet på personsentrerte og systemiske perspektiver og beskrives som en motsats til en medisinsk modell for behandling av psykiske lidelser: Recovery fokuser på mestring av hverdagsliv, ressurser og personens mening/ opplevelse, mens en medisinsk modell har fokus rettet mot symptomer, diagnose og tilhørende behandlingstiltak. I recovery-tradisjonen framheves betydningen av å være aktør i eget liv for å oppnå vekst og bedring, framfor en passiv pasientrolle der en mottar behandling (Roberts & Wolfson, 2004; Topor, 2011). En kvalitativ studie fra en norsk miljøterapeutisk kontekst ved et DPS framholdt samtalen mellom personal og pasient som en viktig tilnærming for å oppnå en person- og recovery-orientert miljøterapeutisk praksis. I samtalene forsøkte miljøpersonale å legge vekt på: pasientens styrker, utforskning av pasientens egne løsninger, opplevelser og å skape håp. Personalet mente det var viktig å være åpen for å snakke om de temaene som pasienten var opptatt av, enten det var dagligdagse små praktiske utfordringer eller større temaer

som f.eks. ensomhet, vansker i nære relasjoner eller åndelige opplevelser/ behov (Andvig & Biong, 2014). Selv om recovery tradisjonene er blitt møtt med interesse i ulike kontekster i psykisk helsevern, har det vært vansker med integrering av dette perspektivet i praksis i psykiatriske døgninstitusjoner (Waldemar, Esbensen, Korsbek, Petersen, & Arnfred, 2019). Det pekes på at det er uklart hva denne tradisjonen egentlig innebærer, og kvantitative studier er etterlyst (Lim, Wynaden, & Heslop, 2017; Meehan, King, Beavis, & Robinson, 2008; Slade et al., 2012). En enkeltstudie undersøkte om et opplæringsprogram for psykiatriske sykepleiere i recovery-tilnærminger kunne redusere bruken av mekaniske tvangsmidler, men de fant ingen signifikante sammenhenger (Repique, Vernig, Lowe, Thompson, & Yap, 2016).

Som beskrevet i kapittel 1.2 skal sykepleiedokumentasjonen, ifølge Helsepersonelloven, 1999, vise personalets bidrag i behandlingen til den enkelte pasient. De fire perspektivene på miljøterapi som er beskrevet ovenfor har ulikt syn på hva som er behandling. Følgelig, hvis behandlingen skal gjenspeiles i dokumentasjonen, vil rapporten relatert til en biomedisinsk forståelse av miljøterapi, være vesensforskjellig fra for eksempel en recovery-orientert miljøterapeutisk praksis. Innenfor en recovery-orientert praksis ville en tilstrebe at pasienten og personalet skrev rapport sammen, og at pasienten hadde stor innvirkning på hva som ble skrevet. Fokuset ville være rettet mot personens mening og ressurser framfor mot problem og avvik. Videre ville rapportene kanskje ha vært narrativer om hvordan det oppleves ikke å mestre hverdagslivet, og hvordan pasienten, personalet og nettverk sammen bidro til gjenerobring av hverdagsliv. Et fellestrekk ved recovery, kognitive, og nyere psykodynamisk orienterte miljøterapipraksiser, er at personalet har ansvar for å legge til rette for terapeutiske relasjoner. Dette sees på som en forutsetning for vekst hos pasienten, og pasienten sees på som en aktiv aktør i veien mot tilfriskning. Dermed vil rapportering av pasientens opplevelse og det som skjer i personal-pasient relasjonen være essensielt å beskrive når personalets bidrag til behandling skal rapporteres innenfor disse perspektivene. Det er vanskelig å gi noe entydig bilde av hvilke modeller som dominerer miljøterapeutiske praksiser, og hvor reel vektlegging av terapeutiske relasjoner er. Det har blitt stilt spørsmål ved hvorvidt etablering av terapeutiske relasjoner er mulig i miljøterapeutiske kontekster i spesialisthelsetjenesten, der innleggelsene blir stadig kortere (Mahoney, Palyo, Napier, & Giordano, 2009). I neste kapittel oppsummeres derfor forskning der en har sett på klinisk praksis i disse

kontekstene.

1.4.2. Terapeutisk relasjon – funn i forskningslitteraturen om praksis i psykiatriske avdelings-kontekster

Et litteratur review som inkluderte 13 kvantitative studier som hadde målt hva personalet ved psykiatriske avdelinger brukte tiden på, fant at 50% av tiden ble brukt sammen med pasientene. Jo høyere utdanning personalet hadde, dess mindre tid ble brukt sammen med pasientene. Sykepleierne brukte mellom 4-20% av tiden på terapeutiske intervensjoner (Sharac et al., 2010). En nyere studie fra akuttpsykiatriske avdelinger fant at sykepleierne brukte 32% av tiden til direkte pasientkontakt, hvorav 8.5% av denne tiden gikk til administrering av medisiner. Forfatterne konkluderte med at det er behov for en omfordeling av tid til å være tilgjengelig for terapeutiske interaksjoner, og at funnene ikke harmonerer med idealer om et person-sentrert fundament for sykepleie (Goulter, Kavanagh, & Gardner, 2015). Et systematisk review om pasienters opplevelse av å være innlagt på lukkede akuttpsykiatriske avdelinger, viste at pasientene opplevde at personalet hadde lite tid til å snakke med dem. De opplevde en del av interaksjonene som ydmykende, og forfatterne tok til orde for at personalet i større grad skulle fokusere på pasientens opplevelse og empatisk kommunikasjon i forhold til denne opplevelsen (Nugteren et al., 2016). Molin, Lindgren, Graneheim, & Ringnér (2018) fant imidlertid ingen sammenheng mellom økt tid til samvær mellom personal og pasient og pasientopplevd kvalitet på interaksjonene. Studier som måler terapeutisk relasjon mellom personal og pasienter i psykiatriske avdelingskontekster, er etterlyst. Videre er det påpekt at et dominerende fokus på farmakologiske intervensjoner, hindrer personalet i å legge til rette for terapeutiske relasjoner (Harris & Panozzo, 2019; Wijnveld & Crowe, 2010). Manglende empati fra personalet ble også påpekt i en nyere kvalitativ studie med pasienter fra akuttpsykiatrisk avdeling (Stewart et al., 2015).

I intervju med sykepleiere der de skulle foreslå intervensjoner de mente var hjelpsomme for pasienten, var de i hovedsak opptatte av betydningen av å lage planer med strukturerte aktiviteter for pasientene. Dialog med utforskning av pasientenes opplevelse ble i liten grad foreslått. Mye av sykepleierens praksis var knyttet til oppgaver med å levere opplysninger til legen, og at de dermed fikk en oppgaveorientert og uselvstendig rolle. Denne rollen kom i konflikt med deres humanistiske verdier om å møte pasienten som et

helt menneske (MacNeela, Clinton, et al., 2010; MacNeela, Scott, Treacy, & Hyde, 2010). Flere kvalitative studier bekreftet at personalet hadde vansker med å få praktisert innenfor personsentrerte og recovery orienterte forståelsesmodeller i akuttpsykiatri, og at de i stor grad var oppgaveorienterte framfor relasjonsorienterte (Delaney & Johnson, 2014; Gabrielsson, Savenstedt, & Olsson, 2016; Salzman-Erikson, Rydlo, & Gustin, 2016).

Noen studier peker imidlertid i retning av at personalet praktiserer innenfor en ramme av relasjonsorienterte behandlingsmodeller. Et review av kvalitative studier fant at det var mange terapeutiske interaksjoner ved akutt-psykiatriske avdelinger (Cleary, Hunt, Horsfall, & Deacon, 2012). Forfatterne forklarte andre studiers funn om manglende terapeutiske interaksjoner, som et resultat av grunn kontekstforståelse hos tidligere forskere om hvor utfordrende en del samspillsepisoder kan være ved en akutt-psykiatrisk døgnenhet. Thibeault (2016) fant at selv ved korte akutte innleggelser ble det etablert terapeutiske relasjoner mellom sykepleierne og pasientene, der sykepleierens tilnærminger til pasientenes vonde opplevelser, opplevdes å ha stor betydning for pasientene.

Pasientene opplevde at dette var viktig for å gjenskape mening i egne opplevelser. I en kvalitativ studie med pasienter med borderline diagnose der innleggelsen varte maksimalt tre døgn, ble kontakten med en sykepleier beskrevet som det mest betydningsfulle ved oppholdet (Helleman, Goossens, Kaasenbrood, & Achterberg, 2014). Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton (2015) intervjuet pasienter som hadde vært tvangsinnlagt, og de framhevet betydningen og muligheten til å oppleve terapeutiske relasjoner med personalet, på tross av at selve innleggelsen var sterkt uønsket. De verdsatte personal som var opptatte av deres opplevelse.

For å oppsummere litteraturen som omhandler praksis ved psykiatriske avdelinger, kan en si at pasientperspektivet understreker relasjoner med personalet som noe av det som har hatt størst betydning, for å skape mening i situasjonen og å gjenvinne psykisk helse. På den annen side kan flere fortelle om vonde erfaringer med ikke å bli følelsesmessig møtt (Thibeault, Trudeau, d'Entremont, & Brown, 2010). Fra et personal-ståsted bekreftes mye det samme. Sykepleiere sa de ønsket å legge til rette for flere opplevelsesorienterte dialoger med pasientene, men endte ofte opp med samtaler om praktiske forhold, medisiner og å foreslå aktiviteter for pasientene (Graneheim, Slotte, Säfsten, & Lindgren, 2014). Litteraturgjennomgangen over er ikke uttømmende for hva som eksisterer av kvalitative studier ved psykiatriske avdelinger, men illustrerer store

variasjoner i forhold til hvordan terapeutiske relasjoner vektlegges i miljøterapi. Siden ulike modeller for miljøterapi ser ut til å eksistere parallelt, kan en forvente at det er uklart for rapportskriveren hva som skal rapporteres, eller sagt med andre ord, hva som kan regnes som personalets bidrag i pasientbehandlingen. Kanskje er det ikke uten grunn at det i forklaringene til Helsepersonelloven, 1999, § 39 og 40 ikke er eksemplifisert hva personalet skal rapportere fra en miljøterapeutisk kontekst (jfr. kapittel 1.2).

1.5. Gjennomgang av tidligere studier tilknyttet sykepleie-dokumentasjon

Litteraturgjennomgangen i dette kapitlet er basert på søk i Cinahl, Cochrane Library, Medline, ProQuest og PsycInfo. Søkene har pågått kontinuerlig fra planlegging av phd-studien, og gjennom hele forskningsprosessen, og ble begrenset nedad til publiseringer f.o.m 2006. Siste søk ble utført 20.01.2019. Det ble anvendt både ordinære søkeord i forhold til artiklenes titler og nøkkelord og i tillegg brukt MeSH-termer. Tabell 1 viser søkeordene som ble brukt og kombinasjonene av disse i kolonne 1, 2 og 3. I tillegg har jeg tatt med noen eldre, hyppig siterte, studier som er funnet ved manuelle søk i referanselisten til de artiklene som ble gjennomgått. Jeg fant lite forskning på sykepleiedokumentasjon som direkte omhandlet personal-pasient relasjoner som er denne studiens hovedanliggende. I kapittel 1.5.1 presenteres derfor først forskning knyttet til sykepleiedokumentasjon i ulike kontekster, men der studienes temaområder berører dokumentasjon av pasientens opplevelser og dokumentering av relasjonelle aspekt. Videre gis et bilde av hvilke hovedområder forskere har vært opptatte av, hva sykepleiedokumentasjon angår. I 1.5.2 presenteres forskningslitteratur knyttet til sykepleiedokumentasjon i ulike kontekster innen psykisk helsearbeid.

Tabell 1. Oversikt over søkeord og kombinasjoner av disse

1	2	3
Nurse-patient relation*	Psychiatr* nurs*	Nurs* record*
Staff-patient relation*	Mental health nurs*	Nurs*document*
Nurse-patient alliance	Milieu therap*	Medical record
Staff-patient alliance	Mental health	systems
Professional-patient alliance	Psychiatric	Staff file*
Nurse-patient interaction	department	Staff record*
Staff-patient interaction	Psychiatric ward	Electronic health
Professional-patient interaction	Psychiatric hospital	records
Nurse-patient communication	Psychiatric unit	Progress note*
Staff-patient communication		
Professional-patient communication		
Therapeutic relation*		
Therapeutic interaction		
Therapeutic alliance		

1.5.1. Evaluering av sykepleiedokumentasjon i ulike kontekster for sykepleie

Juvé-Udina et al. (2014) gjorde en kvantitativ studie der dokumentasjon av personalets kommunikasjon og psykososiale intervensjoner ved ulike akutt-avdelinger ble undersøkt. 82% av datamaterialet var hentet fra medisinske og kirurgiske avdelinger, og bare 3.8% stammet fra akutt-psykiatriske avdelinger. De fant hyppig dokumenterte intervensjoner av en oppgaveorientert art som forskerne mente representere et overfladisk nivå av sykepleier-pasient kommunikasjon. Disse intervensjonene var initiert for å møte pasientens basisbehov og kunne sees på som et første steg i retning av en terapeutisk relasjon, men kommunikasjon for å imøtekomme følelsesmessige vansker hos pasienten var imidlertid sjeldent dokumentert. Et mixed-methods systematisk review av litteratur i perioden 2000 – 2010 inkluderte 77 studier om sykepleiedokumentasjon i ulike kontekster i spesialist- og primær-helsetjenesten. Et hovedfunn var manglende dokumentasjon av en rekke sentrale tema i sykepleie som psykologiske, sosiale, kulturelle og åndelige forhold. Det ble framhevet at sykepleiedokumentasjonen var dominert av biomedisinske perspektiver (Wang, Hailey, & Yu, 2011). Kvalitative enkeltstudier i ulike kontekster påpeker mye av det samme. Fra studier ved demensavdelinger fant en manglende dokumentasjon av psykososiale aspekt, men mye om fysiske symptomer. Selv om personsentrert omsorg er et hovedanliggende for demensomsorg, inneholdt

dokumentasjonen så godt som ingenting om eksistensielle problemstillinger eller personsentrerte tilnærminger til pasienten (Broderick & Coffey, 2012; Høgsnes, Danielson, Norbergh, & Melin-Johansson, 2016). En kvalitativ studie ved en spesialisert avdeling for hjertepasienter, fant at sykepleierne dokumenterte angst og usikkerhet hos pasientene, men ikke om eller hvordan disse pasientopplevelsene ble møtt (Andreae, Ekstedt, & Snellman, 2011).

I storparten av forskningslitteraturen var personal-pasient relasjoner ikke omtalt. Forskingen har i stor grad vært fokusert på format (f.eks. om det var dokumentert i et lettfattelig språk, uten rom for misforståelser) og innhold i forhold til rapportmalen (f.eks. om og hvordan det var rapportert i henhold til alle trinnene i sykepleieprosessen¹). Noe forskning har fokusert på om det dokumenterte samsvarte med pasientens vurdering. Videre har det over tid vært et økende fokus på standardiserte modeller for sykepleiedokumentasjon som f.eks. VIPS, NANDA og ICNP (Saranto & Kinnunen, 2009; Saranto et al., 2014; Wang et al., 2011). Alle standardiserte dokumentasjonsmodeller tar utgangspunkt i sykepleieprosessen, men varierer i forhold til i hvor stor grad en kan dokumentere i fritekst, eller om rapportering skjer ved bruk av standardiserte termer. Å dokumentere med standardiserte termer, vil si at en benytter ferdig definerte kategorier for sykepleiediagnoser og intervensjoner som er innlagt i en valg-meny i det elektroniske dokumentasjonssystemet (For eksempel er NIC (Nursing Interventions Classification), et anerkjent standardisert klassifikasjonssystem som innehar mer enn 500 kategorier for ulike sykepleieintervensjoner). At det forskes på standardiserte dokumentasjonsmodeller, gjenspeiles blant annet ved at det er utviklet instrument for å måle kvalitet og kvantitet på beskrevne sykepleiediagnoser, tiltak og evalueringer (Müller-Staub, 2009; Müller-Staub et al., 2009). Nyere studier har argumentert for at bruk av standardiserte termer fører til klarere dokumentering, sikrer bedre kontinuitet i pasientoppfølgingen, og at denne måten å dokumentere på kan være med på å synliggjøre sykepleien som fag (Adubi, Olaogun, &

¹ **Sykepleieprosessen** betegnes som en problemløsende metode og har fem trinn: **Kartlegging** – **Problem** (sykepleiediagnose) – **Mål** – **Tiltak** (intervensjon) – **Evaluering**. Miljøterapirapporten skrives under punktet evaluering og skal dermed evaluere pasientens problem, mål og tiltakene som er iverksatt (Ehnfors et al., 2015)

Adejumo, 2018; Rabelo-Silva et al., 2017; Saranto et al., 2014). Et grunnleggende spørsmål i forhold til å synliggjøre sykepleien som fag, er om hvorvidt dokumentasjonspraksis harmonerer med klinisk sykepleiepraksis. De Marinis et al. (2010) sammenlignet observasjoner av sykepleie utført på kirurgiske avdelinger med sykepleien som ble dokumentert. De fant at bare 40% av sykepleien direkte rettet mot pasienten var dokumentert. Kun 3% av informasjon og opplæring gitt til pasienten, ble dokumentert. Majoriteten av studiene tok for gitt, eller argumenterte for, at sykepleieprosessen er en god mal for rapportering (Groot, Triemstra, Paans, & Francke, 2018). Noen har imidlertid vært kritiske til dette og har antydnet en sammenheng mellom et lite egnet rapportsystem og manglende dokumentasjon av sykepleie utover rent medisinske eller biologiske forhold. Stevenson, Nilsson, Petersson, & Johansson (2010) fant at sykepleierne var misfornøyde med flere forhold i rapportmalene i EPJ. De forhåndsdefinerte menyvalgene var for generelle til å beskrive pasienten, og de opplevde det vanskelig å dokumentere forsøk på å gi pasienten følelsesmessig støtte. I en norsk studie fra en hjemmesykepleie-kontekst ble det stilt spørsmål ved om sykepleieprosessen virkelig er et godt rammeverk for sykepleiedokumentasjon uavhengig av kontekst, eller om denne malen kan redusere kvaliteten på dokumentasjonen. Forfatterne argumenterte med at mange episoder oppstår spontant i pasient-sykepleier møtene, og at det da kreves umiddelbare handlinger fra sykepleieren. Disse er ikke nødvendigvis tuftet på en velformulert sykepleiediagnose. Forfatterne problematiserte at hvis spontane episoder i sykepleier-pasient relasjonen dokumenteres, ville disse framstå som fragmenterte og ufullstendige rapporter, hvis de skulle evalueres opp mot dokumentasjonssystemenes mal (jfr. fotnote på forrige side) (Gjevjon & Hellesø, 2010).

1.5.2. Evaluering av sykepleiedokumentasjon i psykiatriske kontekster

For å gi en best mulig oversikt, har jeg valgt å dele inn forskningslitteraturen som omhandler dokumentasjon i psykiatriske avdelingskontekster i to hovedgrupper. Først presenteres studier om evaluering av dokumentasjon ut ifra relasjonsorienterte fagperspektiver. Deretter presenteres den andre hovedgruppen som omhandler forskning som har evaluert dokumentasjonen i henhold til kravene som er innebygget i de elektroniske dokumentasjonssystemene. Dette innebærer en vurdering av i hvor stor grad trinnene i sykepleieprosessen er entydig representert og dokumentert. Herunder er studier som har evaluert bruk av fritekst i rapporten versus standardiserte termer plassert.

Sykepleiedokumentasjonen vurdert ut fra relasjonsorienterte perspektiver

Litteratursøkene resulterte i null treff for kvantitative studier som hadde undersøkt dokumentasjonen ut fra relasjonsorienterte perspektiver, men flere kvalitative studier ble funnet. Et fellestrekk for disse var at de kritiserte dokumentasjonen for å representere andre fagperspektiver og/eller holdninger enn de nyere allment aksepterte fagperspektivene innenfor psykisk helsearbeid. Et systematisk review av kvalitative studier av sykepleiedokumentasjon i perioden 1988-2011 inkluderte 12 artikler hvorav 5 var fra psykiatriske kontekster (Buus & Hamilton, 2016). Hovedfunn her var at rapportene var skrevet i en medisinsk forståelsesramme, og at de ikke reflekterte sykepleien forstått som innrettet mot å møte «hele» mennesket. Rapportene fokuserte på avvikende adferd og framsto som moralske evalueringer av pasientens adferd. Det var imidlertid en del å utsette på studienes kvalitet: Flere av studiene manglet beskrivelse av rasjonale og prosedyre for journalutvelgelse, analysemetode og referanser til anerkjente analysemetoder. Forfatterne konkluderte med at mange av diskursanalysene var basert på Foucaults perspektiver, noe som bidro til et ensidig fokus, og at det derfor var et behov for videre utforskning om hvorfor sykepleiere skriver rapporten slik de gjør.

En hyppig sitert eldre kvalitativ studie av Martin & Street (2003) er den eneste studien jeg har funnet, der hovedhensikten var å utforske sykepleier-pasient relasjoner i sykepleiedokumentasjonen. De foretok en kvalitativ innholdsanalyse av sykepleiedokumentasjon ved en sikkerhets-psykiatrisk avdeling, og sammenlignet dette materialet med intervjuer av sykepleiere ved samme avdeling. I dokumentasjonen fant de sjelden beskrivelser av at personal og pasient i det hele tatt hadde snakket sammen. Pasientutsagn var nedskrevet, men det var ikke beskrevet hvem pasienten hadde adressert utsagnene til, eller om han fikk noe respons. Rapportene var en oppsummering av adferdsobservasjoner. I intervjuene derimot, understreket sykepleierne betydningen av en terapeutisk sykepleier-pasient relasjon og holistiske tilnærminger til pasienten. Forfatterne konkluderte med at sykepleier-pasient relasjonen var usynlig i rapportene, side 548:

The purposeful process of counselling, defined as interaction or engagement with patients, to identify and meet patients' needs, and to explore their experience, was not present in the nursing entries.

Karlsen (2012) beskrev noe lignende i en diskursanalyse av norske sykepleiejournaler skrevet i perioden 2008-12 hentet fra ulike kontekster i psykisk helsevern og kommunale kontekster. Han hevdet at personal-pasient relasjonen var et ikke-tema i journalene. Han fant verken beskrivelse av etablering eller vedlikehold av terapeutiske relasjoner, og heller ikke noe om pasientens oppfatning av relasjonen til personalet.

Perron (2012) gjorde en kvalitativ studie ved kanadiske sikkerhets-psykiatriske avdelinger. Hun påpekte at rapportene inneholdt lite om sykepleier-pasient interaksjoner, men at hun observerte slike interaksjoner daglig på avdelingen. Pasientens versjon av ulike episoder ble ikke dokumentert, men derimot ble personalets observasjoner detaljert beskrevet. Sykepleierrapportene ble videre sammenlignet med intervju av sykepleierne. I intervjuene ble betydningen av en god relasjon og individuelle tilnærminger og planer for hver pasient fremhevet (Perron & Holmes, 2011).

Flere av de kvalitative studiene problematiserte maktforholdet som ligger i at personalet skriver ned observasjoner av pasienten, bestemmer hva som skal skrives, og hvordan det skal dokumenteres (f.eks. Hamilton & Manias, 2006; Perron & Holmes, 2011). Berring, Pedersen, & Buus (2015) gjorde en diskursanalyse av sykepleiedokumentasjon på sikkerhetsposter og påpekte at i episoder med aggresjon, ble pasientene framstilt som avvikende, uforutsigbare og farlige, men at en unnlot å skrive personalets rolle i disse episodene.

I likhet med noen av studiene gjort i somatiske kontekster, har noen kvalitative studier ved psykiatriske avdelinger vært kritiske til om dokumentasjonssystemene er egnet til formålet. Krogh & Nåden (2011) analyserte journaler ved fem psykiatriske sykehus i perioden 2002-2004. De fant at mengden av tekst som hadde en fenomenologisk struktur med fokus på pasientens subjektive opplevelse avtok, til fordel for en problembasert dokumentasjon i henhold til sykepleieprosessen. De fant at denne reduksjonen fant sted parallelt med at EPJ ble innført, og i tillegg at det var økt fokus fra ledelsens side om objektivitet i dokumentasjonen i henhold til helsepersonelloven, 1999. Karlsen (2007) knyttet funn om dokumentering innenfor en medisinsk forståelsesramme, og mangel på beskrivelser av pasientens ressurser, til forhold ved dokumentasjonssystemet.

Kvalitet på sykepleiedokumentasjon vurdert ut fra sykepleieprosessen

Flere kvantitative journalstudier ved psykiatriske avdelinger har evaluert sykepleiedokumentasjonen ut fra sykepleieprosessen. For eksempel undersøkte Instefjord, Aasekjær, Espehaug, & Graverholt (2014) kvantitet og kvalitet på beskrevne sykepleiediagnoser, intervensjoner og evalueringer i henhold til dokumentasjonssystemet VIPS i en norsk DPS kontekst. De fant en rekke mangler ved de daglige rapportene i forhold til at rapportene skulle representere en evaluering av sykepleiediagnoser og intervensjoner i sykepleieprosessen.

Internasjonalt har flere forskere innenfor kvantitativ forskning tatt til orde for bruk av standardiserte termer og minst mulig bruk av fritekst når det rapporteres (Escalada-Hernández et al., 2015; Frauenfelder, Achterberg, Needham, & Müller-Staub, 2016; Frauenfelder, Müller-Staub, Needham, & Achterberg, 2013). For eksempel fant Chung, Chiang, Chou, Chu, & Chang (2010) lav mellombedømmer-reliabilitet i en studie der sykepleierne skulle vurdere fritekst-rapporter, som f.eks. beskrev pasientens symptomer på schizofreni, i forhold til standardiserte sykepleiediagnose-kategorier. De konkluderte med følgende, på side 3028:

Our results clearly indicate that using standardised terms to describe patient symptoms and making detailed descriptions of the nursing process can improve the consistency of nursing records.

Frauenfelder et al. (2016; 2013) konkluderte med at standardiserte termer for sykepleiediagnoser og sykepleieintervensjoner i stor grad kunne beskrive pasientens problemer og sykepleien i psykiatriske avdelinger. Forskerne konkluderte med dette etter å ha undersøkt om det som var skrevet i fritekstrapporter, kunne dekkes med eksisterende standardiserte termer. En svakhet med disse studiene er at de ikke tok stilling til om fritekstrapportene i realiteten beskrev vesentlige elementer ved sykepleien som hadde blitt utført ved de psykiatriske avdelingene, f.eks. om fritekstrapportene hadde dokumentert de sykepleier-pasient interaksjonene som hadde funnet sted. Et optimalt design ville være å gjøre observasjonsstudier av personal og pasienter ved psykiatriske avdelinger og sammenligne observasjonene med rapportene. På bakgrunn av dette kunne en konkludere med hvorvidt fritekstrapporter, eller dokumentasjon via standardiserte termer, faktisk beskriver miljøterapien ved psykiatriske avdelinger.

Oppsummering

I kapittel 1.4.1 ble uklarheter om hva miljøterapi er, og dermed hva som er essensielt å dokumentere fra miljøterapi, beskrevet. På tross av uklarheter om hvilke perspektiver miljøterapi skal baseres på, er inntrykket likevel at en terapeutisk relasjon, mellom den profesjonelle og pasienten, betraktes som essensielt i psykiatriske behandlingssammenhenger. Derimot er det flere kvalitative studier som har påpekt manglende beskrivelser av pasienters perspektiv, opplevelser og personal-pasient samspill i sykepleiedokumentasjonen. Et systematisk review påpekte at sykepleiedokumentasjonen i en rekke ulike sammenhenger, var dominert av et biomedisinsk syn, men kvantitative studier har generelt sett hatt lite fokus på relasjonelle aspekter i sykepleie. Fra psykiatriske sammenhenger fant jeg ingen kvantitative undersøkelser om dokumentering av terapeutiske samspill mellom personal og pasient. Disse forholdene utgjorde en overordnet begrunnelse for å gjøre denne phd-studien, og i kapittel 2 vil begrunnelse for valg av metode utdypes.

2. Metode

Dette er en «mixed methods» (MM) studie der formålet var todelt:

- å undersøke miljøpersonalets opplevelser av, og rasjonale for, å skrive rapporter.
- å kartlegge omfang og kvalitet av beskrevne personal-pasient samspill i randomiserte utdrag fra miljøterapi rapporter.

Forskningsspørsmål:

1. Hvilke rasjonaler (faglige, juridiske, tradisjonsavhengige) legger helsepersonell til grunn for miljøterapeutisk dokumentasjon?
2. Hvilke erfaringer, tanker og følelser har miljøpersonalet om å dokumentere egne tilnærminger de bruker i møte med pasienten?
3. Hvilke erfaringer, tanker og følelser har miljøpersonalet om å involvere pasienten i rapportskrivningen?
4. Hvor ofte beskrives pasientens opplevelse, og hvilke kategorier av opplevelse dokumenteres?
5. Hvor ofte, og hvilke, samspill mellom pasient og personal er dokumentert i miljøterapi- rapportene?
6. Hvordan kan resultatene tilknyttet forskningsspørsmål 4 og 5, forstås i lys av funn som besvarer spørsmål 1-3? Hvilke implikasjoner gir sammenstillingen av resultatene og hvilke nye spørsmål reises på bakgrunn av en slik sammenstilling?

Forskningsspørsmålene 1-5 ble formulert i tilknytning til ulike delstudier som inngikk i denne MM studien, noe som blir utdypet i neste kapittel. Forskningsspørsmål 6 utgjør kjernen i avhandlingens diskusjonsdel, og blir besvart i kapittel 4.

2.1. Begrunnelse for valg av «mixed methods»

Dette forskningsprosjektet bruker et MM design, med en integrasjon av kvalitative og kvantitative metoder. I det følgende begrunnes først kort hvorfor både kvalitative og kvantitative delstudier inngikk i forskningsprosjektets hele, og hvorfor disse studiene ikke bare ble holdt separate, men utgjorde et «mixed» design. Det beskrives videre hvordan MM er brukt i dette forskningsarbeidet, og deretter følger mer utdypende metodebeskrivelser for hver av de tre delstudiene.

Kvalitative metoder anbefales blant annet når det foreligger lite forskning på det aktuelle området. Som beskrevet i kapittel 1.5.2, var studien fra Martin & Street (2003) den eneste kvalitative studien som hadde som hovedmål å utforske relasjonelle aspekt i sykepleiedokumentasjonen fra psykiatriske avdelingskontekster. En fokusgruppe intervju-studie ble derfor valgt som metode for å utforske nærmere hvordan miljøpersonalet, som er rapportskriverne, opplever rapporten, og hvilken plass personal-pasient samspillet har i det som nedtegnes. I denne prosessen ble det klart at konteksten for rapporten har stor betydning. Malen for dokumentasjon i EPJ påvirker rapporten, og også hvem rapporten er tenkt skrevet for, innvirker på hva som blir rapportert. Andre kontekstforhold er ulike rådende fagperspektiver i miljøterapi, og også tradisjoner som ikke nødvendigvis er faglig begrunnet. Å bruke kvalitative metoder for å utforske kontekst, er i tråd med anbefalinger for hvilke undersøkelsesområder og spørsmål som er egnet for kvalitative design (Creswell & Poth, 2017; Patton, 2015).

Som litteraturgjennomgangen i kapittel 1.5.2 viser, fant jeg ingen kvantitative studier som omhandlet beskrivelser av pasientopplevelser eller personal-pasient samspill i miljøterapirapportene ved psykiatriske avdelinger. Dette gjorde at jeg ikke hadde mulighet til å formulere velbegrunnede hypoteser på bakgrunn av tidligere studier. En kvantitativ studie med hovedvekt på deskriptive statistiske analyser, samvariasjon og forskjeller mellom ulike variabler som f.eks. ulike avdelingstyper og utdanningsnivå på rapportskriverne, ble derfor et naturlig startpunkt for å kunne si noe om kvalitet og omfang av dokumenterte samspill.

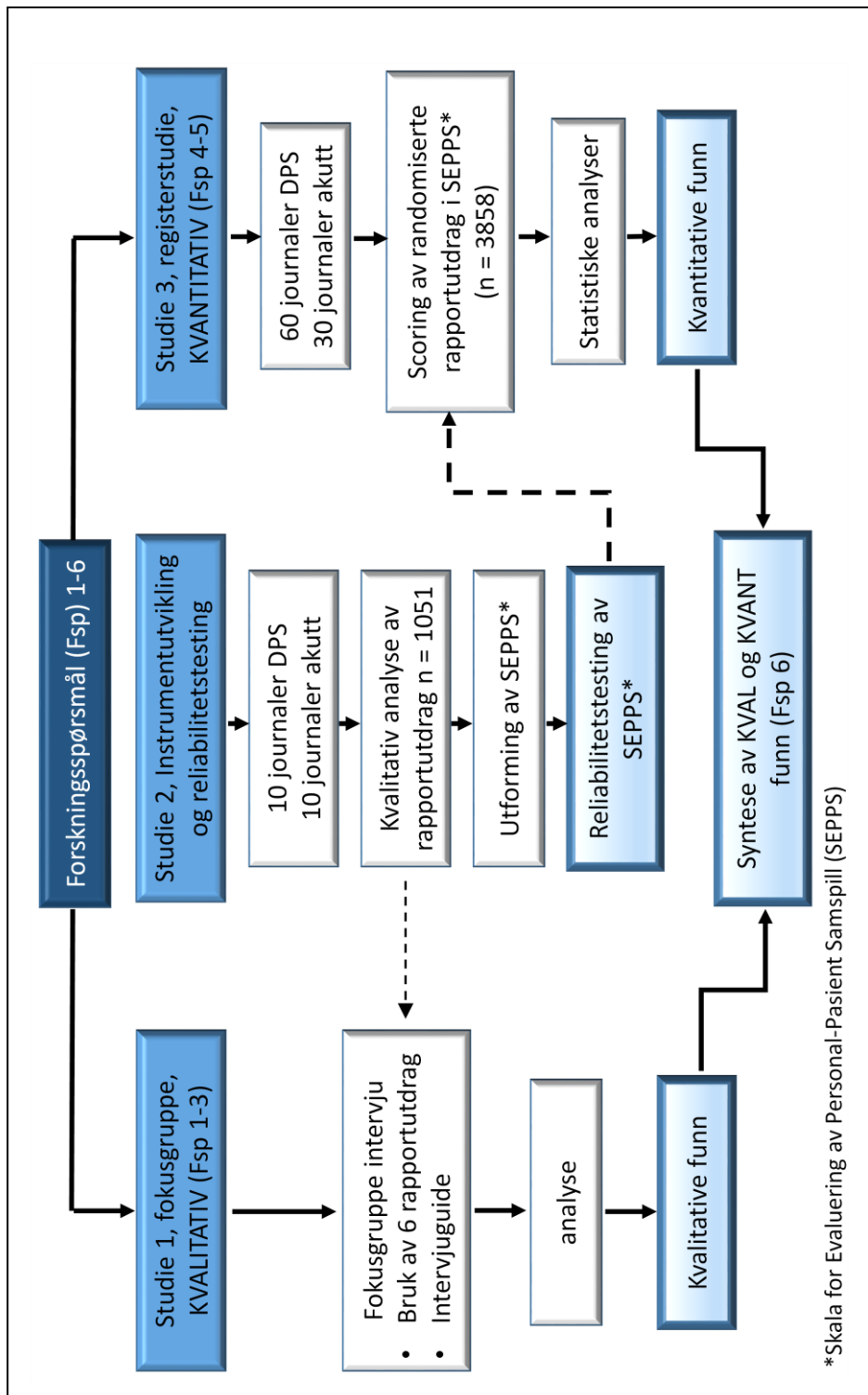
MM anbefales når en mener en kan besvare flere tilgrensende forskningsspørsmål, sammenlignet med om en bare gjorde separate kvalitative og kvantitative studier (Mengshoel, 2012; NIH Office of Behavioral and Social Sciences, 2018). Denne type design var derfor relevant for denne studien, da funnene fra den kvalitative fokusgruppe-studien ble brukt til å belyse og forklare resultatene fra den kvantitative journalstudien. Dette omtales ofte som parallelt «mixed» design, og ble definert av Teddlie & Tashakkori (2009, p. 341) som:

A family of MM designs in which mixing occurs in an independent manner either simultaneously or with some time lapse. The QUAL and QUAN strands are planned and implemented in order to answer related aspects of the same questions.

Det har vært en omfattende økning av MM studier de siste 15 årene innenfor psykologi og helse- og sosialfaglig sektor. Bruken av MM er også blitt vanlig i forskningsprosjekt innenfor fagfeltene som omfatter psykisk helse og «tradisjonell» psykiatri, men mange av studiene har hatt ufullstendige beskrivelser av design og det har vært tvil om hvorvidt de kvalitative og kvantitative metodene er integrerte, noe som er selve hovedpoenget for en MM studie (O’Cathain, Murphy, & Nicholl, 2010; Palinkas, Horwitz, Chamberlain, Hurlburt, & Landsverk, 2011). Det finnes en rekke ulike måter å integrere metodene på, og integrasjonen kan skje på ulike trinn i forskningsprosessen (Griensven, Moore, & Hall, 2014; Morse, 2010; Östlund, Kidd, Wengström, & Rowa-Dewar, 2011). Beskrivelsen under er fokusert på hvordan integreringen foregikk i denne studien som besto av tre delstudier:

1. Fokusgruppeintervju med miljøterapeuter om deres erfaringer med og forståelse av rapportskrivning.
2. Retrospektiv kvalitativ studie av skriftlige miljøterapi rapporter for instrumentutvikling med påfølgende reliabilitetstesting av det utviklede instrumentet SEPPS.
3. Retrospektiv kvantitativ registerstudie av et randomisert utvalg skriftlige miljøterapi rapporter.

Det er sammenhengen mellom fokusgruppestudien (studie 1) og den kvantitative registerstudien av miljøterapi rapporter (studie 3), som gjør at denne studien kan betegnes som en MM studie, se Figur 1.



Figur 1 Illustrasjon over hvordan tre studier utgjorde en MM studie

Figur 1 er inspirert av Morse (2010) som har anbefalt å lage et «kart» over hvordan kvalitative og kvantitative metoder er brukt i den aktuelle studien, som hjelp til å holde de ulike studiene separate inntil de skal integreres. Morse legger opp til én kjernestudie og én/flere supplementære studier i MM (kjernestudien kan være kvalitativ eller kvantitativ).

De supplerende studiene er ikke selvstendige studier der egne funn kan presenteres alene. I det aktuelle prosjektet som Figur 1 illustrerer, var imidlertid delstudiene selvstendige med egne presenterte funn i de tre artiklene. For å tydeliggjøre hvordan kvantitative og kvalitative metoder har innvirket i studien, anbefales det å formulere separate forskningsspørsmål for kvantitativ og kvalitativ del (Chiang-Hansiko, Newman, Dyess, Piyakong, & Liehr, 2016; Teddlie & Tashakkori, 2009). Forskningsspørsmål (Fsp) 1-3 ble formulert for fokusgruppestudien, mens Fsp 4-5 tilhører den kvantitative registerstudien. Dataene fra disse to studiene ble analysert hver for seg. Deretter ble funnene fra fokusgruppestudien brukt for å belyse funnene fra den senere kvantitative registerstudien. Denne syntesen av slutningene fra de to studiene ble gjort i den hensikt å besvare Fsp 6, og dette presenteres i kapittel 4. Kvalitative og kvantitative metoder er dermed brukt parallelt i denne studien for å besvare de beslektede forskningsspørsmålene, noe som er det mest brukte designet innenfor MM i helseforskning generelt og forskning på psykisk helse spesielt (Palinkas et al., 2011; Östlund et al., 2011). Selv om det er syntesen av funn fra studie 1 og 3, som er det sterkeste argumentet for at dette forskningsprosjektet faller inn under kategorien MM, er det en indre sammenheng mellom alle tre delstudiene, se Figur 1. De kvalitative analysene av de skriftlige miljøterapi rapportene i studie 2, skapte mange ideer til spørsmål som kunne stilles i fokusgruppeintervjuene (studie 1). Rapportanalysene i studie 2 påvirket dermed utforming av intervjuguiden og hvordan svar ble fulgt opp av nye spørsmål i intervjuene. I tillegg ble 6 rapportutdrag fra studie 2 brukt underveis i fokusgruppeintervjuene. Deltakerne ble invitert til å komme med sine refleksjoner og erfaringer i tilknytning til disse rapportutdragene. Studie 2 påvirket datainnsamling og dermed data en satt igjen med fra fokusgruppestudien (studie 1). I den kvantitative registerstudien (studie 3) var instrumentet SEPPS som ble utviklet og reliabilitetstestet i studie 2, selve forutsetningen for datainnsamling og analyse. Slik sett har denne MM studien også innslag av sekvensielt design.

2.2. Kort om klinisk kontekst for de tre delstudiene

De tre delstudiene er utført ved en åpen døgnenhet ved et distriktpsikiatrisk senter, DPS, med 14 sengeplasser og ved en lukket subakutt psykiatrisk døgnenhet med 12 plasser, inkludert et eget skjermingsavsnitt. Den sistnevnte avdelingen benevnes videre som akutt. Miljøpersonalet på disse avdelingene besto av profesjonelle med ulike utdanningsbakgrunner, som alle skrev rapporter for den eller de pasientene de fulgte opp

for hver vakt. Miljøpersonalet besto av sykepleiere med og uten videreutdanning, ansatte med andre helse- og sosialfaglige bachelor-utdanninger (f.eks. vernepleie), hjelpepleiere og ufaglærte. I studie 2 og 3 ble miljøterapi rapporter hentet ut fra pasientjournaler fra disse to sengepostene. Bakgrunnen for valget av disse to avdelingene, var et ønske om å få et bredt datagrunnlag med miljøterapi rapporter, som dekket beskrivelser av samspill med pasienter som var fullt ut realitetsorienterte, og pasienter med f.eks. akutte psykoselidelser som kunne ha sviktende realitetsorientering. I fokusgruppe studien ble grupper av miljøpersonal fra de to avdelingene intervjuet.

2.3. Studie 1, fokusgruppe studie (Artikkel 1)

Fokusgruppe studien var designet med tanke på å svare på forskningsspørsmålene 1-3:

1. Hvilke rasjoner (faglige, juridiske, tradisjonsavhengige) legger helsepersonell til grunn for miljøterapeutisk dokumentasjon?
2. Hvilke erfaringer, tanker og følelser har miljøpersonalet om å dokumentere egne tilnærminger de bruker i møte med pasienten?
3. Hvilke erfaringer, tanker og følelser har miljøpersonalet om å involvere pasienten i rapportskrivningen?

2.3.1. Utvalg

Det var to fokusgrupper, en bestående av 5 miljøpersonale fra DPS, og den andre besto av 8 ansatte fra akutt. Fokusgruppene representerte hele bredden i utdanningsnivå i personalgruppen, fra de som hadde bachelor i helse- og sosialfag med videreutdanning, til ufaglærte, men majoriteten besto av sykepleiere. Aldersspredningen var fra 24 – 65 år, og deltakernes erfaring innenfor psykisk helsearbeid, varierte fra 1-20 år. Ingen hadde vært ansatt mindre enn ett år på nåværende avdeling, og alle var dermed godt kjent med både å skrive og lese rapporter i EPJ på den aktuelle avdelingen de var ansatt.

Fokusgruppe studien var godkjent i NSD (se Vedlegg 1. NSD fokusgruppe studie).

2.3.2. Datainnsamling

Artikkel 1 beskriver hvordan de to fokusgruppeintervjuene ble organisert, der ca. 45 minutter ble brukt til å stille deltakerne åpne spørsmål ut fra intervjuguiden (se Vedlegg 2. Intervjuguide til fokusgruppe). Deretter ble samtalen ledet ut fra utdelte rapportutdrag (se Vedlegg 3. Rapportutdrag brukt i fokusgruppeintervju). I det følgende beskrives prosessen

med samtalen knyttet til rapportutdragene mer inngående. Først fikk deltakerne utdelt en kopi med 3 anonymiserte rapportutdrag, hentet fra miljøterapi rapportene som ble analysert i studie 2. Ingen av disse utdragene beskrev tilnærming til pasienten. Deltakerne fikk selv velge hvilke(t) utdrag de ville kommentere, og utdraget som engasjerte mest i begge gruppene, var følgende utdrag:

Sier han ikke har noen god dag. Hører devaluerende stemmer og sier det er kaos. Sa han hadde blitt redd etter å ha sett noen med en kniv i hånden. Ligger nå i sengen og sier han er redd. Spurte om u.t kunne holde ham i hånda fordi han var redd. Sa han var redd noe skulle skje i nær familie.

I tilknytning til dette utdraget kom det fram ulike synspunkter på hvorfor akkurat disse tingene var skrevet om pasienten. Videre hadde deltakerne ulike meninger om pasienten faktisk fikk eller burde ha fått en hånd å holde i, og i tilfelle hvordan, og om dette skulle dokumenteres. Utdraget genererte mange egneopplevde historier fra personalet, og en bred diskusjon i begge gruppene. Deretter fikk deltakerne utdelt 3 andre utdrag der både pasientopplevelse og personalets tilnærming var beskrevet. En av disse var:

Han ser glad og lettet ut og sier at han ikke har kjent så mye glede som nå på mange år. Jeg tilbyr en samtale på rommet og spør om han vil fortelle mer om dette. Han forteller mer om sorgen han har opplevd etter dødsfallet, men og om gleden han kjenner nå. Jeg ber han beskrive denne gleden. Under samtalen kommer det fram både smil og tårer. Jeg spør om hvordan han ser for seg at det skal bli etter utskrivelsen, og hva han kjenner på når han snakker om det.

Disse utdragene genererte flere synspunkter på rapportering av egne tilnærminger enn de åpne spørsmålene i del 1 av intervjuene hadde gitt, og det ble fortalt flere nyanserike historier knyttet til det å rapportere versus ikke rapportere egne tilnærminger. Under intervjuet ble det lagt vekt på å ha en åpen, oppmuntrende og aksepterende holdning til det deltakeren kom med, slik at deltakerne lettere kunne tørre å dele egne meninger og erfaringer. I følge Patton (2015) er en av utfordringene med fokusgruppeintervju, at de som har holdninger og erfaringer som de opplever er motstridende til majoritetens synspunkt i gruppa, lett kan la være å uttrykke sine meninger. Dette kan forsterkes når den som leder intervjuet, er uerfaren med å følge opp å validere deltakernes innspill. Vi har ingen garanti for at dette ikke kan ha skjedd også i disse fokusgruppene, men

datamaterialet inneholder synspunkter og erfaringer med stor variasjonsbredde, og inntrykket vårt var at det var en trygg atmosfære i gruppene. Moderator hadde ingen erfaring med fokusgruppeintervju fra før, men hadde god nytte av tidligere erfaring med bruk av sirkulerende og refleksive spørsmål fra egen klinisk praksis og undervisning. Dette er en intervjumetodikk som nettopp er innrettet mot å få fram og anerkjenne alles synspunkter i gruppa (Tomm, 1988). Ko-moderator var en erfaren fokusgruppeintervjuer, og selv om hun lot moderator lede intervjuet, kom hun med spørsmål og kommentarer som bidro til å få fram alles synspunkter.

2.3.3 Analyser

De to fokusgruppeintervjuene ble transkribert av førsteforfatter/meg som hadde ledet dem (moderator). Kirsti Malteruds analysemetode, Systematisk tekstkondensering (STK) ble brukt i den videre analyseprosessen (Malterud, 2011, 2012b). Dette er beskrevet som en pragmatisk metode for tverrgående tematisk analyse av f.eks. intervjutekster.

Malterud (2011, 2012b) har beskrevet STK konkret og utførlig, og det er en grundig og systematisk framgangsmåte. En grunn til å velge den er nettopp dette, fordi jeg hadde begrenset erfaring med analyse av kvalitativt intervjumateriale fra før. En tverrgående tematisk analyse ble dessuten sett på som mest relevant i forhold til forskningsspørsmålene som ble stilt og intervjumaterialet som lå til grunn. Jeg var ute etter tema knyttet til hva deltakerne brakte fram i gruppesamtalene og på tvers av gruppene, og som kunne belyse problemstillingene. Tverrgående analyse egner seg også godt når intervjumaterialet er rikt nok til å belyse problemstillingene, men ikke så omfattende at en grundig, tverrgående analyse blir vanskelig. Vårt materiale oppfylte disse forutsetningene. Det at jeg har et MM design der hovedstudien er kvantitativ har også gjort at valget av en godt beskrevet framgangsmåte for analysen i denne delstudien også var pragmatisk. Hadde hele phd-arbeidet vært basert i kvalitative forskningsmetoder og forskningstradisjoner kunne jeg gått flere runder og blitt enda mer kjent med flere kvalitative analysetilganger.

Vi fulgte Malteruds metode-beskrivelse så konsekvent som mulig gjennom alle de fire trinnene den består av. I det følgende beskrives hvordan intervjumaterialet fra fokusgruppene, som besto av 62 sider med transkribert tekst, ble analysert ved hjelp av STK.

Trinn 1: Moderator og ko-moderator gikk igjennom det transkriberte tekstmaterialet hver for seg, og lette etter sentrale tema i tekstmaterialet. Deretter diskuterte moderator og ko-moderator hvilke temaer som var mest «gyldige» og best egnet til å bruke videre i analyse-prosessen med tanke på å belyse problemstillingene. Tema-formuleringer representerer første steg i dekontekstualisering av intervjumaterialet som et hele (Malterud, 2011). I denne prosessen ble vi enige om fire temaer:

- Miljøterapirapportens innhold og utfordringer med å rapportere
- Rapportens mange funksjoner
- Miljøpersonalets forståelse av egen rolle: viktig, men uklar og til dels usynlig
- Pasientens begrensede muligheter for medvirkning i rapportutforming.

Trinn 2: Tekstmaterialet ble så gått igjennom setning for setning og inndelt i meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene sa noe om temaene vi hadde funnet i trinn 1. Her skjedde det altså samtidig en utsortering av tekst som vi mente ikke var relevant for problemstillingene og de temaene vi hadde analysert fram i trinn 1. De meningsbærende enhetene ble deretter sortert inn under temaene, som på dette trinnet fungerte som kodegrupper. I denne prosessen ble noen av de opprinnelige temaene fra Trinn 1 justert i forhold til at de skulle være dekkende for de meningsbærende enhetene. Det opprinnelige temaet *Pasientens begrensede muligheter for medvirkning i rapportutforming* (fra Trinn 1) ble beholdt som kode, og eksempler på meningsbærende enheter som ble sortert under denne koden er vist i Tabell 2.

Tabell 2

Tema/ Kode	Pasientens begrensede muligheter for medvirkning i rapportutforming
Meningsbærende enheter	<i>Dokumentasjonen. Det er verktøyet vårt for å dokumentere det da. Så da må de be om journalinnsyn for å se.</i>
	<i>De får ikke lese, men jeg kan godt fortelle til en pasient hva jeg har skrevet.</i>
	<i>Når vi har alvorlige syke personer som ikke ser sannheten om seg selv, så må vi jo kunne skrive det som vi ser ut i det normale rommet. Så hvis vi skulle skrive sammen med dem, så kan jeg ikke se at...</i>

Trinn 3: I dette trinnet ble de meningsbærende enhetene under hver kode (tema) sortert og inndelt i underkategorier. For eksempel ble de to første meningsbærende enhetene som er beskrevet i Tabell 2 sortert (sammen med flere andre meningsbærende enheter) til underkategorien: *Systemet hindrer pasienten direkte innsyn i miljøterapi rapportene*. Den tredje meningsbærende enheten (se Tabell 2) ble sortert til underkategori: *Rapporten vil bli mangelfull dersom pasienten skal involveres i skrivinga*. Etter at de meningsbærende enhetene var sortert i underkategorier ble det laget et kondensat, det vil si et kunstig sitat som sammenfatter hovedinnholdet i de meningsbærende enhetene i underkategorien. Et eksempel på utdrag av et slikt kondensat fra under-kategorien *Rapporten vil bli mangelfull dersom pasienten skal involveres i skrivinga* var:

Vi har ingen erfaring med å skrive rapport sammen med pasienten. Det kunne ført til at viktige ting ble utelatt. Når vi har alvorlig syke pasienter som ikke ser sannheten om seg selv må vi jo kunne skrive det vi ser som normalt, så jeg tror vi ville ha slått av en del på rapporten og blitt for "snille."

Selv om ikke dette er et direkte sitat fra deltakerne i fokusgruppen, men en sammenfatning laget av forskerne, anbefaler Malterud (2011) å skrive kondensatet i jeg-form, og så nært opp til deltakernes selvforståelse, slik det ble formidlet i intervju samtalen, som mulig. Siden dette var en fokusgruppe-studie valgte vi å skrive kondensatene i vi-form.

Trinn 4: Med basis i kondensatene laget vi en analytisk tekst. Denne teksten ble skrevet i 3. persons form, noe som understreker at det nå ikke handlet bare om hva deltakerne sa, men også hvordan vi som forskere tolket dette blant annet på bakgrunn av det valgte teorigrunnet (relasjonsbasert perspektiv på psykisk helsearbeid). De opprinnelige kodene ble nå revidert med tanke på å finne dekkende «overskrifter» til det essensielle meningsinnholdet i den analytiske teksten. Disse «overskriftene» utgjorde til slutt resultat kategorier med hver sine underkategorier. I denne delen av analysen var også andre-forfatter av artikkelen aktivt med. Dermed var vi tre personer som diskuterte og bidro til konstruksjonene av den analytiske teksten og resultat kategoriene. Tre resultat kategorier ble formulert. Under prosessen med å skrive artikkelen ble det imidlertid klart at det var for mye overlapp mellom de tre kategoriene og derfor ble disse omformulert til to dekkende resultat kategorier for den analytiske teksten:

- Den profesjonelles posisjon som ekspert og distansert observatør i miljøterapi rapportene
- Beskrivelser av samspillet mellom profesjonell og pasient i miljøterapi rapportene er marginalisert

Malterud (2011) understøtter at en må validere den analytiske teksten og resultat kategoriene opp mot de transkriberte intervjuene. Dette ble gjort flere ganger underveis i analyseprosessen, og før artikkelen ble innsendt til tidsskriftet.

2.4. Studie 2, utvikling og reliabilitetstesting av SEPPS (Artikkel 2)

SEPPS er den norske originalversjonen til The Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in progress notes (SESPI) som det henvises til i artikkel 2. Hensikten med studie 2 var å utvikle et redskap for å registrere og kategorisere samspill, slik samspill er beskrevet i miljøterapi rapporter. Deretter måtte redskapet bli reliabilitetstestet. Redskapet var nødvendig for den senere kvantitative registerstudien og at jeg gjennom litteratursøk ikke klarte å oppdrive allerede utviklede instrumenter som kunne brukes til formålet. Studie 2 ble dermed ikke designet for å besvare forskningsspørsmålene, men var en forutsetning for at den senere kvantitative registerstudien kunne gjennomføres.

2.4.1. Utvalg

Rapportutdragene som ble analysert kvalitativt for å utvikle instrumentet SEPPS, ble hentet fra 20 pasientjournaler fra henholdsvis akutt ($n = 10$ journaler, 697 rapportutdrag) og DPS ($n = 10$ journaler, 354 rapportutdrag).

2.4.2. Prosedyre for datainnsamling

For å sikre at rapportene ikke kunne være påvirket av at personalet var informert om studiens hensikt, ble et retrospektivt design valgt. Personalet ble informert 1. november 2015. REK godkjente studie 2 under forutsetning av innhenting av pasientsamtykke, noe som medførte at en ikke kunne velge tilfeldige journaler fra de to sengepostene (Vedlegg 4. Godkjenning REK studie 2). Behandlingsansvarlig vurderte mange av pasientene, som var innlagte ved akutt, til ikke å være samtykkekompetente. Disse ble derfor ikke spurt. I tillegg svarte 17 nei til at anonymiserte opplysninger fra deres journal kunne brukes i prosjektet. Kriterier for å bli spurt om samtykke til at anonymiserte miljøterapi rapporter fra pasientjournalen skulle brukes i studien, var at pasienten hadde vært innlagt på en av de valgte sengepostene i minimum 14 dager de siste to årene (før 1. nov 2015), og at han/hun var samtykkekompetent. 14 dager ble satt som et minimums krav for lengde på opphold for å sikre at pasientjournalene inneholdt en stor nok mengde miljøterapi rapporter. Innhenting av samtykke startet 2. november 2015, og det siste samtykket kom inn 30. april 2016. Samtykke ble innhentet på en av følgende måter:

- Leder ved sengeposten spurte pasienter som var innlagt, og som hadde minimum en tidligere innleggelse ved samme sengepost de siste to årene, om samtykke. Ved samtykke brukte en rapporter fra forrige opphold.
- Leder eller tidligere kontaktperson tok telefonkontakt med tidligere innlagte pasienter som avdelingen fortsatt hadde kontakt med.
- Pasienter som tidligere hadde vært innlagte på de aktuelle sengepostene, og som var under oppfølging av ambulante team, ble spurt om samtykke fra ansatte i teamet.

Informasjon om studien ble gitt både skriftlig og muntlig. På grunn av vansker med innhenting av samtykker, valgte en å bruke rapporter fra tre pasienter som gav sitt samtykke, men som ikke hadde hatt tidligere opphold. Prinsippet om at rapportene skulle være skrevet før personalet fikk informasjon om studien, ble derfor fraveket for disse tre

journalene. En forskningsassistent fra hver avdeling anonymiserte rapportene etter en fastlagt prosedyre før kopier ble frigitt til forskningsprosjektet. For pasienter som samtykket, ble alle rapportene fra ett opphold fra innleggelse til utskrivelse analysert, men med en øvre avgrensning på 4 uker. Det vil si at perioden miljøterapi rapportene dekket varierte fra to til fire uker av ett opphold.

2.4.3. Analyse av datamateriale og instrument-utvikling

I det følgende beskrives hvordan rapportene ble analysert og prosessen med å utvikle SEPPS. Da hensikten med studien var å utvikle et instrument for å kartlegge samspill, ønsket vi å utelukke rapportutdrag som beskrev episoder der personal og pasient ikke hadde hatt mulighet for samspill. Etter å ha mottatt utskrifter av de anonymiserte rapportene, ble disse derfor klargjort for analyse på følgende måte:

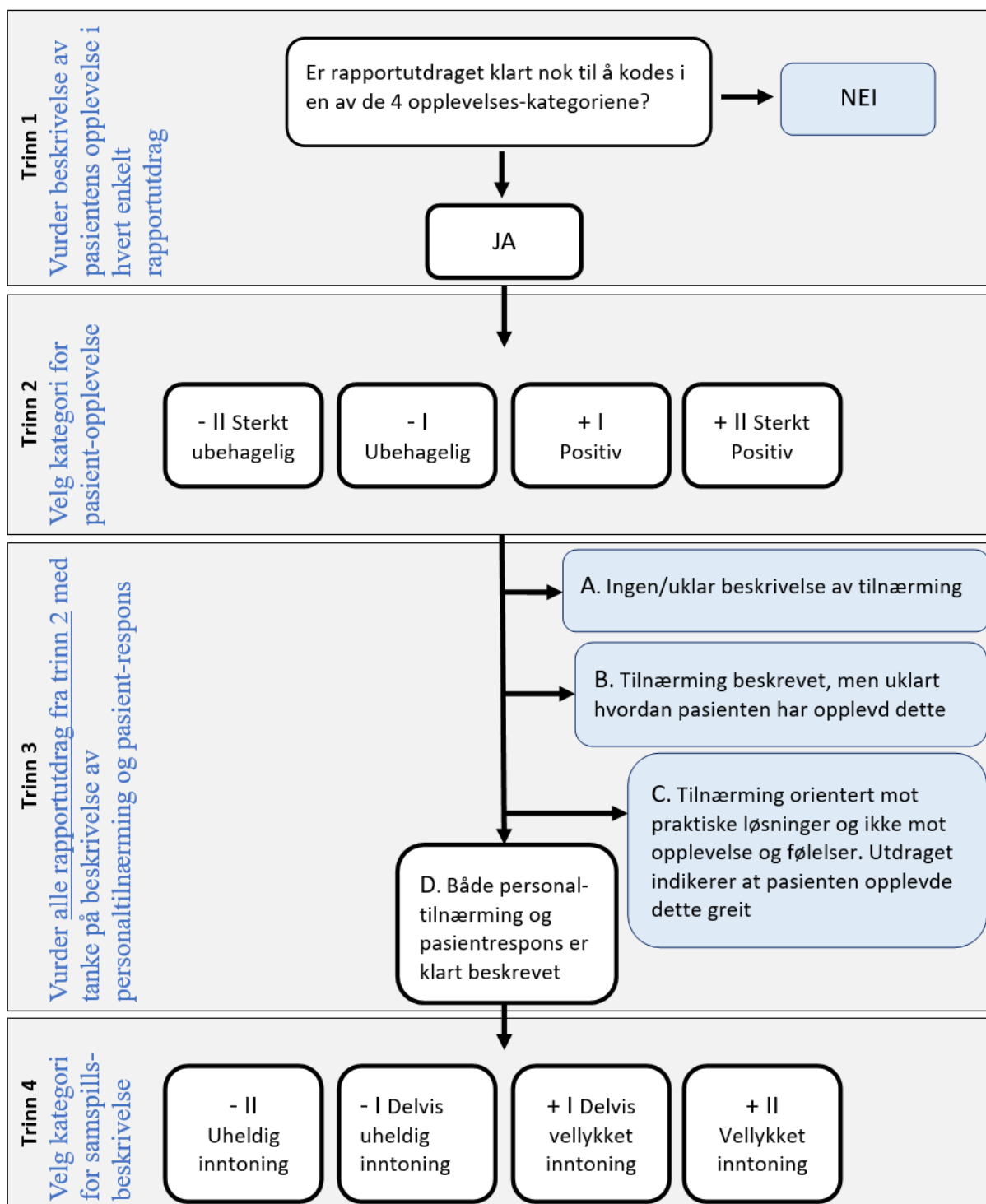
- Alle opplysninger i rapportene om samhandling med samarbeidspartnere eller andre, uten at pasienten hadde vært til stede ble fjernet (f.eks. et referat fra en telefonsamtale med pårørende eller en profesjonell i pasientens hjemkommune).
- Referat fra samtaler mellom pasient og andre enn miljøpersonale, ble fjernet. Dette kunne f.eks. gjelde samtaler pasienten hadde hatt med legen der personalet hadde hatt en observatørrolle.

Det gjenstående materialet besto etter dette av tekstmateriale der personal og pasient hadde hatt mulighet for samhandling. Første fokus for analysen, var tekst som fortalte noe om pasientens opplevelse i de beskrevne situasjonene. Dette kunne i rapporten være beskrevet på følgende måter:

- Referering til hva pasienten hadde sagt, f.eks. «hun sa hun følte seg veldig trist».
- Detaljert beskrivelse av kroppsspråk eller handling som uttrykte følelser, f.eks. «da han fikk vaskeklut med oppfordring til å vaske seg, slengte han vaskekluten hardt i veggen».
- Beskrivelser av personalets vurderinger av pasientens opplevelse f.eks. «hun virket glad og fornøyd med å delta på turen».

Disse rapportutdragene ble samlet, og igjennom kvalitative innholdsanalyser fant en kategorier som beskrev de ulike opplevelsene. Tilsvarende ble gjort med tekst som beskrev samspill, det vil si tekst som beskrev personalets gjensvar til den opprinnelige

beskrevne pasientopplevelsen, og hvordan pasienten hadde reagert på denne tilnærmingen fra personalet. I utgangspunktet hadde vi fem kategorier for pasientopplevelse (fra Sterkt ubehagelig til Sterkt positiv med en Nøytral opplevelseskategori som 0-punkt) og fem samspillskategorier. De fem samspillskategoriene var Uheldig, Delvis uheldig, Nøytral, Delvis vellykket og Vellykket inntoning. Det ble foretatt en rekke prøvescoringer fra rapportmateriale ($n = 1051$), og kategoriene i scoringsinstrumentet ble justert inntil alle rapportutdragene kunne scores på en konsistent måte. Denne prosessen førte til at de to nøytrale kategoriene ble fjernet, slik at det ble en 4-punkts skala for opplevelse, fra - II til + II, og tilsvarende for samspillsbeskrivelse. På bakgrunn av dette ble SEPPS, utviklet (se Vedlegg 5. SEPPS). SEPPS består av 4 trinn, se Figur 2. Figur 2 illustrerer hvordan rapportutdrag scores og sorteres ut i de ulike trinnene i SEPPS. I 2.5 er dette beskrevet nærmere, og der er det gitt eksempler på hvordan rapportutdrag scores i SEPPS. For ytterligere beskrivelse av SEPPS, se artikkel 2.



Figur 2. Flytskjema for scoringer av rapportutdrag i SEPPS

2.4.4. Reliabilitetstesting og statistiske analyser

SEPPS er et instrument for å kode «observasjoner» for hva som er skrevet om pasientens opplevelse og personal-pasient interaksjoner i miljøterapi rapportene. Hvorvidt «observasjonene» av miljøterapi rapportene er reliable og valide, avhenger av om instrumentet er reliabelt, og om de/den som anvender instrumentet, bruker det på en

konsistent måte (dette avhenger blant annet av om de har fått tilstrekkelig opplæring) (Hops, Davis, & Longoria, 1995; Robson, 2011). 22 bedømmere deltok i reliabilitetstesting. 16 var i sitt første semester som studenter ved Videreutdanningen i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Molde. De 6 andre var tidligere studenter ved den samme utdanningen. Inklusjonskriteriet for å delta var at de hadde erfaring med å skrive rapporter i en psykisk helsearbeids kontekst. År med erfaring som rapportskriver varierte fra 1 til 20 år (Gjennomsnitt = 5.95, SD = 4.85), og aldersspredningen var fra 25 til 71 år. Det var 17 sykepleiere mens 5 hadde andre helse- og sosialfaglige bachelor-utdanninger. De 22 bedømmerne fikk en kort opplæring (45 minutter inklusive øvelser med fasit) i bruken av SEPPS. Deretter fikk alle utdelt 10 rapportutdrag hver som de scoret i SEPPS, uten å samarbeide med hverandre. Flere detaljer om hvordan opplæringen foregikk er beskrevet i artikkel 2. De 10 rapportutdragene som ble scoret, var hentet fra datamaterialet i studie 2 ($n = 1051$). Utdragene var plukket ut med henblikk på å få testet alle trinnene i SEPPS. Noen rapportutdrag beskrev ikke samspill, og skulle derfor utsorteres i trinn 1 (se Figur 2). Andre skulle scores i både trinn 1, 2, og 3, men ikke 4. Flere rapporter skulle scores i alle de 4 trinnene. På denne måten fikk vi sjekket samsvar mellom bedømmerne både i forhold til utsortering på de ulike trinnene, men også om scorene samsvarte innenfor det enkelte trinn. Med andre ord sjekket vi hvorvidt de 22 bedømmernes «observasjoner» var sammenfallende når de kodet samme rapportutdrag (totalt 10 ulike rapportutdrag). Prosentvis enighet mellom bedømmerne ble beregnet. Det er imidlertid knyttet en del usikkerhet til å måle reliabilitet på denne måten, da en ikke får oversikt over hvor stor prosentandelen er av enighet som utgjør tilfeldige scoringer (f.eks. at bedømmerne har sammenfallende scorere, ikke fordi de har observert det samme, men fordi de har tippet riktig score). Intraklasse korrelasjons-koeffisient (ICC) er en anerkjent måte å måle et instruments mellombedømmer-reliabilitet på (Koo & Li, 2016). ICC måler score-samsvar mellom observatørene og korrigerer for tilfeldige scoringer. Grad av mellombedømmer-samsvar i scorene, betyr i denne sammenhengen hvorvidt bedømmere som har fått lik opplæring i bruk av et instrument og observerer samme situasjon (i vår studie: samme rapportutdrag), har sammenfallende scorere (Hops et al., 1995). ICC ble brukt for å beregne mellombedømmer-reliabilitet for de 10 rapportutdragene over alle de 4 trinnene, og for hvert enkelt trinn. Cronbach's alfa er et mål for om instrumentet har evnen til å måle/diskriminere ulikheter (Field, 2009). Relatert til SEPPS kan dette f.eks.

handle om at instrumentet evner å skille negative pasientopplevelser fra positive, slik at ikke alle beskrevne rapportutdrag får samme score til tross for at de er forskjellige. Cronbach's alfa ble brukt for å beregne indre konsistens for SEPPS (i sin helhet), og for å beregne indre konsistens for hvert av trinnene 2, 3 og 4. Kuder-Richardson 20 ble brukt for trinn 1, Kuder-Richardson 20 tilsvarer Cronbach's alfa for dikotome variabler. For flere detaljer om valg av modeller, se artikkel 2.

2.5. Studie 3, kvantitativ registerstudie av miljøterapi rapporter (Artikkel 3)

Den kvantitative registerstudien av miljøterapi rapporter (studie 3) utgjør MM studiens hovedstudie og ble designet for å besvare forskningsspørsmålene 4 og 5:

Hvor ofte beskrives pasientens opplevelse, og hvilke kategorier av opplevelse dokumenteres?

Hvor ofte, og hvilke, samspill mellom pasient og personal er dokumentert i miljøterapi- rapportene?

2.5.1. Styrkeberegninger og estimering av utvalgsstørrelse

NEM gav godkjenning til bruk av anonymiserte miljøterapi rapporter fra pasientjournalene uten samtykke fra pasientene (se Vedlegg 6. Godkjenning NEM studie 3 og Vedlegg 7. NSD studie 3). Utvalgsstørrelsen, antall rapporter, ble beregnet på bakgrunn av resultater fra studie 2 der 1051 rapportutdrag ble scoret i SEPPS. I studie 2 var det signifikant forskjell mellom akutt og DPS når det gjaldt hvordan verdiene er fordelt i trinn 2 på skalaen (dvs. hvilke kategorier av pasientopplevelser som hyppigst registreres, se Figur 2) ($t(500) = 3.539$, $p < .001$). Tilsvarende signifikant forskjell mellom de to utvalgene fant en for trinn 4 ($t(76) = 2.091$, $p = .040$). Ut fra disse resultatene ble det gjort separate statistiske styrkeberegninger for henholdsvis akutt og DPS for å estimere antall rapportutdrag som var nødvendig i hovedstudien (SPSS SamplePower versjon 3.0). Beregningene baserte seg på en konvensjonell statistisk styrke på 80 %. Det ble gjort styrkeberegninger i forhold til både trinn 2 og 4, men det var trinn 4 som krevde det største totalutvalget for rapportutdrag. Det er derfor styrkeberegninger for dette trinnet som beskrives her. Utvalgsstørrelsene for hver avdeling ble styrkeberegnet til å være 130 for trinn 4, for å kunne sammenligne rapportene fra akutt og DPS med tanke på

beskrivelser av inntoning (se Vedlegg 8. Styrkeberegning utvalgsstørrelse, trinn 4 i SEPPS). Et stort antall utdrag utsorteres i trinn 1 og 3 (se Figur 2), og i studie 2 innfridde kun 15.4 % av rapportutdragene kriteriene for scoring i trinn 4. DPS hadde laveste prosentandel som kunne scores på dette trinnet, 10.7%. Forutsatt samme prosentfordeling av rapporter til trinn 4 i den kvantitative studien, ble det forventede antall rapportutdrag for å oppnå metning (130 utdrag) ca. 1200 for DPS. Siden utvalgsstørrelsen skulle være lik for de to avdelingene, ble forventet antall utdrag som skulle til for å oppnå metning ca. 2400. Det ble videre bestemt at rapportutdragene skulle hentes fra 30 journaler fra akutt og 60 fra DPS. Antall journaler var basert på antakelsen om at hver journal fra akutt og DPS i snitt ville generere samme antall rapportutdrag som i studie 2, henholdsvis 70 og 35. Estimert antall rapportutdrag som det skulle randomiseres ut ifra, ble derfor 4200 samlet sett for avdelingene (akutt: 70 utdrag x 30 journaler = 2100 + DPS: 35 utdrag x 60 journaler = 2100).

2.5.2. Utvalg og prosedyre for datainnsamling

Studie 3 hadde i likhet med studie 2 et retrospektivt design, men for studie 3 ble det gitt godkjenning til å hente ut anonymiserte miljøterapi-rapporter fra EPJ uten pasientens samtykke. En forskningsassistent fra hver avdeling hentet ut miljøterapi-rapporter fra journaler som dekket siste innleggelse med minimum 14 dagers varighet, og som var skrevet før personalet fikk informasjon om studien. Det ble skrevet ut rapporter fra kun ett opphold pr journal. Fra hvert opphold ble alle miljøterapi-rapportene fra innleggelse til utskrivelse, med en øvre avgrensning på 4 uker, hentet ut. Rapportene fra de 30 journalene hentet fra akutt, var skrevet i perioden 3/5 til 1/11-2015. De 60 journalene fra DPS dekket opphold fra 1/9-2014 til 1/11-2015. Etter at datamaterialet var anonymisert, og papirutskrifter var frigitt til forskningsprosjektet, ble rapportene klargjorte for analyse etter samme prosedyre som for studie 2. Etter dette satt vi igjen med utdrag som alle beskrev episoder der personal og pasient hadde hatt mulighet for samhandling. Hvis et utdrag beskrev mer enn en episode, og ulike pasient-opplevelser var rapportert for disse episodene, ble utdraget inndelt i tilsvarende antall episoder som var beskrevet.

Antall utdrag fra akutt var 2974 (hentet fra 30 journaler), og 2823 for DPS (hentet fra 60 journaler). De 90 journalene brukt i studie 3, genererte altså i gjennomsnitt flere utdrag pr journal enn de 20 journalene som ble brukt i studie 2. Årsaken til at de 90 journalene i studie 3 samlet sett inneholdt flere utdrag enn forventet, var at prosentvis flere av disse

journalene inneholdt rapporter som dekket en 4-ukers periode (maksgrensa), mens en i studie 2 hadde flere journaler som bare innfridde minimumsgrensa for innleggelsesvarighet (2 uker). Ut fra styrkeberegninger i studie 2, måtte en fra DPS-utvalget score 130 utdrag i trinn 4 i SEPPS for å oppnå en statistisk styrke på 80% (jfr. kapittel 2.5.1). Etter å ha randomisert 1929 utdrag, fra DPS, hadde vi 132 utdrag som ble scoret i trinn 4. Deretter ble 1929 utdrag randomisert fra totalutvalget fra akutt-avdelingen ($n = 2974$). Samlet sett ble dermed 3858 randomiserte utdrag scoret i SEPPS og analysert. Dette er et høyere antall enn det vi hadde beregnet (ut fra studie 2) skulle til for å oppnå metning (130 utdrag til trinn 4).

2.5.3. Scoring av rapportutdrag i SEPPS

For å måle kvalitet og kvantitet på beskrevne pasient-opplevelser og personal-pasient interaksjoner, ble rapportutdragene scoret i SEPPS. SEPPS består av 4 trinn (se Figur 2). Tre utdrag fra samme pasientjournal, som alle var blant de randomiserte, er nedenfor brukt for å illustrere hvordan utdragene ble scoret i de 4 trinnene. I trinn 1 ble det foretatt en vurdering av om utdraget beskrev pasientens opplevelse. Alle tre episodebeskrivelsene under ble scoret til å inneha en slik beskrivelse, og ble dermed scoret i de neste trinnene. Utdrag som ikke beskrev pasientopplevelse ble ikke scoret videre.

Episode 1: *Hun kom tilbake fra perm som avtalt. Hun sa hun hadde hatt det fint hjemme.*

I trinn 2 ble utdragene klassifisert i forhold til hvilken type pasientopplevelse de inneholdt. Dette trinnet består av en 4-punkts skala:

- II sterkt ubehagelig

- I ubehagelig

+ I positiv

+ II sterkt positiv

Episode 1 ble scoret til + I positiv pasientopplevelse. I trinn 3 var det fire alternativer for beskrivelsene av personal-pasient samspill:

A, ingen beskrivelse av tilnærming.

B, tilnærming beskrevet, men uklart hvordan pasienten har opplevd tilnærmingen.

C, overfladisk tilnærming som pasienten tilsynelatende opplevde ok, men som ikke beskrev en følelsesmessig ivaretagelse (eks: «Hun var engstelig og takket ja til Sobril»).

D, både tilnærming fra personal og pasientens respons til denne, er beskrevet klart nok til at den kan bedømmes om pasienten følte seg møtt i situasjonen.

Episode 1 ble scoret i A, ingen beskrevet tilnærming.

Episode 2 beskrev følgende:

Hun hadde besøk av foreldrene. Da de gikk, ble hun noe urolig. Hun roet seg ved at personalet satt sammen med henne ei stund på rommet. Hun snakket litt om skolegang og framtidsplaner.

Dette ble scoret i kategorien - I ubehagelig (trinn 2), og i kategori D i trinn 3. Episode 3 beskrev et mer omfattende og varig ubehag, og ble derfor scoret til å inneha - II sterkt ubehagelig opplevelse (trinn 2):

Hun var urolig og rastløs, hadde mange ønsker og spurte utallige ganger etter en penn. Hun tok på seg en tykk genser for så å klage på at det var altfor varmt og at vi måtte lufte. Da hun fikk avslag og ble korrigert hadde hun et barnslig reaksjonsmønster.

Bare utdrag som ble scoret til kategori D (full beskrivelse av samspill) i trinn 3, gikk videre til trinn 4. Dette gjaldt for begge de to siste utdragene. Trinn 4 har en 4-punkts skala for inntoningskategorier:

- II uheldig inntoning
- I delvis uheldig inntoning
- + I delvis vellykket inntoning
- +II vellykket inntoning

I utdrag 2 ble pasienten roligere av at personalet satte seg sammen med henne på rommet. Denne ble derfor scoret til + I delvis vellykket inntoning. For at utdraget skulle kunne scores i + II vellykket inntoning måtte det ha vært en mer utførlig beskrivelse av personalets tilnærming, f.eks. spørsmål som ble stilt da de satt på rommet, eller om en valgte å sitte helt stille. Utdrag 3 ble scoret til - I delvis uheldig inntoning da pasienten reagerte negativt på personalets korrigerende. For mer detaljerte operasjonaliseringer av de ulike kategoriene, se vedlagt SEPPS (Vedlegg 5. SEPPS).

2.5.4. Datakvalitet – uklare rapportutdrag og tolkning av datamaterialet

Usikkerhet vedrørende hvilket skift rapporten kommer fra

En av variablene som ble undersøkt via regresjonsanalyser, var om rapportutdraget var skrevet på dag, kveld eller natt. I de fleste tilfeller krevde dette ingen tolkning, da klokkeslettet rapporten ble skrevet registreres automatisk i pasientjournalen. En rapport som var registrert klokka 14:02 ble dermed registrert som dagvaks-rapport. Det fantes imidlertid noen unntak. For eksempel kunne en kveldsrapport skrevet på søndag, være et resyme av personalets opplevelse av pasienten for flere vakter den helga. Dette kunne en se ved at det var episoder fra eksempelvis frokost og kveldsmat. Det enkelte utdrag ble da registrert, ikke etter klokkeslettet utdraget var skrevet på, men det ble foretatt en tolkning av om utdraget representerte dag, kveld eller natt. Tatt i betraktning den store mengden utdrag som ble analysert, og at unntakene som er beskrevet over, var sjeldne, er det lite sannsynlig at dette har influert på resultatene i regresjonsanalysene.

Usikkerhet tilknyttet tolkning av rapportteksten vedrørende samspill

I tråd med en sosialkonstruksjonistisk forståelse, ville det være umulig å score rapportutdragene i SEPPS uten at det forelå en tolkning av teksten i utdragene. I studie 2 oppsto det flere ganger tvil om hvordan rapporten skulle forstås og registreres med tanke på samspill i SEPPS. Disse tvilstilfellene ble grundig diskutert på veiledningene, og vi ble enige om en felles tolkning. I denne prosessen ble det lagt til flere eksempler i SEPPS under de ulike kategoriene, for å gjøre operasjonaliseringen mer entydig. I studie 3 fulgte vi den samme tolkningspraksisen vi hadde valgt i studie 2, derfor var det lite behov for tolkningsdiskusjoner i scoringene av de randomiserte utdragene i den kvantitative registerstudien. Dette valgte tolkningsmønsteret av rapportene, kan ha ført til underrapportering av samspill i forhold til den opprinnelige intensjonen hos rapportskriver. Her er noen eksempler:

«Mye tilbaketrukket og irritabel, ble med på biltur». Er bilturen en «tilfeldig» hendelse, eller ble pasienten invitert med på biltur som en tilnærming til at han hadde det vanskelig? Utdraget ble scoret i A, trinn 3 (Ingen, for uklar, beskrivelse av samspill). Et annet eksempel var:

Ønsket å få bruke PC'n sin, men ble forklart at han ikke kan få låst den ut ennå, og at dette er viktig for at han skal bli raskere bra. Er lei av å være innlagt og ønsker seg ut så fort som mulig.

Sier han at han er lei av å være innlagt som en respons til personalets tilnærming, eller er dette noe som er sagt kanskje timer etter at han ikke fikk bruke PC, og som dermed ikke har direkte sammenheng med pc-episoden? Utdraget ble scoret til B i trinn 3 (Tilnærming beskrevet, men uklart hvordan pasienten har respondert). Vi valgte konsekvent å registrere slike rapporter til å ha ufullstendige beskrivelser av tilnærminger (registrert i A eller B, trinn 3). Inndelingen av rapporter til ulike rapportutdrag kan ha ført til ytterligere underregistrering av samspill. Følgende rapport ble inndelt i to utdrag:

(1) Hadde en samtale der han fikk snakke om de vonde tankene han har. Sier de ikke er fullt så påtrengende lenger. (2) Han kan delta mer sosialt og smiler lettere. Sier han er glad for å være her, og smiler og sier han vil være her for alltid.

Utdragene ble scoret hver for seg. De fikk ulik score i trinn 2, for pasientopplevelse, men begge ble registrert til ikke å ha, eller for uklar, beskrivelse av samspill i trinn 3. En alternativ tolkning er at dette handler om samme episode, og at pasienten blir glad fordi han får snakket om de vonde tankene. Med en slik forståelse ville utdraget ha gått videre til trinn 4 for scoring av type tilnærming.

2.5.5. Statistiske analyser

Styrkeberegninger av utvalgsstørrelse ble utført med programmet Sample Power, versjon 3. Ordinal regresjon ble utført i STATA, versjon 15, og alle andre analyser ble utført i SPSS, versjon 25. «Figure 1» i Artikkel 3 viser prosentvis fordeling av rapportutdrag over de 4 trinnene i SEPPS og innenfor hver kategori. Deskriptive statistiske beregninger ble utført for alle de fire trinnene for totalutvalget, og for de to avdelingene separat.

Totalutvalget i trinn 1 = 3858. Da 33.5% av utdragene ble utsortert i trinn 1, er totalutvalget i trinn 2 og 3 = 2564. I trinn 3 ble ytterligere 88.5% av totalutvalget ($n = 2564$) utsortert. Dermed er totalutvalget i trinn 4 = 294. Uparet T-test ble brukt for å beregne forskjeller i fordeling av scorer mellom avdelingene både for trinn 2 og 4.

Forutsetningene for bruk av denne testen er at skalaene er kontinuerlige, og at dataene er tilnærmet normalfordelte. Begge skalaene har en tydelig gradering fra $-II$ til $+II$ ($-II$

Svært ubehagelig opplevelse i trinn 2/ - II Uheldig inntoning i trinn 4 til + II Svært positiv opplevelse i trinn 2/ +II Vellykket inntoning i trinn 4), og begge skalaene ble omkodet i SPSS fra 1- 4. PP-plottene viste en tilnærmet normalfordeling for scorene i begge trinnene. Pearson kji-kvadrat-test ble brukt for å beregne forskjeller mellom avdelingene når det gjaldt de dikotome kategoriene i trinn 1, og de 4 kategoriske kategoriene i trinn 3. Regresjonsanalyser ble utført for de fire trinnene med 3 uavhengige/ forklarings-variabler:

- Type avdeling: akutt versus DPS.
- Vakttype (3 kategorier): Dag, kveld og natt.
- Utdanningsnivå for rapportskriveren (3 kategorier): (1) Bachelor i helse og sosialfag med videreutdanning i psykisk helse/ rus, (2) Bachelor i helse og sosialfag og (3) Andre.

Kategorien Bachelor i helse og sosialfag med videreutdanning, utgjorde opprinnelig to kategorier der en skilte mellom sykepleiere og de med andre bachelor-utdanninger (f.eks. vernepleie og barnevernspedagog). Majoriteten i denne kategorien utgjorde imidlertid sykepleiere. 1016 av de randomiserte rapportutdragene var skrevet av sykepleiere med videreutdanning, og bare 113 var skrevet av personer med andre bachelor-utdanninger som hadde videreutdanning. For ikke å få for stor variasjon i uavhengige/ forklarings-variabler valgte vi å slå disse to sammen til en. Tilsvarende forhold gjaldt også for kategorien Bachelor i helse og sosialfag: 1579 utdrag var skrevet av sykepleiere og bare 146 av personer med andre bachelor-utdanninger. Kategorien Andre omfatter: hjelpepleiere, helsefag arbeidere, sykepleiestudenter, utdanninger som ikke er helse- og sosialfaglige som f.eks. barnehagelærer og andre pedagoger, og ufaglærte assistenter.

Ordinal regresjon ble utført for trinn 2 og 4. Som tidligere omtalt, ble disse betraktet som kontinuerlige med tilnærmet normalfordelte data da vi utførte t-testene. Derfor var det også aktuelt å bruke lineær regresjon for trinn 2 og 4. Likevel, det at skalaene innehar kun 4 kategorier og ikke 5 (eller 7), med naturlig nullpunkt, er et argument for at kravet om kontinuerlig skala ikke er tilstrekkelig oppfylt. Ordinal regresjon ble derfor vurdert til å være et riktigere valg enn en lineær modell.

I trinn 1 ble binær logistisk regresjon brukt for å regne ut odds ratioer for forklaringsvariablene. I trinn 3 ble kategoriene for beskrevet typer av interaksjoner (A, B, C, D) betraktet som nominelle kategorier og kodet fra 1- 4 i SPSS. Multinomial logistisk

regresjon ble her brukt for å beregne «likelihood ratio» (sannsynlighetsratio) for hvordan de ulike forklaringsvariablene kunne forklare typer av rapporterte interaksjoner.

3. Resultater

3.1. Fokusgruppestudie med miljøpersonal om deres opplevelser med rapportskrivning, Artikkel 1

Hensikten med fokusgruppestudien var å undersøke miljøpersonalets opplevelser av, og rasjonale for, å skrive rapporter. Studien ble publisert i Artikkel 1. Under oppsummeres funnene i lys av forskningsspørsmålene 1-3 (se kapittel 2).

3.1.1. Hvilke rasjonaler (faglige, juridiske, tradisjonsavhengige) legger helsepersonell til grunn for miljøterapeutisk dokumentasjon?

Deltakerne i fokusgruppene anså rapportering av nøytrale og objektive observasjoner av pasienten, som det mest essensielle ved dokumentasjonen. De opplevde dokumentasjonssystemet i EPJ som en god mal for å rapportere pasientobservasjoner, men de hadde vansker med å få beskrevet pasientens ressurser. Positive opplevelser på turer eller i miljøet, ble ofte irrelevant å dokumentere i forhold til at rapporten var ment å være en evaluering av pasientens problemer og de tilhørende målene. Mye av det deltakerne fortalte vedrørende egen dokumentasjonspraksis, kunne knyttes til biomedisinske behandlingsideologier, med fokus på observasjoner i diagnostisk øyemed og evaluering av medikamenters virkninger og bivirkninger. Dette sto i kontrast til deler av den miljøterapeutiske praksisen de fortalte om, som kunne knyttes til relasjonsorienterte perspektiver med fokus på å initiere terapeutiske samspill med pasientene.

3.1.2. Hvilke erfaringer, tanker og følelser har miljøpersonalet om å dokumentere egne tilnærminger de bruker i møte med pasienten?

Deltakerne var tilbakeholdne med å rapportere egne tilnærminger. Sykepleierne hadde i sin utdanning lært at det viktigste var at de rapporterte nøytrale og objektive observasjoner av pasienten, og unngikk egne tolkninger. I lys av dette ble egne tilnærminger forstått som mindre relevant å dokumentere. I en del tilfeller opplevde de likevel at det å rapportere egne tilnærminger, og hvordan pasienten hadde reagert på dette, var viktig informasjon til kollegaer. De fortalte imidlertid flere eksempler på at de hadde unnlatt å skrive om egne tilnærminger i rapporten, av frykt for å bli kritisert eller oppfattet som uprofesjonelle blant kollegaene. Særlig var de tilbakeholdne med å rapportere kontroversielle tilnærminger som f.eks. fysisk berøring. Dette til tross for at de hadde opplevd den aktuelle

tilnærmingen som terapeutisk i den aktuelle situasjonen. Det var lettere å fortelle om disse tilnærmingene muntlig, da hadde de større mulighet for å forsvare og begrunne det de hadde gjort. De unnlot også å rapportere samspill der de i etterkant vurderte at de hadde opptrådt uprofesjonelt, som f.eks. at de hadde handlet spontant på bakgrunn av egne følelser, og vært irettesettende overfor pasienten.

3.1.3. Hvilke erfaringer, tanker og følelser har miljøpersonalet om å involvere pasienten i rapportskrivningen?

Ingen hadde erfaring med å skrive rapport sammen med pasienten, men personalet var i utgangspunktet positive til å samarbeide med pasienten om rapporten. De fortalte om dialoger de hadde med pasienten om hva som skulle skrives, men eksemplene de viste til var knyttet til dagligdagse «enkle» situasjoner. I de mer tilspissede episodene hvor det hadde vært utfordrende samspill, konfererte de ikke med pasienten om hvordan han/hun ville ha beskrevet episoden. Da det å nedtegne observasjoner, ble regnet som det viktigste ved rapporten, ble det personalet som avgjorde hva som var korrekte og relevante observasjoner for rapporten. Dette begrenset samarbeidet om rapporten til et overfladisk plan. En historie som en av deltakerne fortalte, kan illustrere personalets vansker med å involvere pasienten i rapportutformingen. En pasient hadde en episode med mild grad av selvskading, men ba om at dette ikke ble rapportert da hun fryktet at det ville innvirke på avtaler om permisjon. Blant deltakerne i fokusgruppe-intervjuet, var det bred enighet om at slike episoder måtte rapporteres av sikkerhetshensyn. Ingen hadde eksempler på situasjoner der de hadde rådført seg med pasienten om hvordan slike episoder kunne rapporteres, med tanke på å få fram både pasientens og personalets synspunkter.

3.2. Utvikling og reliabilitetstesting av SEPPS, Artikkel 2

Artikkel 2 beskrev utvikling og reliabilitetstesting av SEPPS, som er et kartleggings redskap for miljøterapi-rapporter. For at et instrument kan betraktes som reliabelt, må to krav innfris: Instrumentet må ha evnen til å oppfange ulike «observasjoner». F.eks. må et termometer vise høye verdier når det er varmt, og lave når det er kaldt. Tilsvarende må SEPPS fange opp et spekter av beskrevne opplevelser eller inntoningstyper. Videre må instrumentet måle samme observasjon likt hver gang. F.eks. at termometeret viser 100 grader hver gang vann koker, uavhengig av hvem som utfører målingen. For SEPPS betyr det at samme rapportutdrag scores likt av forskjellige bedømmere. SEPPS består av 4

trinn og 14 scoringsalternativer. Cronbach's alfa for instrumentet totalt sett var .977, noe som indikerer høy grad av konsistens i scorene fra hver av de 22 bedømmerne. Indre konsistens kan enkelt forklares som korrelasjonene mellom leddene i et måleredskap. Dette betyr at redskapet legger til rette for konsistente scoringer på tvers av bedømmere, rapportutdrag, trinnene og skalaen innen hvert trinn. ICC var noe lavere, men hadde akseptable verdier for hvorvidt bedømmerens koding av ett og samme rapportutdrag samsvarte (ICC = .772 (95% CI .611-.889)). Utviklingen av SEPPS og de gode resultatene fra reliabilitetstesting av redskapet, var en viktig forutsetning for å få reliable og valide data i den kvantitative registerstudien, som utgjør MM studiens hoveddel.

3.3. Kvantitativ registerstudie av miljøterapi rapporter, Artikkel 3

Hensikten med den kvantitative registerstudien var å kartlegge omfang og kvalitet av beskrevne personal-pasient samspill i randomiserte utdrag fra miljøterapi rapporter. Under oppsummeres resultatene i lys av forskningsspørsmålene 4-5 (se kapittel 2). Målingene ble gjort med SEPPS. For mer detaljert framstilling av resultater henvises til Artikkel 3.

3.3.1. Hvor ofte beskrives pasientens opplevelse, og hvilke kategorier av opplevelse dokumenteres?

Av de 3858 rapportutdragene som ble randomisert og scoret i SEPPS, inneholdt 66.5% beskrivelse av pasientens opplevelse (se «Figure 1», Artikkel 3). Det var små forskjeller mellom akutt og DPS, akutt 64.3% versus DPS 68.6%, ($\chi^2(1) = 7.82, p = .005$). Og ved kontroll for utdanningsnivå og vakttype, hadde DPS-utdragene lavere odds for å rapportere opplevelse sammenlignet med akutt (OR = .822, $p = .017$, 95% CI = .700-.966). Vi fant ingen signifikante forskjeller mellom utdanningskategoriene, men det var 5-6.5 ganger økt sjans for å finne beskrevne pasientopplevelser i dag- og kveldsrapportene sammenlignet med nattrapportene. For dagvakt var OR = 5.308 ($p < .001$, 95% CI = 4.307-6.543), og for kveldsvakt var OR = 6.474 ($p < .001$, 95% CI = 5.260-7.969). I de tilfellene opplevelse var beskrevet, ble 64.9% scoret i kategorien - I ubehagelig opplevelse, mens bare 0.6% beskrev en + II svært positiv opplevelse. 18.4% inneholdt beskrivelser av + I positiv opplevelse og nesten like mange beskrev en - II svært ubehagelig opplevelse (16.1%).

3.3.2. Hvor ofte, og hvilke, samspill mellom pasient og personal er dokumentert i miljøterapi-rapportene?

Av 3858 utdrag beskrev kun 294 personal-pasient samspill fullt ut, noe som utgjør kun 7.6% av rapportutdragene. Dette betyr at hele 92,4% av mengden utdrag ikke kunne evalueres i forhold til inntoning (Se «Figure 1», artikkel 3). Ser en på de utdragene som hadde beskrevet en pasientopplevelse ($n = 2564$), inneholdt 11.5% av disse en fullgod beskrivelse av hvordan personalet hadde tilnærmet seg pasienten, og hvordan pasienten hadde respondert på tilnærmingen i de aktuelle episodene. 70.7% beskrev ikke noen form for tilnærming, mens 9.3% beskrev tilnærmingen, men ikke hvordan pasienten hadde opplevd denne. 8.5% av utdragene beskrev en overfladisk tilnærming som pasienten tilsynelatende hadde opplevd greit, men dette var ikke en tilnærming rettet inn mot å utforske følelser (jfr. forklaring til trinn 3 i SEPPS i kapittel 2.5.3). Akutt-avdelingen hadde gjennomgående høyere Likelihood ratio (LR) for å beskrive samspill fullt ut, forskjellen varierte mellom 40-50% i favør akutt versus DPS. Utdanningsnivå på rapportskriver hadde liten betydning for hvorvidt tilnærminger ble rapportert. Se «Table 4», Artikkel 3.

De utdragene som hadde beskrevet personal-pasient samspill fullt ut ($n = 294$) ble gransket i forhold til type inntoning som var beskrevet. De fleste samspillene ble scoret til - I delvis uheldig inntoning (45.2%), eller i kategorien + I delvis vellykket inntoning (45.9%). Bare 8.2% beskrev - II uheldig inntoning, og kun 0.7% ble scoret i kategorien + II vellykket inntoning. Nattrapportene hadde gjennomgående høyere LR for å beskrive samspill, hvis de først hadde nedtegnet pasientens opplevelse i utgangspunktet, men både dag og kveldsrapportene scoret oftere i en av de vellykkede inntoningskategoriene i de tilfellene de hadde rapportert samspill (Se «Table 5», Artikkel 3).

4. Diskusjon av sammenstilte kvalitative og kvantitative funn

I kapittel 2 ble det presentert 6 forskningsspørsmål. De fem første forskningsspørsmålene er behandlet separat i kapittel 3, og det sjette søkes besvart i dette kapitlet. Hovedfokus her er dermed hvordan funnene fra den kvalitative intervjustudien med rapportskrivere (Artikkel 1), kan forklare funnene fra den kvantitative registerstudien av rapportutdrag (Artikkel 3), og hvilke implikasjoner og nye spørsmål som reises ved en slik sammenstilling. I tillegg diskuteres styrker og begrensninger ved denne studien.

4.1. Svært få rapporter inneholdt beskrivelser av terapeutiske samspill. - Hvorfor?

Denne studiens hovedfunn er at kun 7.6% av rapportutdragene inneholdt fullt ut beskrevne samspill, som kunne analyseres i forhold til kvaliteten på inntoningen. Omtrent 2/3 av rapportutdragene inneholdt beskrivelse av pasientens opplevelse, men i mer enn 70% av tilfellene var beskrivelser om personalets respons på dette totalt fraværende. Rapportskrivernes utdanning hadde liten betydning for hvorvidt opplevelser og tilnæringer ble dokumentert. Disse resultatene er overraskende på bakgrunn av at en terapeutisk relasjon framholdes som et hoved-fundament for psykisk helsearbeid i internasjonal sykepleielitteratur (Jones & Fitzpatrick, 2017), i nye norske lærebøker om miljøterapi (Landmark & Olkowska, 2016; Skårderud & Sommerfeldt, 2013) og i en rekke kvalitative studier i psykiatriske avdelingskontekster, som har undersøkt pasientperspektivet (f.eks. Molin, Graneheim & Lindgren (2016) og Sebergesen, Norberg & Talseth (2016)). Dersom en legger resultatene fra fokusgruppestudien (Artikkel 1) til grunn, kan en forstå den lave prosentandelen av utdrag som beskrev samspill på bakgrunn av fire forhold. For det første hadde sykepleierne gjennom sin utdanning fått forståelsen av at det essensielle ved rapporten var å levere relevante opplysninger til behandler som skulle stille diagnose og gi medisinsk behandling. I dette perspektivet var det viktig å levere «objektive» observasjoner om pasientens adferd og kommunikasjon, og unngå egne tolkninger. Et annet betydningsfullt forhold var rapporteringsmodellen VIPS, som var innebygd i EPJ. VIPS er oppbygd etter sykepleieprosessen der rapporteringen er fokusert omkring pasientens problemer. Dette betyr at rapporten skal være en evaluering av definerte mål og tiltak knyttet til de formulerte pasientproblemene (Ehnfors et al., 2015). I kapittel 1.3.2 ble

sykepleieprosessen knyttet til en biomedisinsk tenkning. I beskrivelsen til VIPS understrekes det at de formulerte problemene også skal inkludere pasientens ressurser, men en studie viste at dette ikke skjedde i praksis (Darmer et al., 2006). Det hevdes at sykepleieprosessen (og VIPS) er konstruert med ambisjon om å anlegge et helhetlig perspektiv på pasienten og behandlingen som gis (Ehnfors et al., 2015; Vabo, 2018). Likevel, i internasjonal litteratur betegnes pasientproblemene (i sykepleieprosessen) som sykepleiediagnoser (Casale, 2017, s. 87; Frauenfelder et al., 2016; Saranto et al., 2014), og dette kan gi assosiasjoner til et diagnostisk tankesett forenlig med en medisinsk modell. En kan ikke sette likhetstegn mellom fundamentet for sykepleieprosessen og en biomedisinsk modell for miljøterapi i psykisk helsevern, men begge modellene har det til felles at de fokuserer på pasientens problemer. Funnene fra fokusgruppestudien tyder på at opplæring av sykepleiere i stor grad var gitt i en biomedisinsk forståelsesramme. En rapporteringsmodell som understøtter fokus på problemer, kan ytterligere forsterke et biomedisinsk perspektiv på rapporten, og i dette perspektivet er ikke terapeutiske samspill et hovedanliggende for behandling, og dermed heller ikke et hovedanliggende for rapportering.

Et tredje forhold som begrenset dokumentasjon av samspill, var rapportskriverens behov for å beskytte seg mot kollegaers negative evaluering. For eksempel skapte temaet fysisk berøring engasjerte diskusjoner i begge fokusgruppene. Noen hevdet at en aldri skulle berøre pasienter fysisk. Disse kategoriske påstandene og at personalet var redde for å dokumentere fysisk berøring, kan ha sammenheng med en forståelse av personalets ansvar for å opprettholde klare grenser i situasjoner der f.eks. psykose eller tidligere overgrep, kan gjøre at pasienten føler seg invadert ved fysisk berøring. Fysisk berøring kan oppleves krenkende og kan framprovosere voldelig adferd, men det er også pekt på at fysisk berøring kan oppleves terapeutisk (Jones, 2017, s. 50; Salzmann-Erikson & Eriksson, 2005). Empati er en forutsetning for at den profesjonelle kan finne den rette balansen mellom nærhet og avstand (Jones & Fitzpatrick, 2017). Dette innebærer at en ikke kan lage universelle regler for hva som vil være terapeutisk i enkeltepisoder. Selv om en rapportskriver opplevde at å sitte med pasienten i armkroken, var en terapeutisk tilnærming i den aktuelle situasjonen, finnes det ingen «fasit» som kan bekrefte at dette var riktig. Rapportskriveren blir dermed sårbar for kollegaers kritikk ved å rapportere egne tilnærminger, og spesielt vil dette gjelde dersom få andre dokumenterer sine

tilnærminger. Behovet for å beskytte seg mot kollegaers devaluering, gjaldt også i situasjoner der rapportskriveren mente hun/han hadde opptrådt uprofesjonelt overfor pasienten, f.eks. i situasjoner der vedkommende hadde blitt sint på pasienten og handlet spontant og ureflektert i forhold til egne følelser. Det fjerde og siste forholdet var at deltakerne var lite bevisste på å dokumentere samspill innenfor de rammene som eksisterte for rapporten. Konsekvensene av en rapporteringspraksis som utelater personal-pasient interaksjoner, blir nærmere diskutert i kapittel 4.3.

Litteratursøkene gav ingen funn i kvantitative studier som har undersøkt rapporterte personal-pasient samspill i sykepleiedokumentasjonen, som denne studiens funn kan sammenlignes med. Selv om fokusgruppestudien og den kvantitative studien undersøkte ulike aspekt knyttet til miljøterapi rapportering, kan en likevel si at resultatene fra disse to studiene peker i samme retning. Mye av dokumentasjonspraksisen deltakerne fortalte om i fokusgruppeintervjuene, ble bekreftet i de kvantitative deskriptive funnene. Tidligere kvalitative studier har kritisert en dokumentasjonspraksis basert på et biomedisinsk perspektiv, og funnet at adferdsobservasjoner var dominerende i sykepleierapportene (Buus & Hamilton, 2016; Karlsen, 2007; Martin & Street, 2003). Selv om jeg i diskusjonen over har knyttet manglende rapportering av terapeutiske samspill til en biomedisinsk forståelse av rapporten, må det understrekes at forskningsprosjektet ikke undersøkte i hvor stor grad rapportutdragene som ikke beskrev terapeutiske samspill, var skrevet innenfor et biomedisinsk perspektiv.

4.2. Gjenspeiler rapportene personalets bidrag i den miljøterapeutiske behandlingen?

I kapittel 1.2 og 1.4 er det redegjort for at dokumentasjonsplikt innebærer at personalet skal dokumentere sitt bidrag til behandlingen, og at det i en miljøterapeutisk kontekst ikke er entydig gitt hva som regnes som behandling. Resultatene fra den kvantitative journalstudien (Artikkel 3) viste at i de tilfellene pasientopplevelse var nedtegnet, var det bare 30% som beskrev noe om hvordan personalet hadde forholdt seg til denne opplevelsen. Og i under 12% av tilfellene fantes en fullstendig rapportering av et samspill. Er dette representativt i forhold til å dokumentere personalets bidrag til behandling i klinisk praksis? Diskusjonen i kapittel 4.1 antyder at det var en underrapportering av terapeutiske tilnærminger. Dette fordi det var vanskelig å få dokumentert hva som skjedde

i personal-pasient relasjonen på grunn av begrensninger i dokumentasjonsmalen, og fordi relasjonelle tilnærminger ikke var et hovedanliggende i forhold til hvordan personalet forsto og hadde blitt opplært i å dokumentere. I tillegg vegret personale seg for å dokumentere egne tilnærminger, særlig hvis de hadde gått litt utenfor det som var ordinær praksis, eller hvis de hadde begått feil. Perron (2012) og Perron & Holmes (2011) sammenlignet intervju av sykepleiere på en Canadisk sikkerhetspost med sykepleierapporter ved samme avdeling. De fant at terapeutiske samspill ikke ble rapportert, og at tilnærminger som ble rapportert handlet om korrigeringer av adferd eller medikamentell behandling. De påpekte at rapporten kunne beskrive tydelige tegn på at pasienten trengte å ventilere følelser som sinne og frustrasjon, men at det var utelatt å beskrive tilnærmingene til pasienten i disse situasjonene. I intervjuene derimot ble terapeutiske tilnærminger vektlagt når sykepleierne beskrev sin praksis. Forfatterne kommenterte også at de observerte mange flere terapeutiske samspill enn det som ble rapportert. Som beskrevet i kapittel 1.4.2 er det vanskelig å danne seg et inntrykk av hvor stort fokus det er på terapeutiske interaksjoner i praksis ved psykiatriske avdelinger. For eksempel konkluderte Cleary et al. (2012), på bakgrunn av en litteratur-review, at det var mange terapeutiske interaksjoner mellom personal og pasienter ved psykiatriske avdelinger. En systematisk review-studie av pasienters opplevelser av å være innlagte, fant derimot manglende terapeutiske relasjoner, og dette ble i stor grad bekreftet av kvantitative studier som målte tiden personalet brukte på terapeutiske interaksjoner (Goulter et al., 2015; Nugteren et al., 2016; Sharac et al., 2010). Jeg fant imidlertid ingen kvantitative studier som har observert samspill og sammenlignet dette med hva som er dokumentert. Og selv om funnene fra Artikkel 1, kan tyde på at det er en underrapportering av terapeutiske samspill, mangler denne MM studien et design som gjør det mulig å konkludere om i hvor stor grad det dokumenterte virkelig gjenspeiler praksis. De kvantitative funnene fra journalstudien viser imidlertid sikkert at personal-pasient samspill var lite dokumentert, og i neste kapittel diskuteres mulige konsekvenser av en slik rapporteringspraksis.

4.3. Mulige konsekvenser av at få personal-pasient interaksjoner dokumenteres

I tråd med denne studiens sosialkonstruksjonistiske fundament, betraktes den skriftlige

rapporten som rapportskriverens konstruksjon av det som har skjedd. Dermed er det umulig å rapportere objektivt. Selv om rapportskriveren bestreber seg på å gjengi eksakt det pasienten sa, er det likefullt rapportskriveren som har gjort sine utvalg av hva som skal gjengis, og hva som skal utelates. Igjennom dette formes et narrativ om hva som skjedde med pasienten, eller mellom pasienten og personalet den vakta, men det vil alltid være mulig å konstruere alternative like gyldige rapporter for samme person for den aktuelle vakta. Et minst like viktig poeng er at rapporten ikke bare er en konstruksjon av hva som har skjedd, men den er også med å konstruere og forme personalets forståelse av klinisk praksis framover. I en sosialkonstruksjonistisk forståelsesramme, er språk både utgangspunktet og begrensningen for hva en oppfatter som virkelighet, dette er tidligere beskrevet i kapittel 1.3.2. Det betyr at en ensidig artikulering av et biomedisinsk perspektiv i rapporten, kan føre til at miljøterapeutisk praksis blir ytterligere dominert av dette ene perspektivet. Videre vil fokus på pasientens problemer fremfor mestring i rapporten, kunne påvirke praksis i retning av fokus på problemer og symptomer, til forskjell fra mestring og opplevelse. Med andre ord kan en få en spiralvirkning der få beskrivelser av terapeutiske personal-pasient interaksjoner i rapporten, vil føre til færre slike samspill i klinisk praksis, noe som igjen genererer enda færre rapporteringer om samspill. Cusack (2017) fant at sykepleiere anså at rapportering med basis i en medisinsk modell, var en vesentlig hindring for å praktisere innenfor en recovery-orientert modell. En slik rapporteringspraksis er også på kollisjonskurs med intensjonene i opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid som ble omtalt i kapittel 1.1. Regjeringens satsing på psykisk helsearbeid skulle representere noe annet og mer enn den behandlingen som medisinsk psykiatri innebar.

Artikkel 3 viste at mindre enn 12% av de rapportene som inneholdt en beskrivelse av pasientopplevelse, hadde beskrevet både hvordan personalet hadde tilnærmet seg pasienten, og hvordan pasienten hadde reagert på dette. Og i mindre enn halvparten av episodene var dette beskrevet som en delvis vellykket/vellykket form for inntoning til pasienten. Seed et al. (2016) konkluderte på bakgrunn av et review av kvalitative studier at terapeutiske relasjoner, der personalet tonet seg inn på pasientenes følelser, var en nøkkelfaktor i forhold til at pasientene fant noe mening i å være tvangsinnlagte. Som beskrevet i 1.4.1 anses tilrettelegging av terapeutiske relasjoner som hovedoppgaver innenfor miljøterapeutiske praksiser basert på recovery-perspektiver, psykodynamiske og

kognitiv terapiformer. I en nylig utgitt lærebok om sykepleiedokumentasjon hevdes det at dokumentasjonen definerer og evaluerer praksis.

Helsepersonell vil lettere oppdage både sin faglige styrke og svakhet når helsehjelpen som utføres, blir tydeliggjort, og når kliniske erfaringer synliggjøres. Dokumentasjon av helsehjelp fungerer som et kommunikasjonsmiddel mellom helsepersonell, pasienter og pårørende. Den er utgangspunkt for undervisning, ledelse og forskning. Dokumentasjon av planlagt og utført arbeid er også utgangspunkt for kontroll og ettersyn (Vabo, 2018, s.13).

Det at en så liten prosentandel rapportutdrag beskrev interaksjoner mellom personal og pasient, betyr at rapporteringspraksisen som ble avdekket i den kvantitative studien, gir et dårlig grunnlag for å evaluere hvorvidt personalet var opptatte av, og forsøkte, å tilrettelegge for terapeutiske samspill. Det at dette kjerneaspektet i så liten grad ble dokumentert, gjør at vesentlige sider ved miljøterapien ble usynlig og dermed lite tilgjengelig både for intern og ekstern evaluering.

Som omtalt i 4.1 unnlot personalet å dokumentere situasjoner der de mente de hadde opptrådt uprofesjonelt. Disse funnene viser tydelig maktaspektet som ligger i at personalet skriver rapport om pasientene. Flere kvalitative forskere har vært opptatt av dette. For eksempel undersøkte Berring et al. (2015) hvordan aggressive episoder var nedtegnet i rapportene. De fant at pasientene var beskrevet som hovedaktørene i de aggressive episodene, mens personalets rolle var vagt, eller ikke beskrevet i det hele. Også Perron & Holmes (2011) understreket maktaspektet som ligger i rapportskrivningen, og fant at sykepleiere, i rapportene, framstilte seg som nøytrale referenter av pasientobservasjoner, og at interaksjonene mellom dem og pasientene ikke var dokumenterte. Dersom det hadde vært mer vanlig å dokumentere interaksjoner, kunne det kanskje bli lettere å dokumentere både de vellykkede og uheldige inntoningsmåtene. Dette forutsetter at en anerkjenner rapporten som et virkemiddel for «å oppdage sin faglige styrke og svakhet», jfr. sitatet over. Inntoning er en kontinuerlig prosess der en forsøker å stille seg inn på den andres følelse, og innebærer at en aldri på forhånd kan vite sikkert om den andre vil føle seg møtt. Stern (1985, s. 185-220) beskrev flere eksempler på god inntoning fra omsorgspersoner som fremmet modning og styrking av et sunt selv hos barnet, og mislykket inntoning som hemmet en naturlig utvikling av selvet. I selvpsykologi tenker en

at samme prosesser skjer i relasjonen mellom terapeut og klient. Relatert til en miljøterapeutisk kontekst, kan analyse av interaksjoner med tanke på om de var positivt innntonende, være en god måte å evaluere om et samspill var terapeutisk eller ikke. I 2.5 ble det gjengitt rapportutdrag med ulike episoder fra samme pasient. Episode 2 beskrev en + I delvis vellykket innntoning:

...ble hun noe urolig. Hun roet seg ved at personalet satt sammen med henne ei stund på rommet. Hun snakket litt om skolegang og framtidsplaner.

Episode 3 beskrev – I delvis uheldig innntoning:

Hun var urolig og rastløs... spurte utallige ganger om en penn..... sa det var altfor varmt og at vi måtte luften. Da hun fikk avslag og ble korrigert hadde hun et barnslig reaksjonsmønster.

Hvis det var vanlig å skrive slike rapporter for denne pasienten, kunne rapportene utgjøre et godt grunnlag for at personalet kunne evaluere egen praksis i forhold til denne pasienten. Kanskje kunne det framkomme mønster av tilnærminger som vanligvis medførte vellykkede samspill? Kanskje kunne personalet snakke med pasienten om situasjoner som var rapportert til uheldig innntoning, og sammen lete etter alternative måter å forstå og samspille på i slike situasjoner? Eller kanskje kunne slike situasjoner være utgangspunkt for veiledning av personalgruppen, der en analyserte hva som hadde skjedd i tilfellene med uheldig innntoning og diskuterte alternative måter en kunne forsøke å inntone seg på.

Personalet vegret seg også for å rapportere fysisk berøring av pasienten, selv om de mente at det i de aktuelle situasjonene var en terapeutiske tilnærming. Forskere innenfor recovery-tradisjonen, har undersøkt hva som kjennetegnet hjelperelasjoner som personer med alvorlig psykiske lidelser, opplevde som hjelpsomme i sine bedringsprosesser. En betydningsfull faktor var opplevelsen av å bli møtt som et likeverdig menneske, noe som viste seg ved at den profesjonelle kunne gjøre noe utenom de etablerte rutinene. Dette kunne f.eks. være å rydde en ekstra plass i avtaleboken når det trengtes, tilby bilskyss eller lån av kontanter (Denhov & Topor, 2011; Ljungberg et al., 2015). Kanskje kan fysisk berøring, slik fokusgruppedeltakerne hadde praktisert det, være eksempler på å gjøre noe utenom de etablerte rutinene, og at det i disse episodene opplevdes som vellykket innntoning? Som Cleary et al. (2012) påpekte, kan det være svært krevende å få til

terapeutiske interaksjoner med pasienter i en fase der de er i behov for innleggelse i akutt-psykiatrisk avdeling. I slike situasjoner kan det være vanskelig å avgjøre om fysisk berøring virker invaderende eller terapeutisk for den aktuelle pasienten, i den aktuelle situasjonen. Dokumentering av samspill kan være en hjelp til å evaluere hva som faktisk opplevdes terapeutisk for den enkelte pasient. Ble han/hun roligere ved berøring, eller eskalerte dette situasjonen? Som Gunderson (1978) poengterte, må tilnærmingene både tilpasses individuelt, og endres i takt med pasientens ulike behov. Dette innebærer at en ikke kan bestemme at én type tilnærming er en vellykket form for inntoning til en bestemt pasient, men snarere kreves at en forholder seg dynamisk og fleksibelt til pasienten. Kanskje kan rapportering av samspill og refleksjon over disse, i etterkant skape mer nyanserte oppfatninger av hva som er god inntoning for den enkelte. Kan rapportering av kontroversielle tilnærminger skape større forståelse og trygghet blant personalet, om å forholde seg fleksibelt til etablerte og «vedtatte regler» for kommunikasjon, slik at pasientene i større grad opplever å bli møtt? Kan dette i sin tur føre til en mer transparent form for dokumentering av reelle samspill mellom personal og pasient?

I journalstudien ble personalet inndelt i tre kategorier: «Bachelor med videreutdanning», «bachelor» og «andre». Sykepleiere utgjorde majoriteten i de to førstnevnte utdanningskategoriene, og disse må derfor anees å være de som i størst grad har påvirkningsmulighet i utforming og utvikling av miljøterapien. Studien avdekket ingen vesensforskjeller når det gjaldt rapporteringspraksis i de ulike personalgruppene. Som beskrevet i Artikkel 3, var det bare ett signifikant funn for forklaringsvariabelen «utdanningsnivå» (se Table 4), og det er vanskelig å finne en adekvat tolkning av dette funnet. Andre forskere har avdekket at sykepleiere i liten grad klarte å artikulere hva deres bidrag til behandling i psykiatriske kontekster var utover medisinske intervensjoner. Forskerne uttrykte bekymring over at dette kunne hindre både kvaliteten på klinisk praksis, og at sykepleie ikke ble anerkjent som et selvstendig fag i disse kontekstene (Carlyle, Crowe, & Deering, 2012; Delaney & Johnson, 2014). Resultatene beskrevet i Artikkel 3 viser at personalet i liten grad, gjennom rapporten, fikk artikulert sitt bidrag for å skape terapeutiske interaksjoner. Og funnene gav ikke grunnlag for å konkludere med at sykepleiere dokumenterte mer av relasjonelle aspekt enn gruppen «andre» som hovedsakelig besto av hjelpepleiere og ufaglærte. I kapittel 1.4 ble det påpekt at det var ulike modeller for miljøterapi, og at det er usikkert i hvor stor grad terapeutiske relasjoner

er vektlagt i miljøterapeutiske praksiser. Hvis beskrivelser av samspill utelukkes i rapporten, vil dette innebære at den skriftlige konstruerte virkeligheten for miljøterapi ikke handler om terapeutiske relasjoner. Og hvis observasjoner og medisinske tiltak utgjør hovedinnholdet i rapportene, vil dette være den artikulerte og synlige praksisen i miljøterapi. Dette kan i sin tur hindre utvikling av nyere former for miljøterapeutiske praksiser som vektlegger terapeutiske relasjoner. Videre får en manglende dokumentasjon for å hevde at miljøterapi (og sykepleie) kan være selvstendige fag, som omfatter behandling utover å assistere medisinske behandlingsformer. I ytterste konsekvens kan det bli stilt spørsmål ved om miljøterapi er en del av psykisk helsearbeid slik det ble omtalt i 1.1, og slik psykisk helsearbeid omtales i en del nyere litteratur (Eriksson & Hummelvoll, 2015; Karlsson & Borg, 2013). I kapittel 1.5.1 ble det referert til forskere som argumenterte for at standardiserte termer for sykepleiedokumentasjon, var viktige for å synliggjøre sykepleien som fag. Et viktig moment å undersøke, i debatten om bruk av standardiserte termer, vil være å undersøke om personalets forsøk på å tilrettelegge for terapeutiske relasjoner synliggjøres, eller om det er pasientobservasjoner, oppgaveorienterte og medisinske handlinger som gjenspeiles i de standardiserte termene.

4.4. Rapportskrivning og inntoning, kan disse prosessene forenes?

Resultatene fra fokusgruppestudien tyder på at rapporten i stor grad skrives uten vesentlig pasientmedvirkning. Selv om personalet var positive til at pasienten kunne påvirke hva som skulle rapporteres, er inntrykket at de utfordrende episodene ble beskrevet med minimal pasientmedvirkning (Artikkel 1). Kan det at personalet skriver rapport om pasienten, i seg selv oppleves som en daglig uheldig inntoning fra pasientens perspektiv? Det vil sikkert ikke oppleves som god inntoning for alle pasienter å delta i rapportskrivningen, men det er likevel tankevekkende at ingen hadde erfaringer med å skrive rapport sammen med pasienten. Urquhart, Currell, Grant, & Hardiker (2009) refererte til at dokumentasjonsarbeid ikke var en integrert del av det kliniske arbeidet, og at sykepleiere opplevde det som en byrde som kom på toppen av kliniske oppgaver. En kvantitativ studie fant at sykepleiere ved psykiatriske avdelinger brukte 8% av arbeidstiden til dokumentasjonsarbeid, og konkluderte med at dette gikk på bekostning av direkte pasientkontakt (Goulter et al., 2015). Kan mer samarbeid om utforming av rapporten lede til flere terapeutiske samspill, og slik sett bli en integrert del av det miljøterapeutiske arbeidet?

Den kvantitative studien viste at 2/3 av rapportutdragene beskrev pasientens opplevelse. I henhold til SEPPS er det å rapportere pasientens opplevelse, første trinn i retning av å kunne evaluere om samspillet er beskrevet som terapeutisk eller ikke. Selv om bare 12% av utdragene beskrev samspill fullt ut, hadde 30% av utdragene grader av beskrevet tilnærming. Noen beskrev en tilnærming uten å ta med hvordan pasienten hadde opplevd denne, mens andre beskrev en praktisk overfladisk tilnærming ikke rettet mot pasientens følelser (Artikkel 3). I fokusgruppeintervjuene fortalte personalet om en situasjon med mild grad av selvskading der pasienten ba om at dette ikke ble rapportert, da hun fryktet at dette kunne medføre restriksjoner i forhold til permisjon. Det var bred enighet blant personalet om at slike episoder måtte rapporteres. Kan en praksis med større rom for dialog rundt rapportutformingen, åpne for en bedre ivaretagelse av pasientens opplevelse og ønsker, samtidig som personalets syn også er representert i rapporten? Og kan slike samtaler i seg selv være god inntoning til pasienten slik at hun/ han opplever å bli empatisk møtt? Et samspill omkring rapportutformingen vil innebære en annen rapportkonstruksjon enn om personalet gjør det alene. Slik jeg ser det, er det rimelig å anta at samspill om dokumentering ville ha økt dokumentering av samspill, og at mengden rapporter som handlet om adferdsobservasjoner, ville reduseres. Dette ville medføre at relasjonelle aspekt ved miljøterapien i større grad ble dokumentert. Like viktig er at samhandling om rapportskrivning i seg selv kunne styrke en relasjonell miljøterapeutisk praksis, og øke mulighetene for at pasienten får være en aktiv handlende aktør. Her må imidlertid understrekes at samarbeid om rapporten må vurderes og tilpasses hver pasient og i hver situasjon, slik at dette ikke blir en rigid praksis som i verste fall kan føre til flere opplevelser med uheldig inntoning. Jeg har ikke funnet empiriske undersøkelser om samarbeid om rapportskrivning, men en kvalitativ studie undersøkte pasienters opplevelse av samarbeid om egen behandlingsplan på psykiatrisk akutt-avdeling. De fant at prosessen, med samarbeid om planarbeidet i seg selv, opplevdes mer betydningsfull enn hva som faktisk ble formulert av mål og tiltak i planen (Reid, Escott, & Isobel, 2018).

4.5. Studiens styrker og svakheter

Studien har MM design og kritiske momenter relatert til manglende, uklare eller doble vitenskapsteoretiske forankringer for MM studier generelt ble beskrevet i kapittel 1.3.3. Denne generelle kritikken mot MM er følgelig også relevant for denne studien. Jeg har imidlertid hevdet at det er mulig å forankre hele phd-arbeidet i et overordnet

sosialkonstruksjonistisk perspektiv (se kapittel 1.3.3), der fortolkning spiller inn på ulikt vis i alle delstudier. Det gjelder underveis i oppbygningen av intervjumateriale og analyse av det, i utvikling av instrumentet SEPPS og koding av rapportenes innhold. Det gjelder også i slutningsprosessen der jeg har diskutert hva sentrale funn kan bety i alle studiene. Hele forskningsarbeidet motsetter seg dessuten en forståelse av forskeren som nøytral observatør, og tilslutter seg tanken om betydningen av refleksivitet og klargjøring av perspektiv og posisjon. Fra et pragmatisk ståsted kan en uansett hevde at dette designvalget sees på som en styrke for studiens forskningsmessige og kliniske nytteverdi. Sammenstillingen av funnene fra den kvalitative intervjustudien og den kvantitative registerstudien, genererte flere spørsmål tilknyttet rapporteringspraksis av miljøterapi, og i kapittel 4.6 pekes det på flere implikasjoner for praksis og videre forskning. I kapittel 1.3.3 er det redegjort for begrensningen som ligger i at pasienter, eller tidligere pasienter, ikke deltok som medforskere og dette blir derfor ikke diskutert nærmere her. Hovedstudien, studie 3, var kvantitativ og diskusjonen om reliabilitet og validitet er derfor i hovedsak konsentrert om denne. Først diskuteres imidlertid noen momenter knyttet til fokusgruppestudien, studie 1.

4.5.1. Fokusgruppestudien – validitet og refleksivitet

Fokusgruppestudiens relevans og pragmatiske validitet (nytteverdi) (Kvale & Brinkmann, 2015) kan bedømmes både ut fra om den hadde betydningsfulle bidrag til MM studien samlet sett (noe jeg har argumentert for at den gjorde i innledningen til kapittel 4.5), og om funnene fra fokusgruppestudien isolert sett er nyttige for praksisfeltet de springer ut fra. Datamaterialet ga samlet sett et nyansert og rikt bilde av dokumentasjonspraksis knyttet til relasjonelle forhold mellom personal og pasient, og deltakernes forståelse av dokumentasjonens funksjon og rammer. Analysen styrket dette inntrykket og den var systematisk og grundig. Malteruds framgangsmåte for tematisk tverrgående analyse var nyttig i denne sammenheng. Derfor kunne denne del-studien publiseres i en egen artikkel. Ved litteratursøk fant jeg at tematikken rapportering av samspill i miljøterapirapporter er lite utforsket, og dette er i seg selv et argument for at studien potensielt sett kan tilføre ny kunnskap. Spenningsforholdet mellom en biomedisinsk modell versus relasjonsbaserte modeller for psykisk helsearbeid, er velkjent (f.eks. Carlyle et al., 2012; MacNeela, Scott, et al., 2010; Wijnveld & Crowe, 2010). Valget om å analysere og framstille funnene relatert til disse fagperspektivene, mener jeg øker sjansen for at resultatene kan gi mening

både i fagmiljø blant klinikere og i forskningsmiljø. Kvale & Brinkmann (2015) bruker begrepet pragmatisk validitet og poengterer at det er i hvilken grad, og hvordan, fagfolk i praksisfeltet anerkjenner og anvender kunnskapen i klinisk praksis som virkelig bestemmer studiens validitet, og dette vil vise seg over tid.

Deltakerne fikk presentert ulike rapportutdrag i løpet av intervjuet. Slik jeg ser det, var dette med på å berike datamaterialet. Funnet om at det var vanskelig å dokumentere tilnærminger som innebar fysisk kontakt, kom som et resultat av at begge gruppene diskuterte rapportutdraget om pasienten som var redd og ønsket en hånd å holde i (se rapportutdrag i kapittel 2.3.2). Det at gruppene hadde flere rapportutdrag å velge mellom, men at begge gruppene i hovedsak konsentrerte seg om dette utdraget, er et argument for funnets gyldighet. Samtidig undrer jeg meg på om en kunne ha fått fram flere nyanser om rapportering av kontroversielle tilnærminger, dersom en i intervjuene benyttet flere rapportutdrag som inneholdt tilsvarende problemstillinger som denne episoden. Det vil si problemstillinger som utfordret deltakerne i forhold til om deres tilnærming er anerkjent av de andre i personalgruppa. Dette kunne f.eks. ha vært rapportutdrag der pasienten etterspurte samtale om religiøs tro, seksualitet eller politiske standpunkt. Et annet spørsmål er om det å ha kun 2 grupper, kan ha begrenset fylde og variasjonen i det empiriske materialet. Fokusgruppestudier varierer mye hva antall grupper angår, og mange studier mangler begrunnelse for valg av antall (Carlsen & Glenton, 2011). Et MM design er tid- og arbeidskrevende, og valget om å bruke kun to fokusgrupper handler både om at vi opplevde at disse to gruppene gav mye materiale til problemstillingene, og at en måtte begrense arbeidsmengden for å sikre at alle delene av MM studien ble gjort grundig. I følge Malterud (2012a) kan to grupper ofte være nok hvis hensikten med fokusgruppestudien er å utforske et tema, og en er da «mer opptatt av å åpne en dør som kan gi innsyn til et nytt og interessant rom, enn å kartlegge alt som kan tenkes å finnes inni dette rommet» (Malterud, 2012a, s. 38). Andre rapportutdrag og flere grupper kunne kanskje ha gitt flere nyanser i datamaterialet, men resultatene som framkom i fokusgruppestudien, oppleves likevel relevante både i seg selv og i relasjon til studie 3. Dessuten deltok det til sammen 13 personer/ personal fra 2 ulike typer psykiatriske avdelinger, og det borger for at målet om variasjon og bredde ble ivaretatt.

Refleksivitet handler blant annet om hvorvidt forskeren har vist hvordan eget ståsted og valg av framgangsmåter, har bidratt i resultatene (Malterud, 2012a). I diskusjonen over

har jeg nevnt spesielt valget av å benytte rapportutdrag i intervjuene, og antall grupper som både begrensninger og berikelser for datamaterialet. Det er gjennomgående forsøkt å gi en transparent og refleksiv framstilling av egen forforståelse, teorivalg og metodiske framgangsmåter, og disse momentene diskuteres derfor ikke nærmere her.

4.5.2. Den kvantitative studien - reliabilitet og datakvalitet

I den kvantitative hovedstudien ble et stort antall randomiserte rapportutdrag scoret i SEPPS i forhold til beskrevne samspill. Det at det ble brukt et måleinstrument som var utviklet nettopp i den hensikt å måle kvalitet og kvantitet på beskrevne samspill, og at dette instrumentet hadde høy reliabilitet, er et vern mot tilfeldige og upålitelige resultater. Ved å randomisere rapportutdragene sikret vi at vi hadde et representativt utvalg fra det datamaterialet vi hadde tilgjengelig. Studien oppfyller dermed to vesentlige kriterier for å sikre valide funn ved at vi hadde et representativt utvalg, og at det ble brukt et reliabelt måleinstrument.

Selv om SEPPS hadde tilfredsstillende verdier for ICC og Cronbach's alfa vil det alltid være «gråsoner» når rapportutdragene skal kodes. Opprinnelig gjenstandsområde for kvantitativ forskning var fysiske størrelser slik en finner det innenfor naturvitenskapen, men rapportutdragene representerte et datamateriale som tradisjonelt har vært analysert med kvalitative metoder. I kapittel 2.5.4 er det beskrevet hvordan usikkerheter knyttet til hvordan rapportteksten skulle tolkes, ble løst på en kriteriebasert måte. Slik jeg ser det, styrkes reliabiliteten av studien med et så «strengt» tolkningssyn for hva som kan registreres som tilnærminger. Risikoen er at en har tolket vekk en del forsøk på rapportering av samspill, men samtidig er kriteriene et vern mot å inkludere «støy». I denne sammenheng ville det bety at utdrag som egentlig ikke beskrev tilnærminger, eller hadde veldig uklar beskrivelse av tilnærminger, likevel ble scoret i en av samspillskategoriene. John Dewey, pedagog og psykolog, blir regnet som en av pionerne for et konstruktivistisk læringssyn. Han poengterte at det er umulig å oppnå kunnskap uten gjennom handling og at kunnskapen er tentativ og kontekstavhengig (Xyst, 2016). Relatert til forskning vil dette bety at forskerens omgang med data gir ett sett resultat, men det vil alltid være andre muligheter for funn dersom dataene har blitt tolket annerledes (Biesta, 2010). Hovedpoenget blir derfor å ha en transparent framstilling av hvordan en kom til de resultatene og konklusjonene en gjorde. Dette er forsøkt klargjort via en detaljert framstilling av SEPPS og hvordan en scoret rapportutdragene i SEPPS, inkludert

hvordan usikkerhet rundt tolkning ble løst.

4.5.3. Den kvantitative studien - validitet

Indre validitet handler om ulike aspekter ved studiens indre konsistens, om studien virkelig måler det den gir seg ut for å måle. Bruken av SEPPS, som er spesielt utviklet for utredning av innhold som dekker interaksjon mellom personell og pasienter i journalrapporter, styrker den indre validiteten. Randomiseringen av rapportutdragene reduserer seleksjonsbias i form av ikke-representative utvalg. Valg av adekvate statistiske tester for det aktuelle datamaterialet, er et annet kriterium for indre validitet. For å besvare forskningsspørsmålene i den kvantitative hovedstudien, gjorde vi bruk av tradisjonelle deskriptive statistiske metoder (se kapittel 2.5.5). Da en i studie 2 fant forskjeller mellom rapporteringspraksis ved akutt og DPS, ble det et poeng å sammenligne og undersøke forskjellene mellom disse to sengepostene i hovedstudien. Forskningsspørsmål 5: «Hvor ofte, og hvilke, samspill mellom pasient og personal er dokumentert i miljøterapi-rapportene?» kunne dermed besvares både ut ifra resultatene samlet sett, men også ut fra om det var forskjeller mellom de to avdelingstypene. Det kunne imidlertid tenkes at de forskjellene vi fant, kunne forklares med f.eks. ulikt utdanningsnivå på rapportskriverne i disse to avdelingene, derfor var det viktig å få undersøkt disse variablene som var tilgjengelige i datamaterialet:

- Utdanningsnivå på rapportskriver
- Hvilken vakt rapporten var skrevet på

Indre validitet handler blant annet om hvorvidt det er tatt høyde for eventuelle interaksjonseffekter mellom forklaringsvariablene som er brukt i regresjonsmodellene. I Artikkel 3 er det kun presentert hoved-effekter av forklaringsvariablene. Vi testet ut og fant interaksjonseffekter mellom noen av variablene, men disse pekte i samme retning som hoved-effektene. Det at interaksjonseffekter og eventuelle klynge-effekter ikke er rapportert kan likevel være et ankepunkt, så hvorfor ble kun hoved-effekter presentert i Artikkel 3? Valget om å rapportere kun hoved-effekter handler for det første om at denne studien er den første kvantitative studien som undersøker miljøterapirapporter med tanke på dokumentasjon av personal-pasient samspill (så langt jeg har funnet ut). Dette gjorde at en i Artikkel 3 hadde mange momenter som måtte forklares både om hensikt, instrument og scoringer. Også av plasshensyn i artikkelen besluttet vi å avgrense presentasjon av funn

og diskusjon til hoved-effektene. Et annet alternativ hadde vært kun å rapportere deskriptive funn, men dette hadde medført at en f.eks. ikke hadde fått fram at det var store variasjoner mellom rapportene fra nattevakt og dagvakt. De multiple regresjonsanalysene var blant annet med på å nyansere det deskriptive funnet om at DPS-rapportene inneholdt flere beskrivelser av pasientenes opplevelser, jfr. kapittel 3.3.1. Selv om funnene fra regresjonsanalysene strengt talt ikke var nødvendige for å besvare studiens forskningsspørsmål, mener jeg at bruk av regresjon medførte en mer nyansert framstilling av funnene. Et annet argument for å droppe rapportering av klynge- og interaksjonseffekter i denne omgang, var at en manglet viktige variabler på rapportskriver, som kjønn, antall år i klinisk praksis, etc. En presentasjon av interaksjonseffekter ville derfor uansett ha vært en forenkling av «virkeligheten». I henhold til studiens etiske godkjenninger ble signatur på vedkommende som hadde skrevet hver enkelt rapport, fjernet før datamaterialet ble utlevert for forskning. Det kan ha vært klynge-effekter i datamaterialet i forhold til hvem som har skrevet de ulike rapportene, men vi hadde ingen mulighet til å spore rapporter tilbake til den enkelte rapportskriver. En hadde imidlertid mulighet til å nøste hvert rapportutdrag tilbake til dennes tilhørende pasientjournal, for å undersøke eventuelle klynge-effekter i forhold til om rapporteringen kunne forklares ut ifra egenskaper ved pasienten/journalen. I statistikkprogrammet STATA ble klynge-effektstørrelser for journaler beregnet, men verdiene var så lave at en kunne se bort ifra at disse har påvirket hovedeffektene, disse verdiene ble derfor heller ikke rapportert.

Hovedeffektene vi har rapportert, på bakgrunn av de tilgjengelige forklaringsvariablene, må tolkes med varsomhet. Det kan finnes ukjente forklaringsvariabler som kan bidra vesentlig mer i en forklaringsmodell om rapportering av type pasient-opplevelse og type inntoning. I Artikkel 3 pekte vi på at en ved senere studier bør sikre tilgang til flere variabler om rapportskriver, og at en da kan få et klarere bilde av interaksjons- og klynge-effekter. Hovedfunn og tilhørende diskusjon både i Artikkel 3, og i dette kapittelet, har uansett hovedsakelig vært knyttet til deskriptiv statistikk.

Ytre validitet handler om funnene fra den kvantitative studien kan generaliseres til andre kontekster enn de to som ble undersøkt. Studien ble utført ved akutt og DPS. Dette gjorde at en kunne sammenligne rapporteringspraksis ved to avdelinger som har vesentlig ulikheter når det gjelder fase pasientene er i hva behandlingsforløp angår, og pleiefaktor. Det var også store forskjeller med tanke på mulighet til aktiviteter i og utenfor avdelingen,

bruk av låste dører, skjerming og tvangsmidler. Selv om det var ulikheter i rapporteringspraksis mellom avdelingene, er hovedfunnet at begge hadde svært få rapportutdrag som skildret samspill fullt ut. Dermed kunne få utdrag analyseres med tanke på om personalet lyktes i å inntone seg til pasienten. En kan ikke generalisere funnene fra denne enkeltstudien, men en har et godt grunnlag for å formulere en hypotese om at miljøterapi rapporter også i andre kontekster i norsk psykisk helsevern inneholder få beskrivelser av samspill. Denne hypotesen styrkes ved at to så ulike avdelingskontekster ble undersøkt og sammenlignet, og at dette resultatet ble funnet begge steder. Uansett må denne hypotesen testes i flere kontekster i psykisk helsevern for å kunne bli verifisert eller forkastet.

4.6. Implikasjoner for praksis og videre forskning

Som beskrevet i artikkel 3 fant jeg ingen forskning som den kvantitative studien kunne valideres mot. Et naturlig neste steg for forskning vil derfor være å score randomiserte rapportutdrag i SEPPS der utdragene er hentet fra andre døgneheter i psykisk helsevern, og sammenligne de funnene med denne studiens funn. Konteksten for rapportutdrag kan også utvides til polikliniske kontekster og kommunale psykiske helsetjenester. SEPPS må testes ut med tanke på reliabilitet i hver enkelt av disse kontekstene.

I framtidige studier bør en søke om godkjenning til at personalet som har skrevet rapportene ikke er anonyme, men aidentifiserte for forskerne. På denne måten kan en inkludere flere personalvariabler i regresjonsanalysene og undersøke interaksjonseffekter. Med et slikt design har en også mulighet til å nøste rapportene tilbake til den enkelte rapportskriver, og en kan dermed få undersøkt om dataene inneholder klynge-effekter, det vil si om enkelte rapportskrivere utgjør en forklaringsfaktor i seg selv. Det var utfordrende å få tillatelse til å bruke anonymiserte miljøterapi rapporter uten pasientsamtykke for denne studien, og studien ble først godkjent da den ble behandlet i NEM. Det er grunn til å tro at det vil være lettere å få godkjent senere studier med henvisning til denne som nå er utført, og at en dermed også kan få tilgang til opplysninger om rapportskriver som skissert over.

Miljøterapi rapportene var skrevet av personalet, og det er derfor uvisst hvordan rapporten gjenspeiler pasientens opplevelse og reel miljøterapeutisk praksis. Et optimalt design for å undersøke dette, vil være å kombinere observasjonsstudier av personal-pasient samspill og

sammenligne de observerte episodene med de tilsvarende rapportene. Et slikt design har imidlertid etiske utfordringer med tanke på at forskeren observerer pasienter som er i akutt og alvorlig krise, og at de da naturlig nok ikke er anonyme for forskeren. Et alternativt design kan være å intervju noen pasienter, som har samtykket til å delta, om sitt perspektiv på miljøterapi rapportene som er dokumentert i deres journal. Å designe studier som inkluderer pasientperspektivet og/ eller som undersøker observerte samspill vil være svært viktig, da dette vil gi funn som sier noe om i hvor stor grad miljøterapi rapportene er representative for klinisk praksis.

Ett av funnene fra fokusgruppe studien var at ingen hadde erfaring med å skrive rapport sammen med pasientene. Og i kapittel 4.4 ble det stilt spørsmål ved om nåværende rapporteringspraksis i seg selv kan innebære en uheldig inntoning til pasienten. På bakgrunn av dette kunne det ha vært interessant å undersøke hvordan pasientene opplever nåværende dokumentasjonspraksis. Hvordan tenker pasienter og personal at et samarbeid om rapporten kan skje, hva er mulig, og hva kan være problematisk? Videre kan en utforme kliniske utviklingsprosjekt der en forsøker ulike måter å inkludere pasientene i rapportskrivningen. I en slik sammenheng vil det være viktig å undersøke pasientenes og personalets opplevelser av utprøving med å skrive rapport sammen, og også hvordan formelle krav til rapportene ble ivaretatt i disse utprøvings-prosessen.

Studiens funn har flere implikasjoner for praksis. For det første kan det utviklede instrumentet SEPPS brukes for intern-evaluering i den enkelte avdeling for å evaluere egen dokumentasjonspraksis. I kapittel 4.3 ble det diskutert hvordan rapportering av samspill kan brukes for å evaluere og forbedre personalets inntoning til den enkelte pasient.

Gitt at denne studiens funn blir bekreftet i andre studier, er det grunn til å se på studieprogrammer for sykepleiere og andre helse- og sosialfaglige bachelor-utdanninger. Spørsmål som kan stilles på bakgrunn av denne studiens funn, er: Hva lærer studentene om dokumentasjon? I hvilken grad er faglige perspektiver på psykisk helsearbeid integrerte i undervisningen om dokumentasjon av psykisk helsearbeid?

Dersom nye studier får lignende funn som denne, peker dette på behov for å evaluere dokumentasjonssystemer som brukes i EPJ. Er sykepleieprosessen en god modell for å rapportere om psykisk helsearbeid? Eller hindrer denne dokumentering av personal-

pasient relasjonen, og dermed lite egnet for å dokumentere miljøterapeutiske kjerneoppgaver?

5. Konklusjoner

Hensikten med studien var å undersøke miljøpersonalets opplevelser av, og rasjonale for, rapportskriving, og å kartlegge kvantitet og kvalitet av beskrevne personal-pasient samspill i miljøterapi rapporter. Kun 7.6% av rapportutdragene beskrev personal-pasient interaksjoner utførlig nok til at en kunne evaluere om tilnærmingen var en beskrivelse av vellykket eller uheldig inntoning til pasienten. 2/3 hadde registreringer av pasientens opplevelse, men i over 70% av disse rapportene fantes det ingen beskrivelse av om personalet hadde gjort eller sagt noe i forhold til den registrerte opplevelsen. Det var ikke store forskjeller mellom avdelingene som ble undersøkt, men personalet fra akutt-avdelingen rapporterte litt oftere sine tilnærminger, sammenlignet med ansatte ved DPS. Rapportskrivners utdanning hadde liten betydning for i hvilken grad opplevelser og samspill ble rapportert. Av de få rapportene (7.6%) som rapporterte samspill fullt ut var litt over halvparten karakterisert av en form for uheldig inntoning (54%). Da den kvantitative studien, så langt vi vet, er den første til å undersøke samspillsbeskrivelser i miljøterapi rapporter, må en være varsom med generalisering av funnene. De må valideres opp mot nye studier.

Sammenstilling av funn fra den kvalitative og kvantitative studien, indikerer at rapportering av samspill hindres av både opplæringen sykepleierne fikk i sine studier, og malen for sykepleiedokumentasjon i EPJ. I tillegg til at personalet framhevet betydningen av å rapportere observasjoner av pasienten som viktigere enn å beskrive relasjonelle aspekt ved deres arbeid, ble rapportering av tilnærminger også hindret av redsel for kritikk fra kollegaer som kunne mene at de dokumenterte tilnærmingene var lite profesjonelle. Dokumentasjon evaluerer og former praksis. Dersom personal-pasient interaksjoner utelates når det dokumenteres, kan ikke miljøterapi rapportene brukes som evalueringsgrunnlag for om personalet lyktes i å tilrettelegge for terapeutiske interaksjoner. Kan en slik rapporteringspraksis føre til at miljøterapeutiske modeller der terapeutiske relasjoner sees på som et hovedanliggende, som f.eks. miljøterapi forankret i recovery eller nyere psykodynamiske perspektiver, taper terreng i forhold til medisinsk orienterte miljøterapeutiske perspektiver? Samarbeid om rapporten mellom pasienter og personal ble hindret av forståelsen personalet hadde om at rapporten skulle dokumentere observasjoner de hadde gjort av pasienten. Manglende samarbeid om rapportutforming kan i seg selv representere hindringer for terapeutiske personal-pasient relasjoner.

6. Referanser

- Adubi, I. O., Olaogun, A. A., & Adejumo, P. O. (2018). Effect of standardized nursing language continuing education programme on nurses' documentation of care at University College Hospital, Ibadan. *Nursing open*, 5, 37-44.
doi:10.1002/nop2.108
- Andersen, T. (2005). *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne* (3. utg.). Danmark: Dansk psykologisk forlag.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. I S. McNamee & K. J. Gergen (Red.), *Therapy as social construction* (s. 25-39). London: Sage Publications.
- Andreae, C., Ekstedt, M., & Snellman, I. (2011). Patients' Participation as it appears in the Nursing Documentation, When Care Is Ruled by Standardized Care Plans. *International Scholarly Research Network*, 7. doi:10.5402/2011/707601
- Andvig, E., & Biong, S. (2014). Critical reflection on practice development: Recovery oriented conversations in a milieu therapeutic setting. *International Practice Development Journal*, 4(1), 1-15.
- Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D. M., & Zoffmann, V. (2012). Mechanical Restraint - Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 83-94.
doi:10.1111/j.1744-6163.2011.00307.x|
- Befring, A. K., & Ohnstad, B. (2019). *Helsepersonelloven kommentarutgave*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Berring, L. L., Pedersen, L., & Buus, N. (2015). Discourses of aggression in forensic mental health: A critical discourse analysis of mental health nursing staff records. *Nursing Inquiry*, 22, 296-305. doi:10.1111/nin.12113
- Berry, K., Gregg, L., Vasconcelos e Sa, D., Haddock, G., & Barrowclough, C. (2012). Staff-patient relationships and outcomes in schizophrenia: The role of staff attributions. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 210-214.
doi:10.1016/j.brat.2012.01.004

- Biesta, G. (2010). Pragmatism and the philosophical foundations of mixed methods research. I A. Tashakkori & C. Teddlie (Red.), *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2. utg., s. 95-117). Los Angeles: Sage.
- Borge, L., & Hummelvoll, J. K. (2019). Miljøterapi - samspill og læring i helende omgivelser. En oppdatering. *Klinisk sygepleje*, 33, 40-54. doi:10.18261/issn.1903-2285-2019-01-04
- Borge, L., Røssberg, J. I., & Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20, 932-942. doi:10.1111/jpm.12090
- Broderick, M. C., & Coffey, A. (2012). Person-centred care in nursing documentation. *International Journal of Older People Nursing*, 8, 309-318. doi:10.1111/opn.12012
- Burr, V. (1995). *An introduction to social constructionism*. New York: Routledge.
- Buus, N., & Hamilton, B. E. (2016). Social Science and linguistic text analysis of nurses' records: A systematic review and critique. *Nursing Inquiry*, 23, 64-77. doi:10.1111/nin.12106
- Carlsen, B., & Glenton, C. (2011). What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus group studies. *Medical Research Methodology*, 11(26). doi:10.1186/1471-2288-11-26
- Carlyle, D., Crowe, M., & Deering, D. (2012). Models of care delivery in mental health nursing practice: A mixed method study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19, 221-230. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01784.x
- Casale, K. R. (2017). Crisis and crisis intervention. I J. S. Jones, J. J. Fitzpatrick, & V. L. Rogers (Red.), *Psychiatric-mental health nursing: An interpersonal approach* (s. 79-95). New York: Springer Publishing Company.
- Castiello, U., Becchio, C., Zoia, S., Nelini, C., Sartori, L., Blason, L., . . . Gallese, V. (2010). Wired to be social: the ontogeny of human interaction. *PloS ONE*(5), e13199. doi:10.1371/journal.pone.0013199.

- Caughill, A. (2016). Preserving the art and science of psychotherapy for advance practice psychiatric mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing, 37*, 268-272. doi:10.3109/01612840.2016.1147625
- Chiang-Hansiko, L., Newman, D., Dyess, S., Piyakong, D., & Liehr, P. (2016). Guidance for using mixed methods design in nursing practice research. *Applied nursing research, 31*, 1-5. doi:10.1016/j.apnr.2015.12.006
- Chung, M., Chiang, I., Chou, K., Chu, H., & Chang, H. (2010). Inter-rater and intra-rater reliability of nursing process records for patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 3023-3030. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03301.x
- Cleary, M., Hunt, G. E., Horsfall, H., & Deacon, M. (2012). Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: A review and synthesis of qualitative studies. *Issues in Mental Health Nursing, 33*, 66-79. doi:10.3109/01612840.2011.622428
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches* (4. utg.). Los Angeles: Sage Publications.
- Cusack, E. (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-oriented policy in practice. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 24*, 93-104. doi:10.1111/jpm.12347
- Darmer, M. R., Ankersen, L., Nielsen, B. G., Landberger, G., Lippert, E., & Egerod, I. (2006). Nursing documentation audit - The effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing, 15*, 525-534. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01475.x
- De Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., . . . Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!': Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 1544-1552. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x
- Delaney, K. R., & Johnson, M. E. (2014). Metasynthesis of research on the role of psychiatric inpatient Nurses: What Is Important to Staff? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 20*, 125-137. doi: 10.1177/1078390314527551

- Delaney, K. R., Shattell, M., & Johnson, M. E. (2017). Capturing the interpersonal process of psychiatric nurses: A model of engagement. *Archives of Psychiatric Nursing, 31*, 634-640. doi:10.1016/j.apnu.2017.08.003
- Denhov, A., & Topor, A. (2011). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry, 58*, 417-424. doi:10.1177/0020764011406811
- Dunster-Page, C. A., Berry, K., Wainwright, L., & Haddock, G. (2018). An exploratory study into therapeutic alliance, defeat, entrapment and suicidality on mental health wards. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 25*, 119-130. doi:10.1111/jpm.12444
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2015). *Nye VIPS-boken*. Oslo: Cappelen Damm.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clinical Psychological Review, 28*, 1167-1187. doi:10.1016/j.cpr.2008.04.002
- Eriksson, B., & Hummelvoll, J. K. (2015). Psykisk helsearbeid som fagområde - en fremvoksende disiplin. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Spesialutgave: Tidsskrift for Bengt Karlsson*, 3-14.
- Erskine, R. G. (1998). Attunement and involvement: Therapeutic responses to relational needs. *International Journal of Psychotherapy, 3*, 235-244.
- Escalada-Hernández, P., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., Santos, B., González-Vargas, J. A., Feria-Raposo, I., . . . García-Manso, M. (2015). A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Applied nursing research, 28*, 92-98. doi:10.1016/j.apnr.2014.05.006
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (4. utg.). London: Sage publications Ltd.
- Foucault, M. (1994). Psychiatric Power. I P. Rabinow (Red.), *Ethics: Subjectivity and Truth* (s. 39-50). New York: The New Press.

- Frauenfelder, F., Achterberg, T., Needham, I., & Müller-Staub, M. (2016). Nursing diagnosis in inpatient psychiatry. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27, 24-34. doi:10.1111/2047-3095.12068
- Frauenfelder, F., Müller-Staub, M., Needham, I., & Achterberg, T. (2013). Nursing interventions in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20, 921-931. doi:10.1111/jpm.12040
- Fredheim, K. N. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 46, 161-167.
- Gabrielsson, S., Savenstedt, S., & Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 434-443. doi:10.1111/inm.12230
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275. doi:10.1037/0003-066X.40.3.266
- Gergen, K. (2005). *Virkeligheter og relationer. Tanker om sociale konstruktioner* (H. Thompsen, Overs. 2. utg.). København: Dansk psykologisk forlag.
- Gergen, K. (2010). *En invitation til social konstruktion* (T. Bøgeskov, Overs. 2. utg.). København: Forlaget Mindspace.
- Gjevjon, E. R., & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 100-108. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x
- Goulter, N., Kavanagh, D. J., & Gardner, G. (2015). What keeps nurses busy in the mental health setting? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 449-456. doi:10.1111/jpm.12173
- Graneheim, U. H., Slotte, A., Säfsten, H. M., & Lindgren, B.-M. (2014). Contradictions between ideals and reality: Swedish registered nurses' experiences of dialogues with inpatients in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 35, 395-402. doi:10.3109/01612840.2013.876133
- Griensven, H. v., Moore, A. P., & Hall, V. (2014). Mixed methods research - The best of both worlds? *Manual Therapy*, 19, 367-371. doi:10.1016/j.math.2014.05.005

- Groot, K. D., Triemstra, M., Paans, W., & Francke, A. L. (2018). Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing*. doi:10.1111/jan.13919
- Gunderson, J. G. (1978). Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus. *Psychiatry*, *41*, 327-335.
- Gunderson, J. G. (1983). An overview of modern milieu therapy. I J. G. Gunderson, O. A. Will, & L. R. Mosher (Red.), *Principles and practice of milieu therapy* (s. 1-13). New York/ London: Jason Aronson.
- Haahr, U., Simonsen, E., Røssberg, J. I., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Melle, I., . . . McGlashan, T. (2012). Patient satisfaction with treatment in first-episode psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, *66*, 329-335.
doi:10.3109/08039488.2011.644808
- Hall, R. (2013). Mixed Methods: In search of a paradigm. I T. Le & Q. Le (Red.), *Conducting Research in a Changing and Challenging World*. UK: Nova Science Publishers Inc.
- Hamilton, B., & Manias, E. (2006). 'She's manipulative and he's right off': A critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, *15*, 84-92.
doi:10.1111/j.1447-0349.2006.00407.x
- Harris, B. A., & Panozzo, G. (2019). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies for the schizophrenia population: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, *33*, 104-111. doi:10.1016/j.apnu.2018.08.003
- Haugan, G., Innstrand, S. T., & Moksnes, U. K. (2013). The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, *22*, 2192-2205. doi:10.1111/jocn.12072
- Helleman, M., Goossens, P. J. J., Kaasenbrood, A., & Achterberg, T. (2014). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*, *23*, 442-450. doi:10.1111/inm.12074

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>.
- Hertz, S. (2016). Et meget mere vidtrækkende perspektiv på det systemisk eksistensberettigelse i børne- og ungdomspsykiatrien. *Fokus på familien*, 44, 265-271.
- Hops, H., Davis, B., & Longoria, N. (1995). Methodological issues in direct observation: Illustrations with the living in familial environments (LIFE) coding system. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 193-203. doi: 10.1207/s15374424jccp2402_7
- Høgsnes, L., Danielson, E., Norbergh, K.-G., & Melin-Johansson, C. (2016). Healthcare professionals' documentation in nursing homes when caring for patients with dementia in end of life - a retrospective records review. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1663-1673. doi:10.1111/jocn.13184
- Instefjord, M. H., Aasekjær, K., Espehaug, B., & Graverholt, B. (2014). Assessment of quality in psychiatric nursing documentation - A clinical audit. *BMC Nursing*, 13(32), 1-7. doi:10.1186/1472-6955-13-32
- Jick, T. D. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, 24, 602-611. doi:10.2307/2392366
- Jones, J. S. (2017). Boundary management. I J. S. Jones, J. J. Fitzpatrick, & V. L. Rogers (Red.), *Psychiatric-Mental Health Nursing: An Interpersonal Approach* (2. utg., s. 49-61). New York: Springer Publishing Company.
- Jones, J. S., & Fitzpatrick, J. J. (2017). Interpersonal relationships: The cornerstone of psychiatric nursing. I J. S. Jones, J. J. Fitzpatrick, & V. L. Rogers (Red.), *Psychiatric-mental health nursing: An interpersonal approach* (2. utg., s. 17-29). New York: Springer Publishing Company.
- Juvé-Udina, M.-E., Pérez, E. Z., Padrés, N. F., Samartino, M. G., García, M. R., Creus, M. C., . . . Calvo, C. M. (2014). Basic nursing care: Retrospective evaluation of communication and psychosocial interventions documented by nurses in the acute care setting. *Journal of Nursing Scholarship*, 46, 65-72. doi:10.1111/jnu.12062

- Karlsen, R. (2007). Improving the nursing documentation: Professional consciousness-raising in a northern- Norwegian psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 573-577. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01144.x
- Karlsen, R. (2012). Idealer og realiteter i moderne psykisk helsearbeid. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(2), 3-15.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Kirke-, utdannings-, & forskningsdepartementet. (1997). *Rammeplan for Videreutdanning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press, Inc.
- Kohut, H. (1984). The curative effect of analysis: The self psychological reassessment of the therapeutic process. I A. Goldberg & P. Stepansky (Red.), *How does analysis cure?* (s. 80-110). Chicago: University of Chicago Press.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15, 155-163. doi:10.1016/j.jcm.2016.02.012
- Krogh, G. v., & Nåden, D. (2011). The use of hermeneutic interpretation statements in EPR documentation to capture qualities of caring. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3523-3531. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03683.x
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs. 3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laing, R. D. (1965). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Landmark, B., & Olkowska, A. (2016). Hva gjør miljøterapi til terapi? I A. Olkowska & B. Landmark (Red.), *Miljøterapi: Prinsipper, perspektiver og praksis* (s. 23-33). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien*, 103(5), 60-63. doi:10.4220/Sykepleiens.2015.54066

- Lim, E., Wynaden, D., & Heslop, K. (2017). Recovery-focused care: How it can be utilized to reduce aggression in the acute mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26, 445-460. doi:10.1111/inm.12378
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2015). The art of helpful relationships with professionals: A meta-ethnography of the perspective of persons with severe mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 86, 471-495. doi:10.1007/s11126-015-9347-5
- Lorem, G. F., & Hem, M. H. (2012). Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 114-122. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x
- Lykke, J. (2006a). En kognitiv modell for miljøterapi. I L. Holm & I. Oestrich (Red.), *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde* (2. utg., s. 17-81). København: Psykologisk Forlag.
- Lykke, J. (2006b). Implementering av kognitiv miljøterapi. I I. Oestrich & L. Holm (Red.), *Kognitiv miljøterapi : at skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde* (2. utg., s. 163-180): Dansk psykologisk forlag.
- Lykke, J., Oestrich, I., Austin, S. F., & Hesse, M. (2010). The implementation and evaluation of cognitive milieu therapy for dual diagnosis inpatients: a pragmatic clinical trial. *Journal of dual diagnosis*, 6, 58-72. doi:10.1080/15504260903498763
- MacNeela, P., Clinton, G., Place, C., Scott, A., Treacy, P., Hyde, A., & Dowd, H. (2010). Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1297-1307. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05245.x
- MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., & Hyde, A. (2010). In the know: cognitive and social factors in mental health nursing assessment. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1298-1306. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03127.x
- Mahoney, J. S., Palyo, N., Napier, G., & Giordano, J. (2009). The therapeutic milieu reconceptualized for the 21st century. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23, 423-429. doi:10.1016/j.apnu.2009.03.002

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012a). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012b). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health, 40*, 795-805.
doi:10.1177/1403494812465030
- Martin, T., & Street, A. (2003). Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 543-551. doi:10.1046/j.1365-2850.2003.00656.x
- McAllister, S., & McCrae, N. (2017). The therapeutic role of mental health nurses in psychiatric intensive care: A mixed-methods investigation in an inner-city mental health service. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 24*, 491-502.
doi:10.1111/jpm.12389
- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2014). Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing, 23*, 212-220. doi:10.1111/inm.12044
- McChesney, K., & Aldridge, J. (2019). Weaving an interpretivist stance throughout mixed methods research. *International journal of research & method in education*.
doi:10.1080/1743727X.2019.1590811
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Ennis, G., Houghton, J., Lupson, C., & Toomey, N. (2014). Recovery-oriented care in acute inpatient mental health settings: an exploratory study. *Issues in Mental Health Nursing, 35*, 526-532.
doi:10.3109/01612840.2014.890684
- Meehan, T. J., King, R. J., Beavis, P. H., & Robinson, J. D. (2008). Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know? *The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 42*, 177-182. doi:10.1080/00048670701827234
- Mengshoel, A. M. (2012). Mixed methods research - So far easier said than done? *Manual Therapy, 17*, 373-375. doi:10.1016/j.math.2012.02.006

- Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B.-M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care-patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *11*, 29897. doi:10.3402/qhw.v11.29897
- Molin, J., Lindgren, B.-M., Graneheim, U. H., & Ringnér, A. (2018). Time together: A nursing intervention in psychiatric inpatient care: Feasibility and effects. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*, 1698-1708. doi:10.1111/inm.12468
- Morse, J. (2010). Procedures and practice of mixed method design. Maintaining control, rigor, and complexity. I A. Tashakkori & C. Teddlie (Red.), *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2. utg., s. 339-352). Los Angeles: Sage.
- Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *International Journal of nursing terminologies and classifications*, *20*, 9-15. doi:10.1111/j.1744-618X.2008.01108.x.
- Müller-Staub, M., Lunney, M., Odenbreit, M., Needham, I., Lavin, M. A., & van Achterberg, T. (2009). Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO. *Journal of Clinical Nursing*, *18*, 1027-1037. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02603.x
- Nielsen, J., & Hertz, S. (2010). Den foretrukne viden. *Psykolog Nyt*, *18*, 19-24.
- Niglas, K. (2010). The Multidimensional model of research methodology. An integrated set of continua. I A. Tashakkori & C. Teddlie (Red.), *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2. utg., s. 215-236). Los Angeles: Sage.
- NIH Office of Behavioral and Social Sciences. (2018). *Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences* (2. utg.). Hentet fra Bethesda: National Institutes of Health: <https://obssr.od.nih.gov/wp-content/uploads/2018/01/Best-Practices-for-Mixed-Methods-Research-in-the-Health-Sciences-2018-01-25.pdf>
- Nissen, R. (2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser* (K. Martinsen Red.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy, 55*, 303-315. doi:10.1037/pst0000193
- Nugteren, W., Zalm, Y., Hafsteinsdottir, T. B., Venne, C., Kool, N., & Meijel, B. (2016). Experiences of patients in acute and closed psychiatric wards: A systematic review. *Perspectives in psychiatric care, 52*, 292-300. doi:10.1111/ppc.12125
- Næss, H. E., & Biong, S. (2014). Sykepleiepersonells beskrivelser av helsefremmende miljøterapi kveld, natt og helg i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 11*(1), 24-33.
- O’Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2010). Research methods & reporting. Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ, 341*, 1147-1150. doi:10.1136/bmj.c4587
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Chamberlain, P., Hurlburt, M. S., & Landsverk, J. (2011). Mixed-methods design in mental health services research: A review. *Psychiatric Services, 62*, 255-263. doi:10.1176/ps.62.3.pss6203_0255
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4. utg.): Thousand Oaks, CA:Sage.
- Peplau, H. E. (1952/1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: MacMillan.
- Perron, A. (2012). The forensic patient's moral career as a measure of institutional disciplinary processes. *International Journal of Culture and Mental Health, 5*, 15-29. doi:10.1080/17542863.2010.540819
- Perron, A., & Holmes, D. (2011). Constructing mentally ill inmates: Nurses' discursive practices in corrections. *Nursing Inquiry, 18*, 191-204. doi:10.1111/j.1440-1800.2011.00526.x
- Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., & McCabe, R. (2011). Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics, 80*, 70-77. doi:10.1159/000320976

- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Rabelo-Silva, E. R., Dantas Cavalcanti, A. C., Ramos Goulart Caldas, M. C., Lucena, A. d. F., Almeida, M. d. A., Linch, G. F. d. C., . . . Muller-Staub, M. (2017). Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). *Journal of Clinical Nursing*, 26, 379-387. doi:10.1111/jocn.13387
- Reid, R., Escott, P., & Isobel, S. (2018). Collaboration as a process and an outcome: Consumer experiences of collaborating with nurses in care planning in an acute inpatient mental health unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 1204-1211. doi:10.1111/inm.12463
- Repique, R. J., Vernig, P. M., Lowe, J., Thompson, J. A., & Yap, T. L. (2016). Implementation of a recovery-oriented training program for psychiatric nurses in the inpatient setting: A mixed-methods hospital quality improvement study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 722-728. doi:10.1016/j.apnu.2016.06.003
- Retterstøl, N. (2000). Herman W. Major - "far" til norsk psykiatri. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 29, 3562-3563.
- Roberts, G., & Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in psychiatric treatment*, 10, 37-49. doi:10.1192/apt.10.1.37
- Robson, C. (2011). *Real world research: a resource for users of social research methods in applied settings*. Chichester: Wiley.
- Salzmann-Erikson, M., & Eriksson, H. (2005). Encountering touch: a path to affinity in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 843–852. doi:10.1080/01612840500184376
- Salzmann-Erikson, M., Rydlo, C., & Gustin, L. W. (2016). Getting to know the person behind the illness - The significance of interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1426-1434. doi:10.1111/jocn.13252


- Saranto, K., & Kinnunen, U.-M. (2009). Evaluating nursing documentation - Research designs and methods: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *65*, 464-476. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04914.x
- Saranto, K., Kinnunen, U.-M., Kivekas, E., Lappalainen, A.-M., Liljamo, P., Rajalahti, E., & Hypponen, H. (2014). Impacts of structuring nursing records: A systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *28*, 629-647. doi:10.1111/scs.12094
- Sebergesen, K., Norberg, A., & Talseth, A.-G. (2016). Confirming mental health care in acute psychiatric wards, as narrated by persons experiencing psychotic illness: An interview study. *BMC Nursing*, *15*(3). doi:10.1186/s12912-016-0126-x
- Seed, T., Fox, J. R. E., & Berry, K. (2016). The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, *61*, 82-94. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.05.014
- Seikkula, J. (2006). Nytt språk for en psykotisk pasient: Reflekterende prosesser og åpen dialog. I H. Eliassen & J. Seikkula (Red.), *Reflekterende prosesser i praksis* (2. utg., s. 115-126): Universitetsforlaget.
- Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., Wood, A., & Wykes, T. (2010). Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatients wards: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *47*, 909-917. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.03.012
- Skjervheim, H. (2002). *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skorpen, A., & Øye, C. (2008). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: en analyse av miljøterapeutiske praksiser*. (Doktorgradsavhandling), Universitetet i Bergen. Hentet fra <http://bora.uib.no/handle/1956/3655>
- Skorpen, A., & Øye, C. (2010). Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer - en litteraturoversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, *12*(3), 15-27.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken. Sinn - kropp - samfunn* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 21*, 353-364.
doi:10.1017/S2045796012000133
- Smith, Y., & Spitzmueller, M. C. (2016). Worker perspectives on contemporary milieu therapy: A cross-site ethnographic study. *Social work research, 40*, 105-116.
doi:10.1093/swr/svw003
- St.meld. nr. 25. (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helse-departementet.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*: Karnac Books.
- Stevenson, J. E., Nilsson, G. C., Petersson, G. I., & Johansson, P. E. (2010). Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review. *Health Informatics Journal, 16*, 63-72. doi:10.1177/1460458209345901
- Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., . . . Bowers, L. (2015). Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing, 24*, 82-90.
doi:10.1111/inm.12107
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative techniques in the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks: CA: Sage.
- Thibeault, C. (2016). An interpretation of nurse–patient relationships in inpatient psychiatry: Understanding the mindful approach *Global qualitative nursing research, 3*, 1-10. doi:10.1177/2333393616630465
- Thibeault, C., Trudeau, K., d'Entremont, M., & Brown, T. (2010). Understanding the milieu experiences of patients on an acute inpatient psychiatric unit. *Archives of Psychiatric Nursing, 24*, 216-226. doi:10.1016/j.apnu.2009.07.002
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process, 27*, 1-15.

- Topor, A. (2011). Kan psykiatrin bli återhämtningsinriktad? - Psykiatrins praktik och kunskap kontra brukarpraktik og kunskap. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4, 303-312.
- Travelbee, J. (1963). What do we mean by rapport? *The American Journal of Nursing*, 63, 70-72. doi:10.2307/3452595
- Tuck, I., & Keels, M. C. (1992). Milieu therapy: A review of development of this concept and its implications for psychiatric nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 13, 51-58.
- Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. J., & Hardiker, N. R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1). doi:10.1002/14651858.CD002099.pub2
- Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis* (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Waldemar, A. K., Esbensen, B. A., Korsbek, L., Petersen, L., & Arnfred, S. (2019). Recovery-oriented practice: Participant observations of the interactions between patients an health professionals in mental health inpatients settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 318-329. doi:10.1111/inm.12537
- Wang, N., Hailey, D., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1858-1875. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x
- Werbart, A., Forsström, D., & Jeanneau, M. (2012). Long-term outcomes of psychodynamic residential treatment for severely disturbed young adults: A naturalistic study at Swedish therapeutic community. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66, 367-375. doi:10.3109/08039488.2012.654508
- Wijnveld, A., & Crowe, M. (2010). Walking a fine line: Managing the tensions associated with medication non-adherence in an acute inpatient psychiatric setting. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1378-1386. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03029.x
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 181-189. doi:10.1111/inm.12121

- Xyst, K. (2016). Constructivism, Dewey, and academic advising. *NACADA Journal*, 36(2), 11-19. doi:10.12930/NACADA-14-027
- Yu, J., & Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 440-454. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04831.x.
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. & Haberlein S. (2012). A Decade of Published Evidence for Psychiatric and Mental Health Nursing Interventions. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(3). doi:10.3912/OJIN.Vol17No03HirshPsy01
- Östlund, U., Kidd, L., Wengström, Y., & Rowa-Dewar, N. (2011). Combining qualitative and quantitative research within mixed method research designs: A methodological review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 369-383. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.10.005

Nursing documentation in inpatient psychiatry: The relevance of nurse–patient interactions in progress notes—A focus group study with mental health staff

Kjellaug K. Myklebust MSc, RN, PhD Student¹  | Stål Bjørkly PsD, Clinical Psychologist, Professor^{1,2} | Målfrid Råheim Dr. Philos., RPH, Professor^{1,3}

¹Institute of Health and Social Sciences, Molde University College, Molde, Norway

²Centre for Forensic Psychiatry, Oslo University Hospital, Molde, Norway

³Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Bergen, Norway

Correspondence

Kjellaug K. Myklebust, Institute of Health and Social Sciences, Molde University College, Molde, Norway.
Email: kjellaug.myklebust@himolde.no

Aims and objectives: To gain insight into mental health staff's perception of writing progress notes in an acute and subacute psychiatric ward context.

Background: The nursing process structures nursing documentation. Progress notes are intended to be an evaluation of a patient's nursing diagnoses, interventions and outcomes. Within this template, a patient's status and the care provided are to be recorded. The therapeutic nurse–patient relationship is recognised as a key component of psychiatric care today. At the same time, the biomedical model remains strong. Research literature exploring nursing staff's experiences with writing progress notes in psychiatric contexts, and especially the space given to staff–patient relations, is sparse.

Design: Qualitative design.

Methods: Focus group interviews with mental health staff working in one acute and one subacute psychiatric ward were conducted. Systematic text condensation, a method for transverse thematic analysis, was used.

Results: Two main categories emerged from the analysis: the position of the professional as an expert and distant observer in the progress notes, and the weak position of professional–patient interactions in progress notes.

Conclusions: The participants did not perceive that the current recording model, which is based on the nursing process, supported a focus on patients' resources or reporting professional–patient interactions. This model appeared to put ward staff in an expert position in relation to patients, which made it challenging to involve patients in the recording process. Essential aspects of nursing care related to recovery and person-centred care were not prioritised for documentation.

Relevance to clinical practice: This study contributes to the critical examination of the documentation praxis, as well as to the critical examination of the documentation tool as to what is considered important to document.

KEYWORDS

documentation, mental health nursing, nurse–patient interactions, nurse–patient relations, nursing process, psychiatric nursing

1 | INTRODUCTION

In psychiatric inpatient wards today, there seem to be competing treatment models. The nurse–patient relationship is considered important (e.g., Molin, Graneheim, & Lindgren, 2016; Sebergren, Norberg, & Talseth, 2016), implying a model of person-oriented care. At the same time, the problem and deficit-oriented medical model still prevails. Tensions are reported between professionals who follow humanistic values, with approaches based on person-centred perspectives in which the quality of the nurse–patient relationship is emphasised, and professionals who follow the dictates of the medical model, which emphasises neutrality and distance as important qualities in treatment (Aston & Coffey, 2012; Ljungberg, Denhov, & Topor, 2015). Nurses appear to regard recovery and person-centred models as important therapeutic approaches, but research indicates that the current dominance of the problem- and deficit-oriented medical model seems to be an obstacle to translating their own preferred approaches into practice (McAllister & Moyle, 2008; Wijnveld & Crowe, 2010).

This article focuses on ward staff's experiences with nursing documentation in inpatient psychiatric ward contexts: if and how these different treatment models are reflected in the progress notes.

2 | BACKGROUND

2.1 | Nursing documentation and the electronic systems' template: anchored in the nursing process

Different electronic record systems have been developed for nursing documentation in the last decades. The widely used *nursing process* (mapping patient's problems, setting goals and interventions according to these problems), recognised by WHO, still serves as the basic structure for nursing documentation (Saranto et al., 2014). Classification systems like NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association-International) describe nursing problems in terms of standardised nursing diagnoses. Examples of frequently used NANDA-I diagnoses in inpatient psychiatry are "acute pain/chronic pain," "ineffective coping" and "noncompliance." It is claimed that such standard terms are, to a large extent, suitable for describing inpatient psychiatric care (Frauenfelder, Achterberg, Needham, & Müller-Staub, 2016).

The participants in this study used the documentation system VIPS. VIPS is a Swedish acronym for well-being, integrity, prevention and safety. VIPS uses the conventional pattern for writing progress notes as an evaluation of nursing diagnoses, interventions and outcomes. These three elements are linked together as in NANDA-I, but VIPS does not require standardised terms for nursing diagnoses (Darmer et al., 2006; Ehrenberg, Ehnfors, & Thorell-Ekstrand, 1996). VIPS is a widely used record system in the Scandinavian and Baltic countries, originally developed in the medical care context, but now adapted to psychiatric hospitals (Instefjord, Aasekjær, Espehaug, & Graverholt, 2014; Saranto et al., 2014).

What does this paper contribute to the wider global clinical community?

- There is a gap in knowledge in psychiatric care regarding space given to descriptions of nurse–patient interactions in nursing documentation.
- Current recording models seem to put mental health staff in an expert position, with a strong focus on describing observations and with limited possibilities to involve the patient in the reporting process.
- Recovery and person-centered care are regarded as required perspectives for psychiatric care, but mental health staff did not prioritize interactions that could possibly reflect aspects of these for documentation nor did they perceive that the recording model supported this kind of documentation.

2.2 | Documentation of nursing care: inadequate

Systematic reviews have revealed inaccurate and inadequate documentation of nursing care in general (Müller-Staub, Lavin, Needham, & Van Achterberg, 2006; Saranto et al., 2014; Wang, Hailey, & Yu, 2011). Researchers have found several types of discrepancies: differences, for example, between patients' accounts of situations and what nursing staff have recorded and discrepancies between what researchers have observed of staff–patient communication and what staff chose to document from these interactions (De Marinis et al., 2010; Wang et al., 2011). Some suggest that implementation of standardised nursing diagnoses and better coaching of staff would improve nursing documentation based on the nursing process, whereas others question the relevance of nursing diagnoses and record systems to nursing practice (Chung, Chiang, Chou, Chu, & Chang, 2010; Saranto et al., 2014). A systematic review (Buus & Hamilton, 2016), where five of 12 studies drew on data from mental health care settings, found that the medical model dominated in nursing records. The records primarily comprised nurses' observations of patients' behaviour and provided only limited information about nurse–patient interactions. Some argue that nursing diagnoses may strengthen nurses' positions as experts who overrule patients' perspectives and thus become an obstacle to the development of mutual nurse–patient relationships (Petrovskaya, McIntyre, & McDonald, 2009). Others have asserted that the nursing process is problem-oriented in nature, that it may be an obstacle to focusing on the patient as a whole person and may conflict with person-centred care (Merritt & Procter, 2010). Some studies report shortcomings in the ability of the record systems to capture the complexity of nursing care, including its psychosocial and relational aspects. Thus, the constraints imposed by these systems may make it difficult for nurses to document, for example, their individualised care and may even lead nursing into being a more technical practice (Broderick & Coffey, 2012; Hyde et al., 2006; Krogh & Näden, 2011;

Stevenson, Nilsson, Petersson, & Johansson, 2010). Gjevjon and Hellesø (2010) concluded that research assessing nursing documentation should pay greater attention to the context of different practice situations. Finally, it is also worth noting that nurses have had minimal influence on the development of electronic patient record systems in general and that current systems have been developed in nonpsychiatric practices (Stevenson et al., 2010; Triplett, 2013).

Studies from psychiatric health care have pointed out discrepancies between actual practice and what has been documented in nurses' notes. Martin and Street (2003) found, for instance, that although interviewed nurses emphasised the therapeutic relationship when they described their practice, they rarely described aspects of nurse–patient interactions in their progress notes. Perron (2012) observed nurse–patient interactions in forensic psychiatric wards, but these interactions were unreported.

In a Cochrane review, Urquhart, Currell, Grant, and Hardiker (2009) called for qualitative research that could provide deeper insight into nurses' documentation practices in general. They specifically emphasised the need for qualitative research exploring the relationship and interface between nursing and documentation practice. Our searches conducted in Medline, PsycInfo, ProQuest and Cinahl indicate a paucity of studies on nursing documentation in inpatient psychiatric care. More specifically, we found a void regarding research on the priority and space given to nurse–patient relations (and other ward staff–patient relations) in electronic documentation systems. Against this background, this study aimed to explore mental health staffs' experiences with writing progress notes in inpatient psychiatric care context. This study was rooted in the predominant view that therapeutic professional–patient relations are core aspect of mental health inpatient care, but also acknowledges that nursing practice happens in a context where the biomedical treatment model is still strong.

The aim of this study was to gain insights into ward staff's experiences with and perceptions of writing progress notes. What did they perceive as the main purpose of their progress notes? What were they documenting and how? What position do professional–patient interactions have in the progress notes from mental health personnel's perspectives?

3 | METHODS

3.1 | Method of data collection

This study was explorative, and a qualitative research design was considered a relevant choice for exploring the research questions. Focus group interviews are suitable for exploring common experiences, views and attitudes in a group (Krueger & Casy, 2015). This method has, for example, been used to understand health professionals' roles and to investigate health personnel's experiences (Holloway & Wheeler, 2010). Consequently, for this study, group interviews were conducted to explore mental health staff's experiences and thoughts about writing progress notes in psychiatric care contexts.

3.2 | Participants

Participants were recruited from mental health staff working in an acute psychiatric ward and a subacute district psychiatric centre. There were 12 beds on the acute ward and 14 beds at the district psychiatric centre. The mental health personnel included healthcare assistants, assistant nurses, registered nurses and social workers with or without a degree in mental health nursing. They were all responsible for writing progress notes. Written invitations to participate in the study were sent to all mental health personnel on the wards. The first author gave oral and written information about the aim of the study at a staff meeting on each ward.

Eight persons from the acute ward and seven from the district psychiatric centre gave their written consent to participate. Two participants were missing when interviewing at the latter. Staff ages ranged from 24–65. The number of years working on these two particular wards varied from 1–20.

3.3 | Data collection

The focus group interviews took place in April 2016 in a meeting room on each ward. A moderator led the interview. The moderator was familiar with the two ward contexts, as she had previously worked as a mental health nurse in similar wards. The comoderator, an experienced focus group researcher, cofacilitated the groups and took field notes during the discussions.

The groups began with a brief introduction to the purpose of the study, encouragement to share their views and experiences and orientation regarding timeframes and confidentiality issues. An open interview guide with five topics was used. The participants were asked open-ended questions about their experiences and views regarding progress notes in nursing documentation. To gain a deeper understanding of their views, a copy of six anonymous progress notes was handed out halfway into the interview. This study is part of a larger mixed method study (not yet published). The six notes used in the interviews were obtained from a qualitative study of progress notes, where the aim was to develop a scale for monitoring staff–patient interactions based on what was described in existing progress notes. Three of these progress notes described a patient's behaviour and/or a patient's experience. None of these three described mental health staff's responses to the reported situations. The three remaining progress notes described patients' experiences as well as staff's responses. The participants were asked to express their opinions about the notes. We found these progress notes to be useful tools for eliciting differing views pertaining to reporting and for stimulating discussion. A strength regarding focus groups is that they can reveal different opinions and experiences among the participants (Patton, 2015). The interviews in this study provided a rich variety of understandings about aspects of healthcare staff's documentation. There is a risk, however, that participants who realise that theirs is a minority perspective may not be inclined to speak up in group interviews (Patton, 2015). We acknowledge that there may have been participants who held back from expressing

themselves, but the facilitators were aware of this possibility before and during the interviews, and tried to encourage all sorts of viewpoints.

3.4 | Ethics

The Data Protection Official for Research in Norway approved the study, Reference Number 46639. All participants gave their consent to participate based on written and verbal information about the study's aims and methods. Data were handled confidentially and anonymised to protect participants' identities.

3.5 | Data analysis

To analyse the data, we used systematic text condensation developed by Kirsti Malterud (Malterud, 2012). The audio-recorded interviews were transcribed verbatim. The first and last authors read the transcripts separately trying to grasp a general impression of the whole and formulate tentative themes. Thereafter, both authors discussed together the differences and similarities among the suggested themes. Four themes were then formulated for further analysis (see Table 1).

In the second step, the themes from Step 1 worked as code groups. Meaning units were identified and sorted into the code groups, and the names of the code groups were adjusted. In Step 3, we further sorted the meaning units in each code group into subgroups. We reviewed the meaning units in each subgroup and constructed a *condensate*, which is an artificial quotation expressing the differentiated meanings of the meaning units in each particular subgroup. Malterud points out that at this stage, the condensates are to be written in the first-person form, close to the participants' self-understanding. We wrote them instead in "we-form," referring to the group (see illustration Table 2).

In the fourth stage, the condensates were analysed in the light of the study's aim and our previously discussed understanding of the transcribed interviews. Analytic texts for each code group, which consisted of a condensation of the main points in the condensates from each subgroup, were formulated and written at a higher level of abstraction. New headings for the code groups were developed, changing the code groups' designations into result categories. For instance, the code group "The content in progress notes and challenges in reporting" was renamed to the result category "Reporting observations from an expert and distant position" (see Table 3).

In accordance with Malterud's (2012) view, we understood that these headings were not supposed to be neutral category labels, but

TABLE 1 Themes (Malterud's Step 1)

The content in progress notes and challenges in reporting
Various features of progress notes
Too little extent of reporting individual's own assessment and professional skills
The ward staff govern the progress notes' content

TABLE 2 Illustration of the process from meaning units in one code group to condensate (Malterud's Step 3)

Code group	The content in progress notes and challenges in reporting
Subgroup	Efforts to achieve neutral and objective descriptions of patients
Meaning unit	<p>Writing progress notes was emphasised in my nursing education</p> <p>They stressed writing objective observations, not subjective judgements</p> <p>The report had to be factual and short formulated</p> <p>To document as neutrally as possible</p> <p>I want to be rational in what I observe</p> <p>You should write: it was observed that. . . or you can write that the patient said he was sad, not that I believe he was sad</p> <p>It has to be objective</p> <p>We use quotation marks and write what the patient said in order to prevent writing our interpretations</p> <p>What the patient said is thoroughly documented</p> <p>You can't write that the patient is weird</p> <p>You may write that he suddenly ran out of the living room, not what you think about his behaviour</p> <p>You can't write he is paranoid</p> <p>No. . . describe the situation</p> <p>Yes, he darkened in his eyes</p> <p>He said this is not my medicine</p>
Condensate	We learned the importance of writing objective progress notes from our nursing education. We are supposed to write shortly and neutrally about what we have observed from a situation and not our interpretations. If a patient behaves deviantly, you have to write exactly what he did. We often use quotation marks to report what the patient said. We don't write that the patient was paranoid, but describe his facial expressions

TABLE 3 Result categories developed from code groups (Malterud's Step 4)

1. Reporting observations from an expert and distant position
2. The weak position of staff-patient interactions in progress notes
3. Limitations for staff-patient collaboration in the reporting process

rather should express the researchers' significant interpretations of core meanings in the research material. Malterud (2012) recommends examining the result categories that emerge with research literature in the field. Our interpretations and category headings, at this stage, were influenced by relationship-oriented perspectives. We then went back to the transcribed interviews to check to see whether the headings and the analytic text presented a nuanced and balanced interpretation of the substantial content from the two interviews. During the writing process, we changed from three result categories to two, as there was too much overlap between the three

TABLE 4 Result categories after further interpretation (Malterud's Step 4)

1. The position of the professional as an expert and distant observer in the progress notes
2. The weak position of professional–patient interactions in progress notes

(see Table 4). We found that writing up the results several times, in itself, was essential in the analytical process, as Van Manen (2003), for example, also observed.

4 | RESULTS

The findings fall into two main categories with subcategories:

1. The position of the professional as an expert and distant observer in the progress notes

The perceived significance and challenges in reporting neutral and objective observations

Nursing diagnoses support reporting observations of challenging behaviours, but are less suitable for recovery-oriented perspectives

Ward Staff's' position as expert curtails important patient contributions in the development of progress notes

2. The weak position of professional–patient interactions in progress notes

Documenting challenging interactions increases the likelihood of being exposed to team members' evaluations

Therapeutic staff–patient relations are recognised in practice, but considered less relevant to report

Before presenting the two main categories in more detail, the following is a *summary of the main findings across the categories*.

When the participants described their work, they identified observations of patients and facilitating therapeutic staff–patient relations as their main tasks in practice, but the latter played only a minor role in the progress notes. Reporting observations of the patient to the psychiatrist for diagnostic purposes was considered most important. The ward staff placed great emphasis on objectivity, neutrality and distance, which is congruent with a traditional medical paradigm. This approach was considered to be one that would protect patients from “subjective descriptions,” which seemingly meant potentially exaggerated descriptions of situations that might risk a psychiatrist's jumping to conclusions about diagnoses or changes in medication. On the other hand, this approach also appeared to prevent the nursing staff from reporting their own professional judgements in a number of situations. Additionally, the participants perceived it to be difficult to fulfil the ideal of objectivity and neutrality in practice. Our findings indicate that writing progress notes put ward staff in the position of being experts, signifying that they were the ones with the competence to decide what the correct and

relevant observation was, and this made it challenging to involve the patient in the recording process.

The participants viewed the documentation template (writing progress notes according to the formulated nursing diagnoses) as suitable for reporting observations of the patient, but found it difficult to report patients' resources in this template, which worried them.

4.1 | The position of the professional as an expert and distant observer in the progress notes

4.1.1 | The perceived significance and challenges in reporting neutral and objective observations

The participants described writing adequate and accurate observations of patients as the most important aspect of their responsibility in progress notes. The overarching understanding was that precise and neutrally described observations protected patients from incorrect diagnoses and harmful treatment, which was a prime concern.

The participants were concerned that accountable clinicians in charge of their patients used the ward staff's reports as a basis for diagnosis and treatment in addition to the clinicians own clinical judgements and tests. Hence, common practice was to report detailed observations of a patient's behaviour and enclose in quotation marks what a patient had said. They believed this prevented their reports from being inaccurate and from reflecting their own personal judgements about a patient's paranoia or challenging behaviour. They emphasised their ethical responsibility for the patient and were afraid of writing biased observations or of misinterpreting behaviour, particularly in their reports about young people admitted to a psychiatric ward for the first time. They would also ask colleagues what they had observed to broaden the picture of a patient.

It is important to confer with other staff before I write. Sometimes they have very different observations of the patient than mine.

Although the goal of the staff's notes was to record objective observations and examples illustrating their observations, some questioned whether objectivity is possible at all:

It should be objectively observed, but in the discipline of psychiatry, there are many things we perceive that can't be proved.

I find it very challenging to write exact observations. What we write are supposed to be facts, not interpretations, but they are (interpretations).

There were a number of examples in the material from our interviews regarding how to quality check progress notes, particularly when documenting challenging staff–patient interactions. It was

common practice to discuss report formulation with colleagues to ensure that challenging situations were described in neutral language and were not influenced by the reporting staff's feelings. According to the nurses, the ideal of objectivity and neutrality in nursing documentation was strongly emphasised in their education. Some said they put more effort into reporting in a neutral language.

The participants felt that the most important objective in recording their patient observations was keeping the psychiatrists informed. However, in some cases they were cautious about reporting challenging patient situations due to staff's limited impact on decisions pertaining to treatment. For example, one nurse said she had refrained from reporting a situation where a patient acted out in anger. She considered this behaviour to be a reaction to a particular situation that had provoked the patient and not a sign of the patient's relapse. She believed that reporting this incident could possibly lead to increased medication or seclusion. This nurse's story contrasted with the dominant opinion that reporting detailed observations was a protection from what the nursing staff would consider wrongful medical treatment. With the patient's best interest in mind, this nurse's choice was to not report a situation that stood out, based on her judgement at that time. The participants discussed the possibility of writing their own assessments of such incidents, rather than omitting mention of them altogether. Doubts about whether the responsible clinicians actually take into consideration the mental health staff's clinical judgements stood out as an important obstacle. Their experience was that their views had more impact in team meetings where they discussed issues face-to-face with the therapists.

4.1.2 | Nursing diagnoses support reporting observations of challenging behaviours, but are less suitable for recovery-oriented perspectives

The participants regarded VIPS, the current model for nursing documentation on the wards, as a suitable instrument for structuring the reports of observations related to a formulated nursing diagnosis and for evaluating outcomes and interventions. However, in practice they found that their reports were only loosely linked to the nursing diagnoses. In both interviews, the participants expressed dissatisfaction with the fact that many progress notes failed to live up to the ideal of accurate evaluations of the nursing diagnoses, interventions and outcomes. In cases where a patient was admitted with symptoms of suspected psychosis, their task was to observe signs of delusions and hallucinations, to report, for example, observations of the patient talking to himself and how affected he seemed to be. However, in everyday practice the written reports often turned out to be a summary of the patient's activity during the shift. A typical report might read: "Most of the time stayed in the living room and has showed up for meals," or "Went to the store along with his contact nurse." Several of the participants deemed these kinds of summaries useless, and discussions about this issue took place. One nurse claimed that these types of reports have always existed and that the ideal of writing progress notes according to nursing diagnoses did

not make any difference. Some said the problem was that ward staff did not fully exploit the recording system. Others found that reporting strictly according to the nursing diagnoses and goals was insufficient. They argued that reporting a patient's activity such as, for instance, "showed up for meals," could be important in that it denoted healthy and normal behaviour, even if an observation about eating fell outside the particular patient's nursing diagnosis. The problem-oriented nursing diagnoses in the care plan sometimes seemed irrelevant.

I am about to write a report, but I can't find anything in the care plan I can link to what I've observed today. I want to show that I've done my job, so I feel I have to write something, but according to the documentation model, I should not.

One nurse thought the documentation model could be an obstacle to writing about patients' resources in reports and said:

Psychosocial is a key word I can use when I assess the patient's health status. However, there isn't any key word for resources like family, network, job, or what activities he likes. I struggle with these things.

The participants in both groups confirmed they had to write everything concerning resources under the key word *psychosocial*. They said that the lack of "resource keywords" could possibly cause important aspects of a patient's strengths and interests to be left out of the documentation. One participant said she struggled to find suitable keywords for reporting positive events from physical activities and walks. She found it illogical relating such events to the nursing diagnoses in the care plan, but felt that her colleagues often overlooked her reports if she did not link them to one of the diagnoses. Some questioned whether the recording system was appropriate in a mental health context.

4.1.3 | Ward staff's position as expert curtails important patient contributions in the development of progress notes

Overall, the participants were positive about collaborating with patients in their reporting. They emphasised that including patients' own knowledge about their situations could enhance the quality of the reports. Examples of valuable dialogues asking patients what they considered important to report were given. However, there were no stories of consulting patients about what to report after challenging staff-patient interactions. Rather, it seemed that patients were consulted when staff lacked information about a patient's status. This may imply that a patient's perspective on the content of a report was appreciated in "trivial situations," but disregarded when it came to challenging situations.

None of the participants practised writing reports *with* patients. They were resistant to this idea and questioned how they could

possibly write something neutral and objective if they were working with the patient. The ward personnel felt that patients' lack of insight into their own situations and their possibly distorted sense of reality would be the biggest challenges to that practice. They feared that writing reports with the patient could result in important aspects of the picture being left out. One participant said:

Reporting together with patients about hearing voices... I think I would have to de-emphasize my view and write a little kinder (than if I were writing solely on my own).

The essence of the above example is that the reports would have to be written differently if they were written with the patients. One might interpret that "write a little bit kinder" implies that the patient needs some kind of protection from the content of ordinary nursing reports.

Participants discussed another example of the protection-openness issue in response to the following scenario: an involuntarily admitted patient tried to hide a glass and keep it as a tool for deliberate self-harm. He begged the staff to leave this situation unreported in order to avoid extended involuntary commitment. The participants agreed that it was important to report an incident like this in spite of a patient's objections because it would protect the patient from treatment decisions based on false premises. Other issues raised related to protection versus openness were related to the imperative of reporting neutral observations, which they felt might be more difficult if patients were actively coproducing the content of the reports.

It is documented that she was angry. She doesn't agree. She thinks everything in this report is wrong, but it isn't.

The ideal of neutral observations and descriptions of the patient placed the ward staff in an expert position. The professionals were the ones to decide what the correct observation was, as well as to determine what was relevant to report to the clinicians and colleagues.

The participants said that many patients worried about what was written in the progress notes. In these cases, they informed patients orally about the content of the notes. Current practice was not to allow patients to read anything from the journals unless they got formal permission to receive a copy of the journal. This application and permission process took quite a while; thus, reading progress notes was rarely an option while the patient remained on the ward. Although the participants agreed about the importance of informing a patient about the contents of the notes, it is noteworthy that writing reports with a patient was not a theme at all. They certainly felt responsible for the patient and emphasised the importance of protecting the patient's integrity. For example, they would refrain from reporting sensitive stories from conversations with patients if the information was irrelevant regarding the treatment. Although our findings indicate a high level of ethical reflection, the content of the reports was mainly determined by the ward staff. Nursing care plans

included defined problems, goals and interventions set by the staff, and progress notes were written accordingly.

4.2 | The weak position of professional–patient interactions in progress notes

4.2.1 | Documenting challenging interactions increases the likelihood of being exposed to team members' evaluations

Our findings indicate there is uncertainty among the mental health staff about what their role should be. Some emphasised their role as observers, whereas others drew attention to how they used advanced communication in challenging professional–patient situations. When the participants described their clinical staff roles, it became apparent that there was some confusion about the observation-versus-relationship nature of their role. Several participants told stories of challenging interactions which, in some cases, they did not feel conformed to the dominant understanding of the therapeutic approaches of the clinicians and their staff colleagues. Although they wanted to describe their approaches in their reports, they didn't do so because they feared being labelled as unprofessional by team members who read the reports, particularly when they were reporting controversial actions.

Spontaneous discussions in the interviews indicated that physical contact was a controversial area in staff–patient relations and was often left out of the progress notes:

Participant (P) 1 He was in terrible despair, so I held my arms around him to calm him, but I think I reported, "The patient got some special care." Moderator: So you did not write anything about your physically touching him?
P 1: No. ... P 2: No one should physically touch the patient, particularly not in situations when you are left alone. P 3: Do I confirm his psychotic delusions, that there are real reasons to be terrified here, if I take his hand?

In the above example, one participant referred to a situation where she wrapped her arms around a patient. Although she thought she had done the right thing in this particular situation, she did not report it in the progress note because she feared team members' reactions. However, she described this situation to the therapists and her leader in order to be transparent.

P 4 I don't think it's common to write that you have been in physical contact with patients—at least you have to explain reasons for this approach. I struggle to know how to report nearness and distance.

The participants reflected on similar experiences they had had and said they avoided writing about physical contact with patients, particularly if they did not have a chance to explain and defend themselves at the next team meeting.

Another spontaneous discussion occurred when one participant explained what she had said to help a psychotic patient with reality orientation. Some responded that reality orientation rarely served its purpose; others argued in favour of this approach. These discussions may indicate how, when staff report an approach they took, colleagues may question their judgement. Another participant gave an example of a situation where she was annoyed with a patient and reacted spontaneously. In the aftermath, she judged her response as unprofessional. In her subsequent report, she chose to de-emphasise the patient's provocative behaviour as well as her own "unprofessional" response. Awareness of the possibility of being judged by team members, or being held responsible in a juridical sense, often made it particularly risky to report shortcomings and potential failures.

4.2.2 | Therapeutic staff–patient relations are recognised in practice, but considered less relevant to reporting

The participants emphasised the importance of adjusting to each patient and described a variety of approaches. When a patient cried, for example, they would actively encourage her to elaborate on her feelings, alternatively showing a wait-and-see attitude, giving her the opportunity to be silent or to express herself. If they had a feeling that a patient's suffering was related to sexual abuse in her or his past, they would be particularly cautious to avoid invading. They emphasised that they would not ask questions as if they were the patient's psychologist, but would rather encourage the patient to tell more about the issue in therapy sessions. In addition, they would introduce activities or conversation topics that would ease immediate pain or frustration. One said:

It's like you have a huge mixing console. You have 50 control levers you're carefully adjusting continuously: nearness-distance, limit-setting and how you communicate. It's about finding these small nuances. There are assessments and choices all the time.

The participants said that the progress notes did not reflect the efforts they put into staff–patient relationships—nor how challenging many situations were or what they actually did in these situations. However, they did not regard the absence of documentation of therapeutic exchanges in their progress notes as a problem. The participants' overriding view was that the reports should focus on the patients; the patient should be the main subject. Accordingly, the participants avoided making themselves the focus. Thus, the professional–patient relationship seemed to them irrelevant to document, and, upon the moderator's questioning the absence of reports about their interactions with the patients, some were very clear about this, as exemplified in this response: "You should not write a dialogue."

If the ward staff felt obliged to record interactions, they usually described an exchange in general and vague terms and referred to

themselves with phrases like "the undersigned" or "the nursing staff"—or avoided writing in the first-person voice. Typical examples were "He was given positive feedback for the way he handled the situation," or "The patient was secured in her room." Some felt these vague reports were sufficient because their colleagues would understand what this referred to in practice. None of them would ever use the first-person "I" in progress notes. The importance of this "rule" was emphasised by one nurse who had corrected nursing students who used the first-person "I" in their reports. Despite the personnel's unanimous agreement regarding reporting in impersonal and vague terms, it was unclear what the underlying reasons for this agreement were. We have seen that the participants avoided describing their own contributions in situations, in accordance with the underlying norm that the patient should be the focal point in the reports. This may be part of the logic. Interestingly, however, the participants referred to the psychologists' often using "I" in the patient journals, as well as frequently reporting aspects of their communications with the patients. The participants made a point out of the differences in the psychologists' and staff's documentation practice, but proposed no changes in either of them.

Although it was rare that the participants recorded what they had said or done in reported patient situations, there were some exceptions. A number of participants said they had written short dialogues to elucidate, for example, a patient's lack of insight or that he or she barely could handle confrontations. One nurse described an example where she asked a patient about dinner and his answer indicated delusions. In such cases, she recorded her nonprovocative question and the patient's deviant answer, in a neutral form. Some also pointed out the possibility of using progress notes as guidance to colleagues.

You can write that you have tried to ask the patient a variety of questions, but the patient didn't answer. Then the person on the next shift knows she must try a different approach... offer a walk together for instance.

5 | DISCUSSION

Our findings indicate that mental health staff in psychiatric wards hold contradictory views and follow competing paradigms regarding their professional roles. The themes that emerged in this study reflected a stark contrast between the actual therapeutic professional–patient interactions (which are regarded as the cornerstone of mental health care) and what is considered important to report from practice. In the group, the participants told stories about challenging staff–patient situations where they drew on skilled professional judgement and advanced communication skills to attune to the patient. Nevertheless, such communication practices and judgements were invisible in their progress notes. In addition, the participants were frustrated about how difficult it was to report patient resources in the existing reporting system. The content of their

progress notes was based mainly on what they considered relevant for the psychiatrist and psychologist to know related to diagnosis and medication and was in accordance with the medical paradigm.

Our findings about the one-sided focus on mental and behavioural problems from a neutral and distant position correspond to qualitative studies of nursing documentation (Berring, Pedersen, & Buus, 2015; Martin & Street, 2003). The problem-oriented nursing process and nursing diagnoses might be obstacles to reporting interactions between nursing staff and patients (Gjevjon & Hellesø, 2010; Petrovskaya et al., 2009). Although nursing diagnoses theoretically cover both problems and resources, previous studies found that only the problem-oriented aspect of nursing diagnoses was used in practice (Darmer et al., 2006). The participants struggled to cover positive events and patients' resources in the progress notes and, at the same time, report according to the nursing diagnoses. This way of reporting contradicts recovery and person-centred perspectives, which emphasise coping abilities, reciprocity in professional–patient relationships and a focus on the person rather than problems and symptoms (Andvig & Biong, 2014; Aston & Coffey, 2012; Ljungberg et al., 2015). In addition to shortcomings in the record systems' template to support the reporting of staff–patient interactions, there seemed to be little awareness among the participants of the importance of describing these interactions in the progress notes. Despite the stories they told about using advanced communication skills to attune to a patient's experience, they rarely or only vaguely reported these situations. The mental health staff role seemed to be unclear and comprised contradictory demands such as being a neutral observer to inform the clinicians versus facilitating therapeutic staff–patient relationships and having an independent therapeutic role. These findings harmonise with studies that have reported unclear nursing staff roles related to competing paradigms on psychiatric wards between a biomedical model and a model of nursing care based on humanistic values (McAllister & Moyle, 2008; Salzman-Erikson, Rydlo, & Wiklund Gustin, 2016; Wijnveld & Crowe, 2010). Studies of progress notes have described the nursing staff as invisible (Karlsen, 2007; Perron & Holmes, 2011). The participants in this study confirmed the ideals of neutrality and objectivity, but had unclear explanations for taking this stance. Is the pronoun *I* considered “too subjective,” and does it indicate a close relationship that challenges the neutral and objective observer's position? The participants reflected on the fact that psychologists reported fairly detailed accounts of what they had said and what questions they had asked patients and also referred to themselves in the first person. Could this be a reflection of a hierarchical system where invisible ward staff assist the “real” therapists, of whom the psychologists are a part? In a qualitative study of Wijnveld and Crowe (2010), the mental health nurses described their role as doing the job for the doctor and carrying out the doctor's instructions. Some felt their role was undervalued; others appeared to accept this situation. Carlyle, Crowe, and Deering (2012) concluded that mental health nurses often view their role as to support the work of the psychiatrist and therefore find it difficult to implement ideas anchored in their own professional understanding to meet the patients' needs. In our study,

the task to deliver observations to the psychiatrists and psychologists was seen as a major purpose of writing progress notes. This finding corresponds to other research findings of a strong hierarchical system where psychiatrist and psychologists are playing the major roles. Hence, reasons for nursing staff to be invisible in the progress notes need further exploration.

Several studies examine the implicit power of reporting observations of patients (Berring et al., 2015; Buus, 2009; Hamilton & Manias, 2006). The participants' views about not reporting controversial approaches like physical touch and their perceptions about failing to live up to their own nursing standards are interesting findings in our study in this respect. A meta-ethnography study concluded that helpful relationships for persons with severe mental illness are associated with the professional's sensitivity and improvisation when it comes to how to act within the relationship (Ljungberg et al., 2015). Our data imply that mental health staff practise these skills but consider them “dangerous” to report. The fears they expressed about being negatively evaluated by team members and their juridical concerns need to be addressed in order to encourage them to include relevant descriptions of staff–patient interactions in their progress notes.

Whatever their reasons might be for not reporting staff–patient interactions, our findings indicate that both successful interactions and communication that might offend the patient are left unreported. This documentation praxis constrains the possibility of evaluating staff–patient interactions. In a systematic review of patients' experiences in acute psychiatric wards, Nugteren et al. (2016) concluded that there is a need for nurses to have a better understanding of patients' experiences. Empathic skills and clear communication were recommended improvements. The same researchers suggested holding supervision sessions built upon discussions of concrete patient cases with attention being given to the patient's experience. Could progress notes reporting the patient experience and staff–patient communication be a tool for supervision? Researchers have suggested that nurses need to be able to articulate the theoretical basis for their approach to patient care, based on humanistic values (Carlyle et al., 2012; Delaney & Johnson, 2014; Gabriellson, Savenstedt, & Olsson, 2016). With this in mind, it is paradoxical that practises that could possibly reflect person-centred and recovery-oriented care are left unreported, while observations supporting a medical paradigm are well documented. It is important to note that the participants in our study carefully considered the issues related to documentation and that doing the best for their patients was their primary goal. Nonetheless, their own professional judgements were rendered invisible in the neutral language of their progress reports.

In the healthcare system today, user perspectives are strongly encouraged. This is also true in psychiatric care. Studies conducted in various inpatient mental health wards have found that patients were described in neutral and seemingly objective terms. There were no descriptions of patients' participation in their treatment plans, and patients' thoughts and experiences were rarely reported (Mahler et al., 2007; Perron, 2012; Perron & Holmes, 2011). Gildberg, Bradley, and Hounsgaard (2013) found that mental health staff did not

talk to the patients about the observations they reported. One might ask: Does the ideal of neutrality hamper the implementation of user involvement? Although the participants in our study were positive about patient participation in general, they nonetheless maintained a position as expert when it came to observing symptoms, formulating nursing diagnoses and writing progress notes. Patients' lack of insight was considered to be the main obstacle to writing progress notes with them. It seemed to be a general opinion, one not individually assessed in each case. This view could possibly explain a lack of discussion about the issue among the nursing staff.

A central aim of person-centred and recovery-oriented care is to enable patient participation (Andvig & Biong, 2014; Camann, 2010), but there are a number of obstacles to realising that aim. One obstacle may be the current documentation model. An earlier study questioned whether the current documentation model was suitable for recording nursing care in inpatient psychiatric wards (Krogh & Nåden, 2011). Another obstacle, as demonstrated in this study, may be participants' focus on reporting observations, documenting, for instance, that the patient is hearing voices and that he is convinced that the voices are real. Could development of documentation models based on recovery and person-centred perspectives promote the reporting of both patients' own experiences and the ward staff's communication to meet the patients' need in specific situations? Could such documenting practice influence nursing practice in the direction of less focus on confronting patients regarding, for instance, the reality of voices they hear? And could this make room for shared understandings between patients and mental health staff about the emotional distress related to hearing voices? Such shared emotional understanding would probably be a more effective way to enhance patient participation in the documentation process. We recognise the importance of ensuring and adjusting any collaboration between ward staff and patient according to the patient's mental state and likewise respecting the wishes of patients who might want to withdraw from the documentation process. However, it should not be a general and unquestioned premise that patients' experiences and judgements are distorted and should therefore be excluded from the documentation process.

According to the nurses strive towards objectivity in nursing documentation, which were claimed to be strongly emphasised in their education, it is interesting to see that some appeared to believe that it was possible to write completely objectively or neutrally about the patient, though being aware that they did not live up to this standard. Does this reflect a conflict between different epistemologies? Philosophical hermeneutics stresses that our pre-understanding and prejudices restrict the possibility of being neutral and objective (Gadamer, 1966, p. 9). This refers to pre-understanding as the necessary fundament for understanding at all, meaning that there is no neutral position to take. It also refers to the possibility of bias in how we interpret new situations, we may not be able to look beyond what appears closest to our own pre-understanding. Person- and recovery-oriented care is closely linked to a hermeneutical and phenomenological epistemology, challenging healthcare staff to reflect on their own pre-understanding when in clinical situations

with patients. On the other hand, the medical model based on positivistic epistemology requires objectivity in terms of being neutral as the basis for diagnosis and treatment. Does this imply a need for more teaching in nursing education on different epistemologies and their impact on different mental health care models? Jefferies, Johnson, and Griffiths (2010) stressed that nursing documentation is supposed to define and evaluate *nursing* practice. Does the strong focus on reporting objective observations in nurses' education hamper reporting and evaluation of core aspects in mental health nursing?

5.1 | Methodological considerations

The focus groups covered two different contexts of psychiatric inpatient wards. Nevertheless, the small sample may limit the findings' transferability. However, we consider the results to be a relevant contribution to the research literature about nurse-patient relations in nursing documentation. If and how mental health staff in psychiatric health care find the results relevant is yet to be evaluated in the field of practice itself, which concerns pragmatic validity (Kvale, 1996). Further exploration of ward staff's and patients' views on documentation is needed.

In qualitative research, researchers' experience and subjectivity become part of the study (Stige, Malterud, & Midtgarden, 2009). The first author had previous work experience in psychiatric wards. Thus, efforts were made to prevent the author's experiences from becoming an adverse bias: the first author wrote down her pre-understandings before the interviews took place to take a reflective stance towards this material. Data analysis followed the recommended steps in the systematic text condensation developed by Malterud (2012), which is a systematic and transparent method of analysis. Finally, the three authors reviewed interpretation of the data in repeated and frequent discussions.

The findings are analysed from two competing theoretical perspectives of mental health care: the traditional medical model and a relational and person-oriented model. Theories regarding professional roles and power structures could probably also provide relevant perspectives and additional insight to our data.

6 | CONCLUSION

Although the participants considered staff-patient interactions to be an essential part of mental health care, the perceived importance of recording neutral observations of patients' behaviour in a problem-based template seemed to hold the ward staff back from reporting these interactions. The participants did not perceive the current recording model, which is based on the nursing process, to support a focus on patients' resources or reporting staff-patient interactions. Furthermore, this model appeared to put the staff in a one-sided expert position in relation to the patient, which made it challenging to involve the patient in the reporting process. Essential aspects of mental health care that are based on recovery and person-centred care were not prioritised for documentation.

Our findings reflect ward staff's point of view. Studies designed to explore patients' perceptions of the use and content of progress notes are called for. More research on staff–patient collaboration in the documentation process is also of importance. More qualitative and quantitative studies may provide a more comprehensive picture of what is actually reported concerning mental health staff–patient interactions in progress notes.

7 | RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE

This study contributes to the critical examination of the documentation praxis, as well as to the critical examination of the documentation tool as to what is considered important to document.

CONTRIBUTIONS

Study design: KKM, SB, MR; data collection and analysis: KKM, MR and manuscript preparation: KKM, SB, MR.

ORCID

Kjellaug K. Myklebust  <http://orcid.org/0000-0003-0233-1711>

REFERENCES

- Andvig, E., & Biong, S. (2014). Recovery oriented conversations in a milieu therapeutic setting. *International Practice Development Journal*, 4(1), 6–22. <https://doi.org/10.1111/nup.12053>
- Aston, V., & Coffey, M. (2012). Recovery: What mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 257–263. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01776.x>
- Berring, L. L., Pedersen, L., & Buus, N. (2015). Discourses of aggression in forensic mental health: A critical discourse analysis of mental health nursing staff records. *Nursing Inquiry*, 22, 296–305. <https://doi.org/10.1111/nin.12113>
- Broderick, M. C., & Coffey, A. (2012). Person-centred care in nursing documentation. *International Journal of Older People Nursing*, 8, 309–318. <https://doi.org/10.1111/opn.12012>
- Buus, N. (2009). How writing records reduces clinical knowledge: A field study of psychiatric hospital wards. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23, 95–103. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.04.001>
- Buus, N., & Hamilton, B. E. (2016). Social Science and linguistic text analysis and nurses' records: A systematic review and critique. *Nursing Inquiry*, 23, 64–77. <https://doi.org/10.1111/nin.12106>
- Camann, M. A. (2010). The psychiatric nurse's role in application of recovery and decision-making models to integrate health behaviors in the recovery process. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 532–536. <https://doi.org/10.3109/01612841003687316>
- Carlyle, D., Crowe, M., & Deering, D. (2012). Models of care delivery in mental health nursing practice: A mixed method study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19, 221–230. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01784.x>
- Chung, M., Chiang, I., Chou, K., Chu, H., & Chang, H. (2010). Inter-rater and intra-rater reliability of nursing process records for patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3023–3030. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03301.x>
- Darmer, M. R., Ankersen, L., Nielsen, B. G., Landberger, G., Lippert, E., & Egerod, I. (2006). Nursing documentation audit – The effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 525–534. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01475.x>
- De Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartagliani, D., & Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1544–1552. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x>
- Delaney, K. R., & Johnson, M. E. (2014). Metasynthesis of research on the role of psychiatric inpatient nurses: What is important to staff? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20, 125–137. <https://doi.org/doi:10.1177/1078390314527551>
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Thorell-Ekstrand, I. (1996). Nursing documentation in patient records: Experience of the use of the VIPS model. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 853–867. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.26325.x>
- Frauenfelder, F., Achterberg, T., Needham, I., & Müller-Staub, M. (2016). Nursing diagnosis in inpatient psychiatry. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27, 24–34. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12068>
- Gabrielsson, S., Savenstedt, S., & Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 434–443. <https://doi.org/10.1111/inm.12230>
- Gadamer, H.-G. (1966). The universality of the hermeneutical problem. In D. E. Linge (Ed.), *Hans-Georg Gadamer philosophical hermeneutics* (pp. 3–17). London, UK: University of California Press.
- Gildberg, F. A., Bradley, S. K., & Hounsgaard, L. (2013). Comparing the obvious: Interactional characteristics of staff in acute mental health nursing and forensic psychiatric nursing. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 12, 205–214. <https://doi.org/10.1080/14999013.2013.832443>
- Gjevjon, E. R., & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 100–108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x>
- Hamilton, B., & Manias, E. (2006). 'She's manipulative and he's right off': A critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 84–92. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00407.x>
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare* (3rd ed). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Hyde, A., Treacy, M. M., Scott, A. P., Mac Neela, P., Butler, M., Drennan, J., & Byrne, A. (2006). Social regulation, medicalisation and the nurse's role: Insights from an analysis of nursing documentation. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 735–744. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.10.001>
- Instefjord, M. H., Aasekjær, K., Espehaug, B., & Graverholt, B. (2014). Assessment of quality in psychiatric nursing documentation – A clinical audit. *BMC Nursing*, 13(32), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-32>
- Jefferies, D. R. N. B. A. P., Johnson, M. R. N. B. M. P., & Griffiths, R. A. M. D. M. B. R. M. R. N. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112–124. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x>
- Karlsen, R. (2007). Improving the nursing documentation: Professional consciousness-raising in a northern- Norwegian psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 573–577. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01144.x>
- Krogh, G. V., & Näden, D. (2011). The use of hermeneutic interpretation statements in EPR documentation to capture qualities of caring. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3523–3531. <https://doi.org/10.1111/j.>

- 1365-2702.2010.03683.x <https://doi.org/10.1111/jcn.2011.20.issue-23-24>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups; A practical guide for applied research* (5th ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2015). The art of helpful relationships with professionals: A meta-ethnography of the perspective of persons with severe mental illness. *Psychiatric Quarterly*, *86*, 471–495. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9347-5>
- Mahler, C., Ammenwerth, E., Wagner, A., Tautz, A., Happek, T., Hoppe, B., & Eichstädter, R. (2007). Effects of a computer-based nursing documentation system on the quality of nursing documentation. *Journal of Medical Systems*, *31*, 274–282. <https://doi.org/10.1007/s10916-007-9065-0>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, *40*, 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Martin, T., & Street, A. (2003). Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*, 543–551. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00656.x>
- McAllister, M., & Moyle, W. (2008). An exploration of mental health nursing models of care in a Queensland psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, *17*, 18–26. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00507.x>
- Merritt, M. K., & Procter, N. (2010). Conceptualising the functional role of mental health consultation-liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau's nursing theory. *Contemporary Nurse: a Journal for the Australian Nursing Profession*, *34*, 158–166. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.34.2.158>
- Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B.-M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care-patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *11*, 29897. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29897>
- Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & Van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes – Application and impact on nursing practice: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *56*, 514–531. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x>
- Nugteren, W., Zalm, Y., Hafsteinsdóttir, T. B., Venne, C., Kool, N., & Meijel, B. (2016). Experiences of patients in acute and closed psychiatric wards: A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care*, *52*, 292–300. <https://doi.org/10.1111/ppc.12125>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Perron, A. (2012). The forensic patient's moral career as a measure of institutional disciplinary processes. *International Journal of Culture and Mental Health*, *5*, 15–29. <https://doi.org/10.1080/17542863.2010.540819>
- Perron, A., & Holmes, D. (2011). Constructing mentally ill inmates: Nurses' discursive practices in corrections. *Nursing Inquiry*, *18*, 191–204. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00526.x>
- Petrovskaya, O., McIntyre, M., & McDonald, C. (2009). Dilemmas, tetralemmas, reimaging the electronic health record. *Advances in Nursing Science*, *32*, 241–251. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181b1056e>
- Salzmann-Erikson, M., Rydlo, C., & Wiklund Gustin, L. (2016). Getting to know the person behind the illness – The significance of interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, *25*, 1426–1434. <https://doi.org/10.1111/jocn.13252>
- Saranto, K., Kinnunen, U.-M., Kivekas, E., Lappalainen, A.-M., Liljamo, P., Rajalahti, E., & Hyppönen, H. (2014). Impacts of structuring nursing records: A systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *28*, 629–647. <https://doi.org/10.1111/scs.12094>
- Sebergson, K., Norberg, A., & Talseth, A.-G. (2016). Confirming mental health care in acute psychiatric wards, as narrated by persons experiencing psychotic illness: An interview study. *BMC Nursing*, *15*, 3. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0126-x>
- Stevenson, J. E., Nilsson, G. C., Petersson, G. I., & Johansson, P. E. (2010). Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review. *Health Informatics Journal*, *16*, 63–72. <https://doi.org/10.1177/1460458209345901>
- Stige, B., Malterud, K., & Midtgarden, T. (2009). Toward an agenda of evaluation of qualitative research. *Qualitative Health Research*, *19*, 1504–1516. <https://doi.org/10.1177/1049732309348501>
- Triplett, P. (2013). Psychiatry and the meaningful use of electronic health records. *Perspectives in Biology and Medicine*, *56*, 407–421. <https://doi.org/10.1353/pbm.2013.0028>
- Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. J., & Hardiker, N. R. (2009). Nursing record systems: Effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD002099. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002099.pub2>
- Van Manen, M. (2003). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy* (2nd ed). London, UK: The Athlone Press.
- Wang, N., Hailey, D., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *67*, 1858–1875. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x>
- Wijnveld, A., & Crowe, M. (2010). Walking a fine line: Managing the tensions associated with medication non-adherence in an acute inpatient psychiatric setting. *Journal of Clinical Nursing*, *19*, 1378–1386. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03029.x>

How to cite this article: Myklebust KK, Bjørkly S, Råheim M. Nursing documentation in inpatient psychiatry: The relevance of nurse–patient interactions in progress notes—A focus group study with mental health staff. *J Clin Nurs*. 2018;27:e611–e622. <https://doi.org/10.1111/jocn.14108>

RESEARCH ARTICLE

Development and reliability testing of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes (SESPI): An assessment instrument of mental health nursing documentation

Kjellaug K. Myklebust¹  | Stål Bjørkly^{1,2}

¹Faculty of Health Sciences and Social Care, Molde University College, Molde, Norway

²Centre for Forensic Psychiatry, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Correspondence

Kjellaug K. Myklebust, Faculty of Health Sciences and Social Care, Molde University College, Molde, Norway.
Email: Kjellaug.myklebust@himolde.no

Abstract

Aim: To develop and test the reliability of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes (SESPI). Therapeutic nurse-patient interactions are fundamental in mental health nursing. However, little is known about how these interactions are recorded in nursing documentation and there is no instrument available for collecting this type of information for quantitative analysis.

Design: Instrument development and reliability testing.

Methods: The development of the SESPI was based on qualitative analyses of progress notes retrieved from patient records in two mental health services. A self-psychological attunement perspective guided the analyses. SESPI was tested for internal consistency and inter-rater reliability after 22 nurses independently scored 10 progress notes.

Results: Cronbach's alpha for the entire instrument was 0.977, indicating that the raters' scores had very high internal consistency. ICC was 0.770. The alpha and ICC values for each step were high, varying between 0.970 and 0.992.

KEYWORDS

empathy, inpatients, instrument development, medical record, nurse-patient relations, nursing assessment, psychiatric nursing

1 | INTRODUCTION

This article reports on the development of an instrument for assessing the quality and extent of reported interactions between psychiatric ward staff and patients in nursing documentation. Ward staff comprises professionals with different educational backgrounds such as, for instance, registered nurses, social workers and health-care assistants. All of them write progress notes as part of their daily nursing documentation. Hereafter, the term *staff* will refer to all the professional ward staff.

The importance of the therapeutic relationship is emphasized in mental health nursing literature (e.g. Owens, Haddock, & Berry, 2013; Wheeler, 2011). Empathy is vital in a therapeutic relationship (Bee et al., 2008; Peplau, 1952/1991; Travelbee, 1963). Though the importance of the therapeutic relationship to psychotherapeutic outcome has been established for years (Norcross & Lambert, 2018), therapeutic relationship as well as empathy have been difficult to operationalize and measure in nursing contexts (McAndrew, Chambers, Nolan, Thomas, & Watts, 2014; Yu & Kirk, 2008, 2009). Nearness and distance between persons wax and wane. A relationship

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2019 The Authors. *Nursing Open* published by John Wiley & Sons Ltd.

between two persons reflects how they and others perceive them as a pair. Interactions between persons are more concrete and easier to observe and report. Mental healthcare staff have emphasized the importance of empathy in conflict management, and empathic communication is associated with the reduction in seclusion and restraint. However, there is a debate about the precise meaning of empathy and how staff can improve their empathic skills (Gerace, Oster, O'Kane, Hayman, & Muir-Cochrane, 2018; Yu & Kirk, 2008).

Heinz Kohut postulated that empathy and attunement are core aspects in self psychological psychotherapy and empathy pre-supposes attunement (Kohut, 1977, 1984; Rowe & Mac Isaac, 1989). To attune to someone emotionally means to seek to understand the emotional and relational basis of another's behaviour rather than just the actual behaviour (Erskine, 1998). *Positive attunement* is the process of trying to come as close as possible to apprehending another person's subjective experience and communicating this understanding to her. This is one of the core features of empathic therapeutic interaction. Current psychotherapeutic literature highlights the significance of empathy and attunement in therapeutic relationships (Cooper, 2008; Finlay, 2016). The relevance of attunement goes beyond the psychotherapy context; for instance, Delaney, Shattell, and Johnson (2017) pointed to attunement as an essential nursing skill for creating therapeutic relationships in inpatient psychiatric care. Moreover, Lorem and Hem (2012) emphasized the importance of an attuned understanding in the relationship between staff and patients suffering from psychosis.

Considering the strong emphasis on the importance of the therapeutic professional-patient relationship in mental health practice, it is highly relevant that the quality and extent of staff-patient interactions be described in nursing documentation. To the authors' knowledge, no instrument exists for collecting this type of information for quantitative analysis. We searched in Cinahl, Medline, PsycInfo and ProQuest with the combinations of terms shown in Columns 1 and 2 of Table 1.

Systematic reviews have identified a range of audit instruments for nursing documentation, but not one had explicit measures for staff-patient interactions or for attunement and empathy (Saranto & Kinnunen, 2009; Wang, Hailey, & Yu, 2011). For studies measuring the presence of staff-patient interactions in nursing documentation, we found only one quantitative study: Juvé-Udina et al. (2014) evaluated the frequency of documented psychosocial interventions

in acute care settings, but only 3.8% of the data material were collected in mental health services. Qualitative studies from different mental health contexts found that nursing documentation primarily comprised nurses' observations of patients' behaviour and provided only limited information about staff-patient interactions (Buus & Hamilton, 2016; Martin & Street, 2003). This finding was confirmed in interviews with staff working in acute and open mental health services. The staff focused on documenting observations of patients for diagnostic purposes rather than on staff-patient interactions. Neither challenging interactions that succeeded in attuning to patients nor communications that failed to meet patients' emotional needs were reported (Myklebust, Bjørkly, & Råheim, 2018).

This article describes a reliability study of a scale that was developed to assess therapeutic staff-patient interactions recorded in nursing documentation. The scale was developed drawing on an analysis of a selection of staff progress notes. Progress notes in mental health services are the staff's reports in the electronic patient records that are usually written for every shift. Although some may question whether progress notes actually provide an accurate picture of staff-patient interactions, these notes are, nonetheless, the best accounts available short of doing observational studies (which involve very challenging practical and ethical issues). The following is an example of a progress note used in the current study (context: the patient was under mechanical restraint):

Anne was very anxious and agitated. When the nursing staff tried to talk to her, she strongly rejected contact and her body language expressed contempt and fury. Another nurse approached her calmly. She took her hand and tried, without saying anything, to show interest and care. The patient calmed down quickly and the nurse gave her time to express and verbalise her sad and angry feelings.

This is a straightforward example of a report that demonstrates how successful attunement between a patient and a professional opened up a dialogue and how progress notes can provide valuable data for evaluating therapeutic relationships in mental health services. The instrument developed in the current study was theory-driven, inspired by Kohut's emphasis on attunement in self psychology. Thus, the analysis of progress notes in this study focused on text describing patients' experiences and staff's attunement to the described experiences. The aim of the study was to develop and test the reliability of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes (SESPI).

2 | METHODS

2.1 | Design and data collection

The progress notes used for developing the SESPI were retrieved from 10 electronic patient records from an acute psychiatric ward and 10 from an open inpatient unit in a district psychiatric centre in

TABLE 1 Terms used in search for literature

1	2
Nursing/staff:	Scale
- Record	Instrument
- Care planning	Tool
- Documentation	Measure
- Note	
- File	
- Progress note	
Electronic health record	
Medical record systems	

Norway. There were 12 beds on the acute ward and 14 beds at the district psychiatric centre, with a total of about 90 staff members writing progress notes. Electronic documentation was implemented 15 years ago in these hospital units. These two wards were chosen to obtain progress notes from different contexts regarding severity of psychotic symptoms and challenging behaviours, involuntary versus voluntary admission and treatment with or without use of coercion and seclusion. The patients ($N = 20$) gave their consent to use their anonymous records for this purpose.

To avoid bias in the selection of progress notes, the study had a retrospective design. We used only progress notes written before the staff were informed about this research. Staff recruited patients who had been admitted to the wards any time during a 6-month period from November 2015, using the following criteria:

- The patient had been admitted to the ward at least once in the period between 1 November 2013 and 1 November 2015 (staff were informed about the study on the last-mentioned date).
- One of the admission periods had lasted at least 14 days.

After a patient consented to take part in the study, a nurse from each ward retrieved progress notes from the patient's electronic record. If the patient had been hospitalized more than once during the identified period, the most recent admission was selected. Progress notes were retrieved from admittance until discharge with an upper limit of 4 weeks.

2.2 | Instrument development

Below is a description of the process entailed in constructing the SESPI scale. The progress notes were prepared for analysis using the following procedure:

- Descriptions of all types of communication between staff and others, without the patient's being present in the actual situation, were removed.
- Notes from conversations between patients and those other than the staff (e.g. psychiatrists, family, friends) were removed.

Thereafter, after the above procedure, the remaining content of the progress notes was termed "an excerpt." The excerpts described episodes where staff and patients had an opportunity to interact. The development of the SESPI was based on qualitative analyses of these excerpts. The attunement perspective guided the analysis. The first author collected and grouped text describing patients' experiences after which both authors developed adequate quality category labels for the described experiences. Texts describing staff-patient interactions were analysed accordingly.

In total, 1050 excerpts were retrieved from the electronic patient journals and all were included in the qualitative analysis for scale development. Five categories describing patients' experiences and five types of staff-patient interactions emerged from the analysis, including a neutral category for experiences and a neutral

category for attunement. A selection of excerpts was scored to test these categories. In the process, we realized that the categories Neutral experiences and Neutral attunement were not part of what we were aiming to measure and analyse and thus excluded them. Consequently, the scale ended up with four categories for patient experiences and four types of attunement. Adjustments to the scale were made until the first and second authors were able to score the 1051 excerpts consistently, based on independent judgement and consensus.

2.3 | The raters

A sample of 22 raters (1 man, 21 women) participated in the reliability testing of the SESPI in October 2016. According to Bujang and Baharum (2017), this is the sample size required for the 10 observations (excerpts) the raters had in our study (statistical power of 80%, $\alpha = 0.05$ and an effect size difference of $ICC = 0.20$). We think that a detection of an effect size difference of 0.20 ($ICC = 0.70$ vs. 0.50) is acceptable for testing instrument development. Raters' ages ranged from 25 to 71 years old. Seventeen were registered nurses, and the remaining five had bachelor's degrees in social or health care-related work. The raters' experience with writing progress notes in a mental health service context varied from 1 to 20 years ($Mean = 5.95$, $SD = 4.85$). Sixteen were recruited through a continuing education programme in mental health at Molde University College in Norway. In addition, six nurses, previously graduated from the above-mentioned programme, volunteered to participate. Testing of the scale for the 16 students took place in a 90-min break between lectures at the University College. The procedure for the introduction and testing of SESPI was the same for the group of six nurses, but the scoring session took place at one of their regular meetings for reflection on work-related issues.

2.4 | Procedure

Ten excerpts for the reliability testing of the SESPI were picked from the pool of excerpts retrieved in the qualitative investigation of progress notes from the locked acute and open psychiatric wards. The selection of the excerpts was guided by the intention to test all four steps in the SESPI. Accordingly, the 10 excerpts represented a variety concerning if and to what extent, they contained descriptions of patients' experiences and staff's approaches. Before further description of the procedure for the reliability testing, we will present the SESPI.

2.4.1 | The instrument SESPI

The SESPI consists of four coding steps (Figure 1). In Steps 1 and 3, excerpts that lack a description of patient's experience or the staff's attunement are excluded. Step 1 sorts out whether an excerpt contains a description of the patient's experience or not. To pass Step 3, there must be an account of both the patient's expressed experience

All excerpts are scored in Step 1. The flow chart below specifies which excerpts are to be scored in Step 2 and 3 and 4 (if relevant)

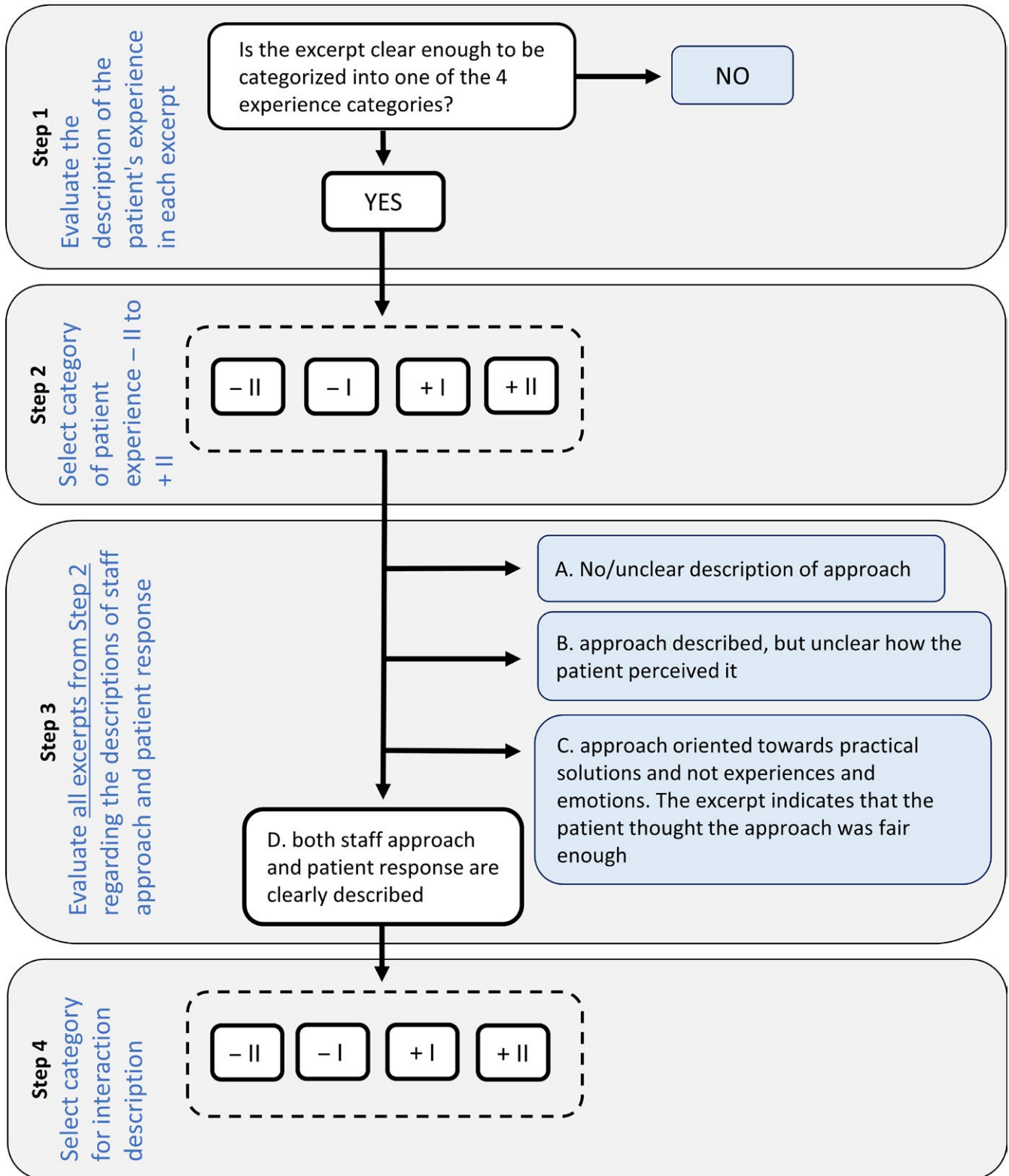


FIGURE 1 Flow chart for scoring excerpts in SESPI

and the involved nurse's attunement to it. Steps 2 and 4 include categories to assess the *quality* of patients' experiences and staffs' attunements, respectively.

In Step 1, all excerpts are scored dichotomously: "Does the excerpt contain some kind of description of patient's experience?" A *yes* means proceed to Step 2; a *no* signifies no further assessment of

TABLE 2 Percentage inter-rater agreement, steps 1–4

	Mean absolute score agreement	Mean absolute score agreement
Step 1 N = 22	95.9	
Step 2 N = 22	76.8	94.5 ^a
Step 3 N = 22	84.1	
Step 4 N = 22	66.4	89.8 ^b
Mean	80.8	92.2

^aMain category for Step 2 = Positive or negative patient experience reported. ^bMain category for Step 4 = Positive or negative staff attunement and positive or negative patient response reported (Step 4).

that excerpt. A typical example that would be scored “no” is “Mostly stayed in his room. He answers briefly when the staff poses specific questions.”

The following excerpt describing the interaction between staff and Anne (cited earlier) will be used to illustrate how excerpts were scored in the SESPI:

Anne was very anxious and agitated. When the nursing staff tried to talk to her, she strongly rejected contact and her body language expressed contempt and fury. Another nurse approached her calmly. She took her hand and tried, without saying anything, to show interest and care. The patient calmed down quickly and the nurse gave her time to express and verbalise her sad and angry feelings.

In Step 1, this excerpt was scored “yes,” and thus, the scoring proceeded to the next step.

Step 2 has four possible scores of patient experiences:

- II = Very uncomfortable
- I = Uncomfortable
- + I = Positive
- + II = Very positive

Distinctions between - II, very uncomfortable and - I, uncomfortable, are determined by intensity and duration. An acute anxiety attack indicates a very high level of discomfort and intensity and belongs to category - II. Thus, the excerpt above, where Anne is described as “very anxious and agitated” and her body language expressed “contempt and fury,” was scored - II Very uncomfortable. Long-lasting experiences (duration) are similarly scored: for example, a patient might repeatedly complain (not necessarily powerfully), throughout an entire shift, that all hope is gone. This, too, would be scored - II Very uncomfortable.

The positive + II experiences have greater importance and are longer lasting than + I experiences. Category + I does not require a positive experience in the “big picture,” but, rather, a positive experience in the moment (e.g. *he expressed relief to be admitted to the ward*). An example of an excerpt scored as + II is as follows:

She was writing in her diary about her life before she was hit by the accident and how she feels right now. She says she has not been able to write in 10 years and she is excited over this rediscovery.

In Step 3, the descriptions of staff–patient interactions are assessed by four alternatives:

- A. No or insufficient description of the staff's approach.
- B. The staff's approach is described, but the patient's response is not, or not sufficiently, described.
- C. The staff's approach is described, and the patient appears to experience it as fair enough. However, the approach is mostly oriented to practical solutions and fails to grasp the patient's experience or feelings.
- D. Both staff's approach and patient's response are described.

Our example with Anne and the staff was scored D. However, if this excerpt had stopped at “her body language expressed contempt and fury,” the correct score would be A (no description of staff's approach). Finally, if the excerpt described that the nurse “took her hand and tried, without saying anything, to show interest and care,” but failed to describe the patient's response, alternative B would be correct.

An example of an excerpt scored in category C, Step 3, was the following:

He was anxious and asked for and was given anxiolytic medicine. After a while, he said he felt less troubled.

This description indicates that the man experienced the nurse's approach as appropriate, but, on the other hand, the nurse did not invite him to express his experiences. Thus, this could not be scored as a category D and only excerpts scored as D (“both staff's approach and patient's response are described”) proceed to Step 4.

Step 4 contains four quality categories of attunement in the staff–patient interactions:

- II = Failed attunement
- I = Partially failed attunement
- + I = Partially successful attunement
- + II = Successful attunement

Excerpts where the staff member is described as being in an excessively expert position and the patient's response is strongly negative belongs to - II. For example:

He was restless and could not sleep. He wanted a vitamin supplement, but his request was rejected with the explanation that it was the middle of the night and that he had better get some sleep. He slammed the door loudly and shouted: “I want it now!”

Category - I includes a continuum from slightly authoritative approaches to approaches where the staff have tried to grasp the patient's experience, but the patient's reaction was negative.

The + I and + II categories include both approaches to explore or confirm a patient's experience and positive feedback from the patient. The following is an example of an excerpt that was scored as + I:

He was upset after the phone call with his mother. The contact nurse invited him along for a road trip and a walk. He came along and it seemed to ease his worries and to be a help for him to handle his difficult thoughts.

This description is imprecise, not describing, for instance, any questions the nurse asked. In contrast, a + II rating requires exact descriptions of a nurse's intervention, as in our excerpt with Anne where the nurse:

approached her calmly. She took her hand and tried, without saying anything, to show interest and care. The patient calmed down quickly and the nurse gave her time to express and verbalise her sad and angry feelings.

For more examples, see the SESPI (Appendix S1).

The SESPI and a short guideline were e-mailed to the raters before the reliability testing. The guideline contained some test samples of excerpts and how to code them. The raters were given a 20-min oral introduction to the SESPI. Each rater completed scoring five excerpts for practice, and then, the first author presented correct scores to all participants. Finally, the raters received 10 copies of the SESPI and 10 excerpts, both numbered from 1 to 10. They received the following instructions before they scored the excerpts independently:

Use copy 1 of the SESPI to code excerpt 1, copy 2 to code excerpt 2 in SESPI, etc.

All of the 10 excerpts are to be scored in Step 1 of the SESPI.

Use the flow chart, Figure 1, to determine whether the actual excerpt is to be scored further in Steps 2 and 3 and 4.

The SESPI has 14 score alternatives per rater, for each report excerpt (see Figure 1). A correct score in Step 4 depends on correct scores in both Step 1 and 3 (one has to score "yes" in Step 1 and alternative "D" in Step 3 to proceed to Step 4). Accordingly, there is only a 3.1% probability of making a correct score by chance in Step 4: Step 1: $\frac{1}{2}$ (one out of two choices) \times Step 3: $\frac{1}{4}$ \times Step 4: $\frac{1}{4}$ = $\frac{1}{32}$ (3.1%). Altogether, the total score range number was 3,080 (22 raters \times 10 excerpts \times 14 alternatives per excerpt = 3,080). This provided a substantial variance for the inter-rater reliability analysis.

2.5 | Statistical analyses

Two tests of scale reliability were used. We used Cronbach's alpha to estimate the internal consistency of the scores on the SESPI total

and for Steps 2, 3 and 4 separately. Kuder–Richardson 20 was used for the dichotomous scale in Step 1. The Intraclass correlation coefficient (ICC) was chosen to calculate the inter-rater reliability of the distribution of scores for the 10 excerpts across the four steps of coding and for Steps 1, 2, 3 and 4 separately. The Two-way Random effects model was used because both raters' and items' (the excerpts) effects were considered random, and our aim was to generalize our reliability results to other mental health staff. We used absolute agreement for estimating ICC for SESPI total and each step of the scale because the purpose of this investigation was to estimate systematic variability due to raters. A conventional 5% significance level and 95% confidence interval (CI) were used. Statistical analyses were conducted using the Statistical Package for Social Science (SPSS) Version 24.

2.6 | Ethical considerations

The Regional Committee for medical and health research ethics in Norway approved the study on the condition that patients consented to the use of the progress notes in their journals (reference number 2015/1471). All personal identifying information in the progress notes was removed before copies were given to the researchers.

3 | RESULTS

3.1 | Inter-rater and internal consistency reliability of SESPI estimated for the entire instrument

The SESPI was tested regarding inter-rater reliability and internal consistency. Cronbach's alpha for instrument total = 0.977. This is a very high alpha value, indicating that raters' scores had very high internal consistency for the four steps of the SESPI. Regarding the distribution of scores for the excerpts in each of the four steps, the ICC was lower, but still acceptable; ICC = 0.770 (95% CI 0.608–0.888).

3.2 | Inter-rater and internal consistency reliability for each step of SESPI

Step 1 has two score alternatives, *yes* or *no*. The internal consistency reliability was very high (Kuder–Richardson 20 for Step 1 = 0.984). The absolute inter-rater agreement for all scores ($N = 10$ scores per rater) was very high (95.9%, see Table 2). ICC for Step 1 was 0.982 (95% CI 0.959–0.995); however, this result must be interpreted with cautiousness because Step 1 is a dichotomous scale.

Steps 2 through 4 have a 4-point continuous scale for each step. Cronbach's alpha and the ICC values for these three steps were very high. Cronbach's alpha for Step 2 was 0.992, ICC = 0.992 (95% CI 0.981–0.998). The absolute agreement for all 10 excerpts' scores in Step 2 was 76.8%. The choices were - II Very uncomfortable, - I Uncomfortable, + I Positive and + II Very positive. The agreement was 94.5% when merging category - II and - I versus + I and + II (see Table 2). Cronbach's alpha for Step 3 was 0.970 and ICC was 0.968 (95% CI 0.929–0.991). The percentage agreement was high

(84.1) (see Table 2). Cronbach's alpha for Step 4 was 0.981 and ICC was 0.978 (95% CI 0.950–0.994). Step 4 had the lowest percentage absolute agreement (66.4) and Step 1, the highest (95.9). In Step 4, the choices were - II Failed staff attunement, - I Partially failed staff attunement, + I Partially successful staff attunement and + II Successful staff attunement. The mean score agreement was 92.2%, when combining the - II and - I scores into one category and the + I and + II scores into one category (Step 2 and 4). In Step 4, staff attunement (positive or negative) and patient response (positive or negative) to the attunement were scored. Mean score agreement for Step 4 was 89.8%.

4 | DISCUSSION

The reliability testing of SESPI showed very good results regarding inter-rater reliability and internal consistency. Cronbach's alpha for the total instrument was 0.98, indicating that raters' scores had a very high internal consistency. ICC was almost 0.80, indicating moderate to good reliability. In general, values above 0.90 are interpreted to indicate excellent reliability and values above 0.70 are considered acceptable for inter-rater reliability tests (Cicchetti, 1994; Koo & Li, 2016). A commonly accepted rule is that Cronbach's alpha value above 0.7 is acceptable. However Cortina (1993) showed that for scales with many items, the alpha values could be high despite low internal consistency. One of the current study's strengths was that the alpha values were high both for the entire instrument and for each of the four steps separately (each step had 2 to 4 items only). The results of percentage agreement in Table 2 generally support high agreement between the raters. Absolute agreement between raters was 96%, 77% and 84%, respectively, for the three first steps. Step 4 had the lowest agreement (66%). However, almost nine out of 10 raters agreed on whether the excerpt depicted a negative (- II or - I) or a positive (+ I or + II) attunement in this step. Thus, a 66% absolute agreement in Step 4 reflects only minor distinctions between the raters' interpretations of the reported attunement. The overall high ICC values indicate that the instrument is sustainable.

The purpose of our study was to develop an instrument for a subsequent quantitative study with scoring of a larger sample of randomized progress notes. The inter-rater reliability results indicate that the SESPI is a reliable tool for quantitative research. Though systematic reviews have revealed inaccuracy and inadequate documentation of nursing care in general, staff approaches aiming to facilitate therapeutic relationships were not investigated in any of these studies (Müller-Staub, Lavin, Needham, & Van Achterberg, 2006; Saranto et al., 2014; Wang et al., 2011). To our knowledge, SESPI is the first instrument developed to assess staff–patient interactions in nursing documentation using a quantitative design. This evaluation of nursing documentation takes a different approach than previous studies.

Researchers using the SESPI can discover what percentage of staff progress notes describes staff–patient interactions, as well as get an overview of documented examples of both successful and failed attempts at attunement.

There are many reasons for examining staff–patient interactions from this perspective. First, patients from acute psychiatric units have demanded more empathic understanding from staff (Bee et al., 2008; Hopkins, Loeb, & Fick, 2009; Moreno-Poyato et al., 2016). Stewart et al. (2015) concluded that initiatives to improve patients' experiences in these contexts were urgently needed. Second, Papadopoulos et al. (2012) found that staff–patient interactions were the most frequent antecedents to violent incidents in psychiatric inpatient settings. Staff's communication strategies in tense situations, for instance regarding limit-setting, were often found to be ineffective in preventing conflicts from escalating (Bowers et al., 2013; Quanbeck et al., 2007). Step 2 in SESPI assesses descriptions of patients' affects in specific situations. Getting a sense of a patient's affect, whether directly communicated or unspoken, is an essential part of attunement (Delaney et al., 2017). Step 4 may provide data for evaluation of staff–patient interactions regarding approaches proving effective in attuning to the actual patient in actual challenging situations. Thus, evaluation using the SESPI may contribute to a better understanding of which interactions the patient experienced as empathic and, in turn, increase and improve therapeutic staff–patient interactions. Of course, nursing documentation does not necessarily reflect the real experience of the patient. Other sources, such as patient interviews and observation of staff–patient interactions, will be valuable means for making improvements at the individual level. When the goal is to obtain a bigger picture of documentation of interactions at a ward or a hospital, however, the SESPI may be a better alternative.

Nursing staff with empathy ratings above average have been significantly associated with a reduced use of seclusion and restraint in psychiatric inpatient units (Yang, Hargreaves, & Bostrom, 2014). However, little is known about how empathy is developed and maintained in demanding staff–patient relations in acute mental health services (Gerace et al., 2018; Stewart et al., 2015). Delaney et al. (2017) noted that nurses lacked a language to explain how they facilitate therapeutic relationships and depicted a model for practice with attunement and empathy as central elements. SESPI's two categories of successful attunements contain situations where the staff succeeded in attuning to the patient. The patient's responses indicated that he/she had experienced an empathic understanding in these situations. At the same time, situations that scored in the two categories of failed attunements represented interactions where the patient experienced a lack of understanding from the staff, even though the staff might have had the best intentions. Could SESPI be a tool used for teaching purposes in nursing documentation and would such training support nurses in articulating their efforts to facilitate therapeutic relationships with their patients?

4.1 | Limitations

The current tests of the scale's reliability were chosen because three out of four steps in the scale consist of 4-point continuous

scales and thus SESPI (as a whole) is considered to be an instrument with continuous variables. Step 1 is the only one without a continuous score scale. Statistically, it might have been better to have had absolute zero score scales for each of the four steps. As described in 2.2, we attempted to use a 5-point scale, with a zero score reflecting a Neutral experience in Step 2. Similarly, a score point of Neutral attunement was included as one of five categories in Step 4. However, during the first testing of these score categories, we had difficulties operationalizing the Neutral categories and, even worse, finding excerpts that fit with these categories. In our opinion, removing the zero score category in Steps 2 and 4 strengthened the construct validity and the internal validity of the SESPI.

The 10 excerpts for testing the SESPI were picked for having the scope needed to address all four of the steps in the instrument. The content accuracy of the 1051 excerpts varied. We tried to select excerpts with acceptable accuracy and clinical relevance. However, an optimal design would use randomized excerpts and a higher number to be rated. Thus, the next step may be to test inter-rater reliability with a randomized sample of excerpts.

The results from this research must be interpreted with caution due to the preliminary, exploratory design. The findings may not be directly generalizable to staff in mental health services with different educational backgrounds. A scale's reliability is not a fixed quality, but depends on the specific group of raters and their training in the use of the scale (Streiner & Kottner, 2014). Clearly, when the SESPI is used in research projects or for internal evaluation purposes, new reliability tests are required for each project. This does not mean that our reliability testing of the SEPSI is superfluous. Any development of a new test or instrument requires reliability and validity testing.

5 | CONCLUSIONS

The results of the reliability tests conducted on the SESPI preliminary support its usefulness for quantitative research. The SESPI is an instrument that can be used to measure the quantity and quality of described nurse-patient interactions. The SESPI measures staff-patient interactions from a self psychology attunement perspective. It includes the extent and quality of reported patient experiences, staff's approaches and whether approaches succeeded in meeting patients' emotional needs. Thus, SESPI is an instrument that can evaluate whether recorded staff-patient interactions were reported as therapeutic. Consequently, quantitative studies using the SESPI may provide data for evaluating nursing documentation in relation to core values in mental health care. It is not known how mental health practice corresponds to what is documented. Hence, it is important for future research to design studies that compare qualitative and quantitative observations of staff-patient interactions with progress notes from the same interactions. Finally, it is paramount to explore how reported interactions correspond to patients' understanding and perception of these interactions.

CONFLICT OF INTEREST

No conflict of interest has been declared by the authors.

ETHICAL STATEMENTS

The Regional Committee for medical and health research ethics in Norway approved the study (reference number 2015/1471).

ORCID

Kjellaug K. Myklebust  <https://orcid.org/0000-0003-0233-1711>

REFERENCES

- Bee, P., Playle, J., Lovell, K., Barnes, P., Gray, R., & Keeley, P. (2008). Service user views and expectations of UK-registered mental health nurses: A systematic review of empirical research. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 442-457. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.02.008>
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Wright, S., Williams, H., & Stewart, D. (2013). Identification of the 'Minimal Triangle' and other common event-to-event transitions in conflict and containment incidents. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 514-523. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.780117>
- Bujang, M. A., & Baharum, N. (2017). A simplified guide to determination of sample size requirements for estimating the value of intraclass correlation coefficient: A review. *Archives of Orofacial Sciences*, 12, 1-11.
- Buus, N., & Hamilton, B. E. (2016). Social Science and linguistic text analysis and nurses' records: A systematic review and critique. *Nursing Inquiry*, 23, 64-77. <https://doi.org/10.1111/nin.12106>
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy*. London, UK: Sage Publications Ltd.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>
- Delaney, K. R., Shattell, M., & Johnson, M. E. (2017). Capturing the interpersonal process of psychiatric nurses: A model of engagement. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 634-640. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.08.003>
- Erskine, R. G. (1998). Attunement and involvement: Therapeutic responses to relational needs. *International Journal of Psychotherapy*, 3, 235-244.
- Finlay, L. (2016). *Relational integrative psychotherapy*. Oxford, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Gerace, A., Oster, C., O'Kane, D., Hayman, C. L., & Muir-Cochrane, E. (2018). Empathic processes during nurse-consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 92-105. <https://doi.org/10.1111/inm.12298>
- Hopkins, J. E., Loeb, S. J., & Fick, D. M. (2009). Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 927-937. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01501.x>
- Juvé-Udina, M.-E., Pérez, E. Z., Padrés, N. F., Samartino, M. G., García, M. R., Creus, M. C., ... Calvo, C. M. (2014). Basic nursing care: Retrospective evaluation of communication and psychosocial

- interventions documented by nurses in the acute care setting. *Journal of Nursing Scholarship*, 46, 65–72. <https://doi.org/10.1111/jnu.12062>
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY: International Universities Press Inc.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* (A. Goldberg & P. Stepansky Eds.). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15, 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Lozem, G. F., & Hem, M. H. (2012). Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 114–122. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x>
- Martin, T., & Street, A. (2003). Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 543–551. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00656.x>
- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2014). Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 212–220. <https://doi.org/10.1111/inm.12044>
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Suárez-Pérez, R., Acena-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Leyva-Moral, J., ... Roldán-Merino, J. F. (2016). The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A narrative review of the perspective of nurses and patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & Van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 514–531. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x>
- Myklebust, K., Bjørkly, S., & Råheim, M. (2018). Nursing documentation in inpatient psychiatry: The relevance of nurse–patient interactions in progress notes—A focus group study with mental health staff. *Journal of Clinical Nursing*, 27, e611–e622. <https://doi.org/10.1111/jocn.14108>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55, 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Owens, K. A., Haddock, G., & Berry, K. (2013). The role of the therapeutic alliance in the regulation of emotion in psychosis: An attachment perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 523–530. <https://doi.org/10.1002/cpp.1793>
- Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K., & Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 425–439. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01827.x>
- Peplau, H. E. (1952/1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York, NY: MacMillan.
- Quanbeck, C. D., McDermott, B. E., Lam, J., Eisenstark, H., Sokolov, G., & Scott, C. L. (2007). Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatric Services*, 58, 521–528. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.4.521>
- Rowe, C. E., & Mac Isaac, D. S. (1989). *Empathic attunement. The 'technique' of psychoanalytic self psychology*. London, UK: Jason Aronson Inc.
- Saranto, K., & Kinnunen, U.-M. (2009). Evaluating nursing documentation - Research designs and methods: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 464–476. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04914.x>
- Saranto, K., Kinnunen, U.-M., Kivekas, E., Lappalainen, A.-M., Liljamo, P., Rajalahti, E., & Hyppönen, H. (2014). Impacts of structuring nursing records: A systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 629–647. <https://doi.org/10.1111/scs.12094>
- Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., ... Bowers, L. (2015). Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 82–90. <https://doi.org/10.1111/inm.12107>
- Streiner, D. L., & Kottner, J. (2014). Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *Journal of Advanced Nursing*, 70, 1970–1979. <https://doi.org/10.1111/jan.12402>
- Travelbee, J. (1963). What do we mean by rapport? *The American Journal of Nursing*, 63, 70–72. <https://doi.org/10.2307/3452595>
- Wang, N., Hailey, D., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1858–1875. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x>
- Wheeler, K. (2011). A relationship-based model for psychiatric nursing practice. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47, 151–159. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00285.x>
- Yang, C.-P., Hargreaves, W. A., & Bostrom, A. (2014). Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Psychiatric Services*, 65, 251–254. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200531>
- Yu, J., & Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 440–454. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04831.x>
- Yu, J., & Kirk, M. (2009). Evaluation of empathy measurement tools in nursing: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1790–1806. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05071.x>

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information may be found online in the Supporting Information section at the end of the article.

How to cite this article: Myklebust KK, Bjørkly S.

Development and reliability testing of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes (SESPI): An assessment instrument of mental health nursing documentation. *Nursing Open*. 2019;00:1–9. <https://doi.org/10.1002/nop2.254>

RESEARCH ARTICLE

Open Access



The quality and quantity of staff-patient interactions as recorded by staff. A registry study of nursing documentation in two inpatient mental health wards

Kjellaug K. Myklebust^{1*}  and Stål Bjørkly^{1,2}

Abstract

Background: Therapeutic staff-patient interaction is fundamental in psychiatric care. It is recognized as a key to healing in and of itself, or a premise to enhance psychiatric treatment adherence. Still, little is known about how these interactions are recorded in nursing documentation. The purpose of the study was to assess the quality and quantity of staff-patient interactions as recorded in progress notes in nursing documentation.

Methods: The study has an observational registry study design. A random sample of 3858 excerpts was selected from progress notes in 90 patient journals on an acute psychiatric unit and an open inpatient district psychiatric centre (DPC) in Norway. The Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in progress notes (SESPI) was used to assess the progress note excerpts. It is developed to assess the quality and quantity in excerpt descriptions of staff-patient interactions in terms of empathic attunement. Descriptive statistics were calculated for the total sample and for each ward separately. Ordinal and multinomial logistic regression were used to estimate control for shift type, staff education level, and type of hospital ward.

Results: Only 7.6% of the total number of excerpts ($N = 3858$) described staff-patient interactions sufficiently to analyze them in terms of attunement. Compared to the DPC, the acute ward reported more staff-patient interactions. The evening excerpts reported more successful types of attunement than those from the night shifts. Education level did not contribute significantly to our models.

Conclusion: These findings present a unique insight into the quality and quantity of mental health nursing documentation regarding staff-patient interactions. Therapeutic interactions where staff tried to attune to the patients were rarely described. However, this is the first study measuring nursing documentation with the SESPI, and more studies are required to validate the scale and our findings. One potential clinical implication of this research is the development of a scale that personnel in psychiatric wards can have for evaluation of the quality of their reporting practice with emphasis on staff-patient interactions. By regular use this may help keeping up emphasis on emphatic attunement in milieu treatment contexts.

Keywords: Attunement, Empathy, Mental health care, Staff-patient relationship, Nursing records, Progress notes, Psychiatric care, SESPI, Therapeutic relationship

* Correspondence: Kjellaug.myklebust@himolde.no

¹Faculty of Health Sciences and Social Care, Molde University College, Box 2110, 6402 Molde, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



Background

Staff-patient interactions is a highly relevant topic for current research in inpatient mental health contexts [1–3]. In spite of a broad common understanding among staff and patients about the importance of therapeutic staff-patient relationships, it is unclear how, and to what extent, therapeutic staff-patient interactions unfold in clinical practice [4–6]. When it comes to the most tense and demanding situations, staff-patient interactions play a central role both as antecedents of aggressive episodes and as measures to prevent their escalation [7, 8]. Some studies have suggested positive effects of therapeutic staff-patient interactions relating to, for instance, schizophrenia or depression, but according to these studies, research measuring therapeutic staff-patient interactions are sparse [9, 10]. From a pharmacological perspective a therapeutic relationship seems important for treatment adherence [11]. A systematic review of studies conducted in a number of hospital units revealed discrepancies between nurses' and patients' views of good qualitative care and highlighted a need for further research in order to understand differing perceptions and to improve nurse-patient interactions [12]. Researchers have called for better operationalization of the term therapeutic engagement between nurses and patients to measure these aspects in acute mental health wards [13]. Qualified nurses constitute the highest number of persons working in mental health units, but ward staff also comprises professionals with other educational backgrounds such as, for example, social workers and assistant nurses [14, 15]. Nursing documentation is the record of care that was planned or given to individual patients by qualified nurses or other caregivers under the direction of a qualified nurse [16]. Accordingly staff members with different educational backgrounds are reporting in the nursing documentation. Ideally, these reports should contain a continuous narrative of a patient's experience, how the staff understood the situation, and how the staff dealt with it. All instances of psychosocial support are supposed to be reported [17].

Against this background and given that the therapeutic relationship has been considered a core feature of mental health nursing and mental health care in general (e.g. [18–20]), it could be expected that staff-patient communication would be a sustained element in nursing documentation in mental health care services. Additionally, it could be anticipated that researchers would pay attention to descriptions of staff-patient communications when assessing nursing documentation.

There are few studies examining descriptions of staff-patient interactions in nursing documentation. The most relevant quantitative study evaluated the frequency of documented psychosocial interventions in acute care settings, but only 3.8% of the data was collected in

mental health services [21]. This study reported a high frequency of interventions that were initiated to meet patients' basic needs and to create a basis for a therapeutic relationship. However, the researchers considered the documented interventions insufficient when it came to dealing with patients' emotional difficulties.

Researchers have focused on different aspects of structure, process, and content when assessing nursing documentation [22]. For example, issues that were explored included percentages of numbers of progress notes correctly signed and dated, the most frequently documented patients' problems across different hospital contexts, and documentation of vital somatic variables on psychiatric wards [23–25]. Others paid attention to the use of standardized nursing diagnoses in inpatient psychiatric care [26–28]. However, none of these studies addressed the content of described therapeutic staff-patient interactions or thematized staff-patient relationships in nursing documentation. A thematic analysis of care plans for patients previously involved in aggressive incidents touched on the topic we were searching for. Offering a conversation with a patient was the most frequently used de-escalation strategy (17%), but these de-escalation interactions were often described in vague and general terms [29]. Qualitative studies from different mental health contexts highlighted that nursing documentation primarily comprised nurses' observations of patients' behaviors and provided only limited information about staff-patient interactions [30–32].

Considering the strong emphasis on therapeutic staff-patient relationships in the mental health literature, it is remarkable that therapeutic interactions have barely been investigated in quantitative studies of nursing documentation in inpatient mental health care. Nursing documentation is an important source for evaluating and developing mental health care, and for this reason, examining the quality and quantity of described staff-patient interactions is highly relevant. Progress notes in mental health services are the staff's reports in the electronic patient records. They are usually written for every shift and, as such, they are an essential part of nursing documentation. The following is an example of an excerpt of a progress note from the current study:

Patient A was agitated and restless. He talked to himself, burst into laughter several times, and started to kick into thin air. When the nurse told him to stop this behavior, Patient A got very angry and upset.

This excerpt illustrates that not all interactions turn out to be therapeutic. In the current study, the staff-patient interactions in the progress notes were analyzed from an attunement perspective. Self-psychology is a psychotherapeutic approach that emphasizes the

paramount importance of empathy and attunement in creating and sustaining a positive therapeutic relationship [33–35]. Attunement is described as the key to an empathic interaction. The process of attuning to someone involves recognizing the other's affective mode and synchronizing to that person's emotional experience. Attunement is suggested to be one of the factors that can make a positive difference in patients' experiences of involuntary admissions and treatment [36, 37]. Furthermore, mental health staff have emphasized the importance of attuning to a patient at times when a patient's behavior is characterized by psychotic communication [38]. They tried to listen beyond the patient's seemingly disturbed communication and to focus on the feelings expressed through this behavior.

The aims of this study were to use the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes (SESPI) to

1. Identify the extent and quality of described patient experiences.
2. Assess the extent of reported staff attunement approaches in response to the described patient experiences.
3. Monitor the quality of the reported staff-patient interactions with a primary focus on the degree of failed or successful attunement.

Methods

Setting and sample

This study reviewed excerpts of progress notes from the nursing documentation from a locked acute psychiatric unit and an open inpatient district psychiatric centre (DPC) in Norway. These two hospital units differed considerably regarding severity of psychotic symptoms of the patients and challenging behaviors. Further, they differed pertaining to involuntary versus voluntary admission and treatment with or without use of coercion. Due to the void in the literature concerning staff-patient interactions in nursing documentation, these wards were chosen in order to assess the sensitivity of the SESPI in different treatment contexts. The reporting from this research was based on the checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). There were 12 beds at the locked acute ward and 14 beds at the DPC. Nurses with or without degrees in mental health care constituted the largest group of staff. Some of the staff had bachelor degrees in other health or social sciences, with or without further mental health education; others were healthcare assistants and assistants without formal education. Altogether, there were about 50 mental

health staff members at the acute ward and 40 at the DPC, all of whom were responsible for writing progress notes in the electronic patient records.

A pre-study of progress notes ($N = 1051$) retrieved from 10 electronic patient journals from each of these two wards had been previously conducted for instrument development and testing. The results from the pre-study showed significant differences between the two wards regarding documentation of staff-patient interactions in terms of categories of failed or successful attunement. The differences were measured with a 4-point scale ranked from Failed attunement (coded 1) to Successful attunement (coded 4). Mean score for the acute ward excerpts from progress notes was 2.77. This is a score between Partially failed attunement (coded 2) and Partially successful attunement (coded 3). As for the DPC mean score was 3.05, which is very close to Partially successful attunement, ($t(76) = 2.091, p = .040$). This means that the excerpts from the DPC described more often successful attunement compare to the excerpts from the acute ward. In the current study, we wanted to randomize a number of excerpts from progress notes. The difference between the two wards that were found in the pre-study, constituted the basis for estimating sample size of excerpts for each ward. To estimate the sample size needed, separate statistical strength calculations were conducted for each of the two wards based on data from the pre-study. A sample of 130 excerpts per ward that contained complete descriptions of staff-patient interactions, the final step in SESPI (Step 4), was required to obtain an 80% likelihood that the study would produce a statistically significant effect. The excerpts analyzed in the current study were randomized from 30 electronic patient journals from the acute psychiatric ward and 60 journals from the DPC. The estimated number of journals needed was based on the assumption that the journals for the current study contained the same average amount of excerpts that described attunement as the journals in the pre-study. A large number of excerpts ($n = 2974$) were retrieved from the 30 electronic patient journals on the acute ward and the 60 journals from the DPC ($n = 2823$ excerpts). By using a random number generator, excerpts were randomly selected, and scored in SESPI, until we reached saturation according to the sample size calculations based on the pre-study. In order to get the required 130 excerpts that fully described staff-patient interactions in terms of attunement, we had to randomize 1929 excerpts from the pool of excerpts from the DPC ($n = 2823$). Thereafter the same number of excerpts ($n = 1929$) were randomized from the acute ward ($n = 2974$).

Procedure for preparing progress notes for analysis and for scoring of excerpts

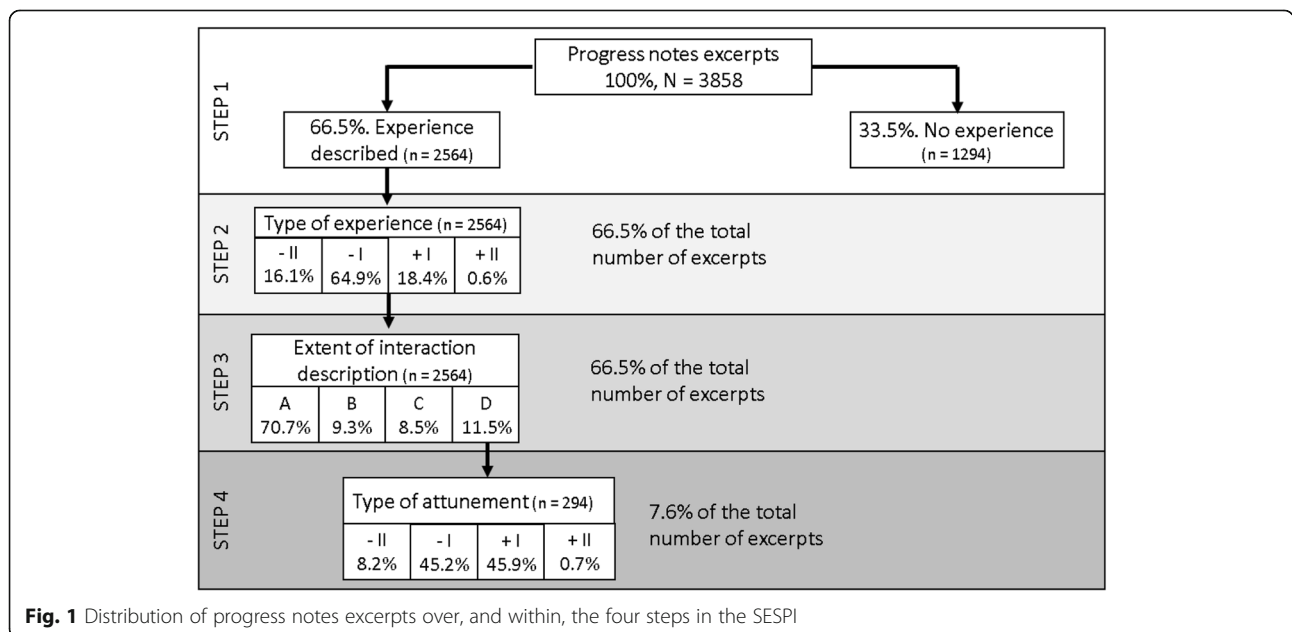
We used only progress notes written before staff were informed about this research (November 1, 2015). This was done to avoid research-triggered bias in the progress notes. A nurse from each ward picked the 30 or 60 journals that covered the most recent admission period of at least 14-days stay before the first of November 2015. The nurses retrieved progress notes covering the period from admittance until discharge, with an upper limit of 4 weeks. Only one admission was analyzed from each journal. The progress notes from the 30 journals at the acute psychiatric ward were written from May 3, 2015, to November 1, 2015, whereas the period for the DPC was from September 1, 2014, to November 1, 2015. According to the conditions for the study’s ethical approval all personal identifying information retrieved from the electronic patient journals was removed before copies of the anonymous progress notes were handed over to the researchers. Thus, the data used for this research did not contain any information about patients’ names, diagnoses, sex, occupations, or other sociodemographic variables. In addition, staff signatures were removed from the progress notes and only the occupation of the individual signing the note was accessible to the researchers. In line with the research aims, we wanted to exclude progress notes in which the staff and patient obviously had no opportunity to interact. The first author prepared the progress notes for analysis using the following procedure:

- Descriptions of all types of communication between staff and others were removed if the patient had not been present in the reported situation.
- Notes from conversations between patients and others than ward staff (e.g., psychiatrists, family, and friends) were removed.
- If a note contained more than one episode and different patient experiences or feelings were reported in relation to these episodes, the note was split and counted as two separate progress notes (or equal to the number of the described episodes).

After the removal procedure, the remaining content of the progress notes was included as “an excerpt”. All together there were 5797 excerpts from the two wards in the total sample for randomization. The SESPI was used to measure the quality and quantity of described experiences and staff-patient interactions in the randomized excerpts ($n = 3858$). The Cronbach’s alpha was very high for the entire instrument (.977) and the ICC was .770 when the SESPI was reliability-tested in a previous study [39].

The SESPI consists of four steps (see Fig. 1). The following excerpt, one of the 3858 that was scored in the current study, will illustrate how the excerpts were scored in the SESPI:

Patient B said she would never recover from her mental disease and wished to die. One of the nurses promised to see how she was doing every half hour and offered to sit down and do some hobby activities together with her. After a while, Patient B started to



draw a picture and explained that she had a mixture of feelings difficult to classify and describe. One part of her wanted to live, but the other part wanted to die. The nurse asked whether drawing and other activities helped her to get a distance from her thoughts. She confirmed that it was good for her to do some activities and that she felt more comfortable when she knew the nurse would come to see her and cared about how she was doing.

Step 1 has a dichotomous scale where the excerpts were assessed in terms of whether they contained some kind of description of a patient's experience or not. The episode with Patient B was scored in the category "experience described".

Step 2 has a four-point scale for patient experiences ranging from - II to + II:

- II = Very uncomfortable
- I = Uncomfortable
- + I = Positive
- + II = Very positive

Each category is operationalized with examples in the user manual of the SESPI (See Additional file 1). The description of Patient B's experience was given a - II because "Patient B said she would never recover from her mental disease and wished to die," indicating a very uncomfortable experience.

In Step 3, descriptions in the excerpts of staff-patient interactions were scored in one of the following four categories:

- A. No description of the staff's approach.
- B. The staff's approach is described, but the patient's response is not.
- C. The staff's approach is described, and the patient appears to experience it as fair enough. However, the approach is mostly oriented towards practical solutions and fails to capture the patient's experience or feelings.
- D. Both staff's approach and patient's response are described.

The "Patient B excerpt" was scored as category D. Only excerpts scored as category D continued on to Step 4. In Step 4, the described staff-patient interactions were assessed by four alternative categories of attunement:

- II = Failed attunement
- I = Partially failed attunement
- + I = Partially successful attunement
- + II = Successful attunement.

Excerpts where the staff member is described as being in an incongruent expert position and the patient's response is strongly negative is scored - II. For instance, the excerpt with Patient A, presented in the introduction of this paper, belongs to - II category ("...a nurse told him to stop this behavior, Patient A got very angry and upset"). Category - I includes a continuum from slightly authoritative approaches to approaches where staff tried to grasp the patient's experience, but the patient's reaction was negative. The + I and + II categories include approaches intended to explore or confirm the patient's experience together with positive feedback from the patient. The Patient B excerpt was given a + II because the description indicated that the nurse succeeded in meeting Patient B's emotional needs and that the nurse's approach opened a dialog where Patient B could reveal more of her feelings.

A nurse familiar with writing progress notes but who was not a part of the research team and the first author independently scored a sample of 90 excerpts using the SESPI. The excerpts were randomly selected from the pool of 3858. The Intraclass correlation coefficient (ICC) was applied to calculate the inter-rater reliability of the distribution of scores for the 90 excerpts across the four steps of coding. The One-way model was used. ICC between the two raters was acceptable, ICC = .76 (95% CI-0.216-1.000). Thereafter, the first author scored all of the 3858 excerpts, but consulted the second author for consensus decision throughout the scoring process.

Data analysis/ statistics

Statistical power calculations were done with Sample Power Version 3, the ordinal analyses with STATA Version 15, and all other statistical analyses were conducted with SPSS Version 25. Descriptive statistics for all variables were calculated for the total sample ($N = 3858$), and for each of the two wards separately. Independent two-sample t-tests were used to estimate differences between continuous variables and the Pearson chi-square test, for categorical variables.

The following three independent variables were used in all the regression analysis: Hospital ward (acute vs. DPC), Shift type (day, evening, night), staffs' educational level (bachelor degree with further education, bachelor degree, others such as healthcare assistants or assistants with no education). Binary logistic regression was used for calculating odds ratios for the independent variable in Step 1 of SESPI (did the excerpt describe the patient's experience? yes or no). The dependent variables in Steps 2 and 4 (- II, - I, + I, and + II) were scored (separately) from 1 to 4 in STATA. They were both scored on ordinal level score scales, and the normal distribution tests were significant. Hence, ordinal regression was

applied for Step 2 and 4. In Step 3, the dependent variable (A, B, C, D) was scored from 1 to 4 in SPSS with category D (both staff's approach and patient's response are described), as reference category. Multinomial regression was used to calculate likelihood ratios for the categories of interaction (Step 3). As shown in Fig. 1, 2564 excerpts proceeded to Step 2; thus $n = 2564$ is the total sum for the calculations of Steps 2 and 3. For Step 4, $n = 294$, see Fig. 1.

Results

A total of 3858 excerpts from progress notes were analyzed. Figure 1 provides an overview of the distribution of excerpts across the four steps and within each step. The most noteworthy result was that in only 7.6% of the excerpts were staff-patient interactions sufficiently described to be analyzed in terms of attunement (see Fig. 1). A description of the patient's experience was present in 66.5%, with approximately one third of the excerpts failing to cover any patient-related experiences or feelings. Only 11.5% of the excerpts that contained a description of a patient's experience described whether the staff succeeded or failed to attune to the patient in the particular episode.

Descriptions of patient experiences

Table 1 provides an overview of descriptive statistics for the randomized excerpts for the acute ward versus the DPC. Regarding educational level of staff that wrote the excerpts, DPC had the largest proportion of reporters with the highest level of education (41.6% with a bachelor's degree and further education in mental health versus 17% for the acute ward, $\chi^2(1) = 282.52$, $p < .001$). The two wards differed considerably in the number of excerpts reported from night shifts (acute with 29% vs. DPC with 8.2%; $\chi^2(1) = 275.46$, $p < .001$).

There was a significant difference between the wards concerning the number of excerpts that described experiences (acute = 64.3% vs. DPC = 68.6%; $\chi^2(1) = 7.82$, $p = .005$). However, when controlling for educational level and shift type, the DPC excerpts had about 18% decreased odds for reporting experiences compared to the acute ward (OR = .822, $p = .017$, 95% CI = .700–.966; see Table 2). Excerpts reported in day and evening shifts had increased odds for reporting experiences compared to the excerpts reported in night shifts (day shift, OR = 5.308, $p < .001$, 95% CI = 4.307–6.543; evening shift: OR = 6.474, $p < .001$, 95% CI = 5.260–7.969). The Hosmer and Lemeshow test was significant for this logistic regression model, but, as with any statistical test, the power increases with sample size. The size of the current data set ($N = 3858$) is large, implying that minor deviations from the proposed model will be considered

Table 1 Descriptive statistics for the acute ward excerpts versus DPC excerpts

	Acute n (%)	DPC n (%)	Total n (%)
Independent variable: Education level staff			
Bachelor with further education	327 (17.0)	802 (41.6)	1129 (29.3)
Bachelor	869 (45.0)	856 (44.4)	1725 (44.7)
Other	733 (38.0)	271 (14.0)	1004 (26.0)
Total	1929 (100)	1929 (100)	3858 (100)
Independent variable: Shift type			
Day	619 (32.1)	915 (47.4)	1534 (39.8)
Evening	751 (38.9)	856 (44.4)	1607 (41.7)
Night	559 (29.0)	158 (8.2)	717 (18.6)
Total	1929 (100)	1929 (100)	3858 (100)
Dependent variable: Experience described			
No	688 (35.7)	606 (31.4)	1294 (33.5)
Yes	1241 (64.3)	1323 (68.6)	2564 (66.5)
Total	1929 (100)	1929 (100)	3858 (100)
Dependent variable: Type of described experience			
- II Very uncomfortable	252 (20.3)	160 (12.1)	412 (16.1)
- I Uncomfortable	829 (66.8)	834 (63.0)	1663 (64.9)
+ I Positive	155 (12.5)	318 (24.0)	473 (18.4)
+ II Very positive	5 (0.4)	11 (0.8)	16 (0.6)
Total	1241 (100)	1323 (100)	2564 (100)
Dependent variable: Type of described staff-patient interactions			
A. No staff approach	869 (70.0)	945 (71.4)	1814 (70.7)
B. Staff approach, but not the patient's response	106 (8.5)	132 (10.0)	238 (9.3)
C. "Superficial" staff approach	104 (8.4)	114 (8.6)	218 (8.5)
D. Fully described interaction	162 (13.1)	132 (10.0)	294 (11.5)
Total	1241 (100)	1323 (100)	2564 (100)
Dependent variable: Type of described attunement			
- II Failed attunement	21 (13.0)	3 (2.3)	24 (8.2)
- I Partially failed attunement	79 (48.8)	54 (40.9)	133 (45.2)
+ I Partially successful attunement	61 (37.7)	74 (56.1)	135 (45.9)
+ II Successful attunement	1 (0.6)	1 (0.8)	2 (0.7)
Total	162 (100)	132 (100)	294 (100)

significant. This is a well-known limitation of the Hosmer and Lemeshow test [40].

Of the total number of excerpts, 66.5% proceeded to Step 2 in SESPI and were assessed in terms of what kind of patient experiences were reported. The extreme score proportions of the excerpts that described patients' experiences were as follows: - I Uncomfortable (64.9%) and + II Very positive experience (0.6%) (see Table 1). The DPC excerpts described degrees of positive

Table 2 Logistic regression analyses for not described versus described patient’s experience (Step 1 in SESPI)

	Odds Ratio (95% CI)	P value
Education level (ref = Bachelor with further education)		
Bachelor	1.108 (.935–1.313)	.238
Other	1.049 (.852–1.293)	.650
Shift type (ref = Night)		
Day	5.308 (4.307–6.543)	<.001
Evening	6.474 (5.260–7.969)	<.001
Hospital ward (Acute vs DPC. ref. = Acute)	.822 (.700–.966)	.017

Reference category: not described experience

experiences more often than the acute ward (+ I Positive experience: 24.0% vs. 12.5%). Moreover, 20.3% of the excerpts from the acute ward were scored in - II Very uncomfortable, whereas the percentage share for the DPC was 12.1%; $t(2562) = -8.7, p < .001$. This difference was also significant when controlling for education level and shift type ($OR = .442, p < .001, 95\% CI = .311-.631$) (see Table 3). Excerpts reported from the day and evening shifts contained more experiences in the positive spectrum than those from the night excerpts. Table 3 shows that both day and evening excerpts had about 40% decreased odds of reporting uncomfortable experiences, compared to the excerpts from the night shifts. There were no significant differences between the education categories regarding whether staff reported patients’ experiences or not (see Table 2). Neither were there revealed significant differences between the three staff groups for Step 2 (categories of recorded experiences) (see Table 3).

Descriptions of staff-patient interactions

A very high proportion (70.7%) of the 2564 excerpts that described patients’ experiences ($n = 2564$) did not report

Table 3 Ordinal regression analyses for recorded patient experiences (Step 2 in SESPI)

	Odds Ratio (95% CI)	P value
Education level		
Further education	1	0.534
Bachelor	0.960 (.782, 1.179)	0.700
Other	0.876 (.689, 1.112)	0.277
Shift type		
Day	0.591 (.439, 0.794)	< 0.001
Evening	0.584 (.437, 0.783)	< 0.001
Night	1	
Hospital ward		
Acute	1	< 0.001
Dpc	0.442 (.311, 0.631)	< 0.001

any approaches at all from staff (see Table 1). Almost 10% (9.3%) of the excerpts described staff approaches, but had no information on how patients had responded to these approaches. A somewhat lower proportion (8.5%) reported superficial staff approaches that patients appeared to experience as fair enough. Mostly, these approaches were oriented toward practical solutions and failed to capture patients’ experiences. Only 11.5% described both the staffs’ approaches and the patients’ responses, the two criteria that had to be met to assess attunement. According to Table 4, educational level did not explain much of the variation concerning the degree of reported staff-patient interactions. The “Other” staff group had 44% increased odds for not reporting their approach at all versus writing a complete staff-patient interaction when they were compared to the staff group with the highest level of education ($LR = 1.444, p = .049, 95\% CI = 1.001-2.083$). This was the only significant finding for the education variable. Day and evening excerpts had almost 80% increased odds for not

Table 4 Multinomial regression analyses for type of described staff-patient interactions (Step 3 in SESPI)

	Likelihood Ratio (95% CI)	P value
A. No staff approach (ref = D. Fully described interaction)		
Education level (ref = Bachelor with further education)		
Bachelor	1.021 (.759–1.372)	.891
Other	1.444 (1.001–2.083)	.049
Shift type (ref = Night)		
Day	1.784 (1.189–2.675)	.005
Evening	1.790 (1.201–2.667)	.004
Hospital ward (Acute vs. DPC)	1.407 (1.070–1.851)	.015
B. Staff approach, but no patient’s response (ref = D. Fully described interaction)		
Education level (ref = Bachelor with further education)		
Bachelor	1.332 (.879–2.018)	.176
Other	1.318 (.786–2.211)	.295
Shift type (ref = Night)		
Day	2.898 (1.455–5.774)	.002
Evening	2.639 (1.331–5.235)	.005
Hospital ward (Acute vs. DPC)	1.463 (1.001–2.140)	.050
C. “Superficial” staff approach (ref = D. Fully described interaction)		
Education level (ref = Bachelor with further education)		
Bachelor	1.122 (.740–1.699)	.588
Other	1.207 (.712–2.047)	.485
Shift type (ref = Night)		
Day	.619 (.365–1.048)	.074
Evening	.593 (.353–.996)	.048
Hospital ward (Acute vs. DPC)	1.519 (1.030–2.239)	.035

reporting their approaches at all compared to the night excerpts. For the category “staff approach described, but no patient’s response,” the differences compared to the night excerpts were even larger (*LR* for day excerpts = 2.898, $p = .002$, 95% CI = 1.455–5.774; *LR* for evening excerpts = 2.639, $p = .005$, 95% CI = 1.331–5.235). Because the night excerpts had lower odds for reporting patients’ experiences (which meant that many of the night reports did not proceed to Step 2 and 3 in SESPI), they were not assessed on staff-patient interactions. However, when the night excerpts did describe a patient’s experience, these excerpts had increased odds for reporting both the staff’s approach and the patient’s response compared to excerpts reported from day and evening shifts. There was only one exception to this. For the category “superficial approach,” where the staff met the patient adequately, but on a superficial level (for instance, offering anxiolytic medicine at the patient’s request when the patient was anxious), the current category *LR* for evening excerpts was .593, $p = .048$, 95% CI = .353–.996. Concerning differences between the wards regarding staff-patient interactions, excerpts from the DPC had increased odds for all the three categories presented in Table 4, showing that the acute ward had the greatest odds for reporting both their approach and the patient’s response to the actual approach. The difference in favor of the acute ward was 40–50%.

Only 294 out of the 3858 excerpts (7.6%) were possible to assess concerning attunement. This number of excerpts ($n = 294$) had the following score distribution: 8.2% were scored in – II Failed attunement, whereas only 0.7% were in the + II Successful attunement category (see Table 1). The most frequently reported interactions were – I Partially failed attunement, 45.2%, and + II Partially successful attunement, 45.9%. A majority of excerpts from the acute ward (62%) scored in one of the two categories of failed attunement, compared to 43% from DPC. DPC had more excerpts reporting + I Partially successful attunement; $t(292) = -4.06$, $p < .001$). According to Table 5, these differences were confirmed when controlling for the other variables. There was a 72% reduced odds of reporting “on the lower part of the scale”, i.e. in the failed attunement spectrum, for the DPC excerpts, compared to the excerpts from the acute ward ($OR = .279$, $p = .001$, 95% CI = .129–.603). The evening excerpts had 64% decreased odds of reporting in the failed attunement spectrum, compared to the excerpts from the night shifts ($OR = .360$, $p = .012$, 95% CI = .163–.797).

Discussion

The aim of this study was to use SESPI to assess the quality and quantity of patients’ experiences and the documented staff approaches in response to them in a

Table 5 Ordinal regression analyses for recorded attunement (Step 4 in SESPI)

	Odds Ratio (95% CI)		P value
Education level			0.139
Further education	1		
Bachelor	0.543	(0.290, 1.016)	0.056
Other	0.582	(0.285, 1.188)	0.137
Shift type			0.038
Day	0.504	(0.224, 1.133)	0.098
Evening	0.360	(0.163, 0.797)	0.012
Night	1		
Hospital ward			0.001
Acute	1		
Dpc	0.279	(0.129, 0.603)	0.001

randomized sample of excerpts from nurses’ progress notes. The study showed that one third of the excerpts from the progress notes did not contain any descriptions of patients’ experiences. However, the most remarkable finding was that only 7.6% of the excerpts described how staff responded to patients’ experiences. This means that as much as 92.4% of the excerpts were impossible to assess according to attunement, which is a core feature in a therapeutic interaction [41, 42]. In a previous qualitative study [43], nurses revealed that in their training they were advised to only report observations of the patient and to avoid writing their own interpretations. The staff members considered reporting relevant information to the psychiatrist for diagnostic purposes of the highest importance, and, in this context, patients’ experiences, as well as staff-patient relationships, had limited relevance for documentation. Other researchers have questioned whether the existing record system templates restrict documentation of psychosocial and relational dimensions of the care [44, 45]. A bio medical model for inpatient psychiatry is often described as contradictory to models of care which highlights the therapeutic staff-patient relationship. However, researchers described a positive correlation between a therapeutic staff-patient relationship and adherence to medical treatment and psychotherapy [11]. Still a general understanding of reporting according to a medical model as well as limitations in the electronic documentation template could possibly explain why the vast majority of excerpts in the current study could not be evaluated in terms of whether staff approaches turned out to be therapeutic or not. Additionally, reporting policies of the wards could possibly have restricted reporting of the staff-patient interactions. This finding contrasts with what a meta study of nursing documentation highlighted as the main purpose of staff’s reports: The documentation was supposed to reflect how staff understood their patients and

how they approached their patients in actual situations [17]. Patients have emphasized that staffs' ability to understand and grasp their experiences and feelings is of paramount importance to them [46, 47]. However, the excerpts in our study rarely recorded staffs' efforts in attuning to patients' feelings. As far as we know, no other quantitative studies have reported quality and quantity measures for staff-patient interactions in nursing documentation in mental health contexts. Accordingly, the current study appears to represent an important first step in the effort to explore the extent and quality of documented staff-patient interactions.

Some differences between the acute and the DPC unit were found. The number of excerpts reporting patients' experiences from the DPC 68.6% vs. acute: 64.3% was significantly larger. The DPC excerpts described patients' experiences as less uncomfortable, and the staff-patient interactions were scored as having more successful outcomes of attunement than the interactions from the acute ward. We failed to find other studies with the same design that investigated the outcome of empathic communication. Still, it seems reasonable that patients in an acute phase of their illness may experience higher degrees of very uncomfortable emotions compared to patients in more stable phases who are admitted to an open ward like the DPC. Lorem and Hem [38] highlighted that it is challenging for healthcare workers to achieve an attuned understanding when patients are in acute phases of psychosis. Factors like, for instance, the severity of the patient's symptoms and the staff at the acute ward having opportunities to use seclusion or mechanical restraints could be possible obstacles to attunement. This may explain why the excerpts from the acute ward more often described interactions of failed attunement. However, we also think that reporting failed attunement is important for improving the ongoing treatment process in the direction of change and with positive attunement as the main aim.

Previous research has indicated a need for evaluation and further development of therapeutic staff-patient interactions in acute mental health units [48]. Evaluation with the use of SESPI could be an important contribution to this end. For instance, in our study, excerpts from the night shift reported patients' experiences as being more uncomfortable and described interactions as falling more in the failed attunement spectrum than reports from the evening shift did. For evaluation and improvement purposes, these failed attunement interactions could be analyzed to explore alternative staff approaches with the potential of achieving more empathic understanding and communication. Of course, progress notes can only serve as a basis for evaluation of therapeutic staff-patient interactions if they contain this type of information. In our study, the night excerpts had

more descriptions of interactions than day and evening reports. It is important to note that we do not know how staff reporting actually corresponded to patients' experiences and perceptions. Progress notes are but one source for evaluation.

The results from our study suggest that staffs' efforts to facilitate therapeutic interactions were scarce in the nursing documentation, which is in line with findings from qualitative studies [31, 32]. Surprisingly, the study revealed no substantial differences between the staff education levels concerning reporting practices of staff-patient interactions. The small number of excerpts describing attuned interactions points to a need for reassessing staff training and nursing education regarding documentation and also to evaluate whether the documentation systems' templates support reporting core aspects of mental health care. However, we did not conduct an observational study of the quality and quantity of attunement on psychiatric wards. Therefore, one must keep in mind that our design only allows for discussions of reporting practices regarding attunement. An increased focus on reporting interactions, in itself, could possibly create a greater consciousness of therapeutic interactions in clinical practice.

One of the current study's strengths was the considerable number of randomized progress notes ($N = 3858$). The two mental health units chosen for this research represented a wide range of phases of patients' illnesses, diagnoses, and degrees of coercive versus voluntary treatment. These elements are important with regard to generalizability. We used the SESPI, a previously reliability-tested instrument, for assessing staff-patient interactions for attunement [39]. Attunement is an established term related to therapeutic interactions [33, 35, 49]. In the SESPI, the categories of attunement were operationalized with examples from staff progress notes in mental health services. The results from the current study showed a spread concerning the distribution of excerpts over the four steps in SESPI (See Fig. 1). These results indicate that SESPI is applicable to measuring progress notes in terms of the quantity and quality of reported patient experiences and staff-patient interactions. However, as the current study was the first to assess staff progress notes using the SESPI and we found no comparable research with other instruments, new studies are required in different inpatient mental health contexts. The aspects of generalizability and validity concerning the SESPI instrument discussed above need to be validated against these future studies.

Limitations

A considerable number of progress notes were randomized for this study, but only 294 described the staff-

patient interactions thoroughly enough to be assessed in terms of attunement. For this reason, the results for Step 4, the percentage share for each attunement category, must be interpreted with caution.

The National Committee for Medical and Health Research Ethics in Norway (NEM) approved this study without any demand for patient's consent on condition that the researchers had no access to personal identifying data of the patients. This approval was important to prevent systematic inclusion bias. However, the lack of information about diagnoses of the patients and psychiatric symptoms is a limitation of this study. Clearly, it is a demanding task to attune to a patient suffering from severe psychotic symptoms. Still, the cluster effects of the 90 journals used in the current research were low ($<.125$ in each of the four Steps of the SESPI). Therefore, future research may want to add diagnoses as an independent variable in the regression models to explore possible differences in the reporting of attunement. Additionally, in compliance with the conditions for ethical approval of this research, we had no access to staff characteristics except their educational background. Education did not explain much in our models. There was only one significant finding for this variable, and we did not find a sustainable interpretation of this result (see Table 4 for the category "other"). There could possibly be a lack of independence between the excerpts because the same staff member had written several excerpts. Due to the large number of randomized excerpts, and that about 90 persons wrote progress notes in the selection period, the risk of writer bias was low in the data set. The fact that the data did not reveal any major differences between the staff groups support this hypothesis. Nevertheless, to be on the safe side we recommend future research to control for staff background variables such as gender and years of practice in the analyses.

This is the first quantitative study evaluating nursing documentation using the SESPI. The results indicate that the SESPI has the ability to include and distinguish between different types of staff-patient interactions. However, further research is required both for validation of the results of our study and for validation of the scale. For these reasons we did not conduct analyses of possible interaction effects for the independent variables, but chose to emphasize main effect sizes in our findings. Still, in our opinion, this study is an important first step in quantitative investigation of staff-patient interactions in nursing documentation. From this perspective, the descriptive statistical findings are very important. We consider those results sustainable due to the large number of randomized excerpts. More studies on progress notes data from other mental health services, with other policies and characteristics of the patient groups, are

required before the findings can be generalized to other settings. We suggest that future studies include more than the three independent variables that were available for this research. We also recommend to test possible interaction effects in regression models with larger samples.

Conclusion

The findings from this study present a unique insight into the quality and quantity of mental health nursing documentation regarding reported experiences of patients and staff-patient interactions. Only 7.6% of the excerpts from the progress notes sufficiently described staff-patient interactions for analysis in terms of attunement. Nursing documentation is intended to reflect staffs' care for their patients. Still, therapeutic relationships, which are considered highly relevant and important in inpatient mental health care, were almost non-existent in the documentation. These results point to a need for discussing mental health staffs documentation practices, the focus in education programs concerning documentation of mental health care, and existing electronic reporting systems' templates in relation to core aspects in mental health care. However, as this is the first study measuring nursing documentation using the SESPI instrument, new studies are required to validate our findings.

Assessing nursing documentation regarding staff-patient interactions may generate more thorough documentation of staff-patient interactions in the future. In turn, nursing documentation may become a better source for the evaluation and development of therapeutic staff-patient interactions in clinical practice. Notably this research did not observe staff-patient interactions in practice, nor were patients' opinions of the reported episodes sought. Both of these would be important to include in future research.

Additional file

Additional file 1: Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions (SESPI). An instrument to evaluate progress notes in nursing documentation in mental health services. (DOCX 860 kb)

Abbreviations

DPC: An open inpatient district psychiatric centre; NEM: The National Committee for Medical and Health Research Ethics in Norway; SESPI: The Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in progress notes

Acknowledgements

We thank professor Petter Laake for statistical support and valuable discussions.

Authors' contributions

KM and SB contributed to the design of the study and the data analysis. SB supervised the statistical analysis. KM wrote the initial draft and both authors

contributed significantly to the final version of the manuscript. Both authors have read and approved the manuscript.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Availability of data and materials

The datasets generated and analyzed during the current study are not publicly available due to the conditions for the ethical approval, but are available from the corresponding author on reasonable request.

Ethics approval and consent to participate

The National Committee for Medical and Health Research Ethics in Norway (NEM) approved the study (reference number 2016/345). According to the Norwegian Act on medical and health research (the Health Research Act), 2008, § 2 and 4, informed consent from the patients must be obtained before personal information from their electronic health record can be used for medical or health research purposes. However, NEM assessed that the Health Research Act was not applicable to the current research project's aim and research questions. Moreover, NEM appraised the project to have "substantial benefit to society, because the therapeutic interaction between the professional and patient may be improved as a consequence of this research". NEM considered the inconvenience for the patients to be minimal, and that obtaining patient's consent could lead to systematical inclusion bias. Thus, NEM approved this study without any demand for patient's consent provided that all personal identifying information retrieved from the electronic patient journals was removed before copies of the progress notes used in the study were made. The approval was given in accordance with the Norwegian Personal Data Act, 2000, § 23, Exceptions to the right to information.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹Faculty of Health Sciences and Social Care, Molde University College, Box 2110, 6402 Molde, Norway. ²Centre for Forensic Psychiatry, Oslo University Hospital, Oslo, Norway.

Received: 12 April 2019 Accepted: 8 August 2019

Published online: 14 August 2019

References

- Bee P, Playle J, Lovell K, Barnes P, Gray R, Keeley P. Service user views and expectations of UK-registered mental health nurses: a systematic review of empirical research. *Int J Nurs Stud*. 2008;45:442–57.
- Thibeault C. An interpretation of nurse–patient relationships in inpatient psychiatry: Understanding the mindful approach. *Glob Qual Nurs Res*. 2016; 3:1–10.
- Wiechula R, Conroy T, Kitson AL, Marshall RJ, Whitaker N, Rasmussen P. Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *J Adv Nurs*. 2016;72:723–34.
- Goulter N, Kavanagh DJ, Gardner G. What keeps nurses busy in the mental health setting? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22:449–56.
- Pazargadi M, Moghadam MF, Khoshknab MF, Renani HA, Molazem Z. The therapeutic relationship in the shadow: Nurses' experiences of barriers to the nurse-patient relationship in the psychiatric ward. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36:551–7.
- Rose D, Evans J, Laker C, Wykes T. Life in acute mental health settings: experiences and perceptions of service users and nurses. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015;24:90–6.
- Papadopoulos C, Ross J, Stewart D, Dack C, James K, Bowers L. The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125:425–39.
- Renwick L, Stewart D, Richardson M, Lavelle M, James K, Hardy C, et al. Aggression on inpatient units: clinical characteristics and consequences. *Int J Ment Health Nurs*. 2016;25:308–18.
- Bery K, Gregg L, Vasconcelos e Sa D, haddock G, Barrowclough C. Staff–patient relationships and outcomes in schizophrenia: the role of staff attributions. *Behav Res Ther*. 2012;50:210–4.
- Haugan G, Innstrand ST, Moksnes UK. The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *J Clin Nurs*. 2013;22:2192–205.
- Thompson L, McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012;12:87.
- Papastavrou E, Efstathiou G, Charalambous A. Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *J Adv Nurs*. 2011;67:1191–205.
- McAndrew S, Chambers M, Nolan F, Thomas B, Watts P. Measuring the evidence: reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23:212–20.
- Gabrielsson S, Savenstedt S, Olsson M. Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *Int J Ment Health Nurs*. 2016;25:434–43.
- Renwick L, Lavelle M, James K, Stewart D, Richardson M, Bowers L. The physical and mental health of acute psychiatric ward staff, and its relationship to experience of physical violence. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28:268–77.
- Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes (review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD002099. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002099>.
- Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *Int J Nurs Pract*. 2010;16:112–24.
- Gunderson JG. Defining the therapeutic processes in psychiatric milieu. *Psychiatry*. 1978;41:327–35.
- Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*. 2018;55:303–15.
- Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: MacMillan; 1952; 1991.
- Juvé-Udina M-E, Pérez EZ, Padrés NF, Samartino MG, García MR, Creus MC, et al. Basic nursing care: retrospective evaluation of communication and psychosocial interventions documented by nurses in the acute care setting. *J Nurs Scholarsh*. 2014;46:65–72.
- Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*. 2011;67(9): 1858–75.
- Insteffjord MH, Aasekjær K, Espehaug B, Graverholt B. Assessment of quality in psychiatric nursing documentation - a clinical audit. *BMC Nurs*. 2014; 13(32):1–7.
- Juvé-Udina M-E. What patients' problems do nurses e-chart? Longitudinal study to evaluate the usability of an interface terminology. *Int J Nurs Stud*. 2013;50:1698–710.
- Sharma S. A retrospective study to audit nursing documentation of psychiatric patients of selected hospital, Ludhiana, Punjab. *Int J Nurs Educ*. 2014;6(2):16–9.
- Escalada-Hernández P, Muñoz-Hermoso P, González-Fraile E, Santos B, González-Vargas JA, Fera-Raposo I, et al. A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Appl Nurs Res*. 2015;28:92–8.
- Frauenfelder F, Achterberg T, Needham I, Müller-Staub M. Nursing diagnosis in inpatient psychiatry. *Int J Nurs Knowl*. 2016;27:24–34.
- Frauenfelder F, Müller-Staub M, Needham I, Achterberg T. Nursing interventions in inpatient psychiatry. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20:921–31.
- Hallett N, Huber JW, Sixsmith J, Dickens GL. Care planning for aggression management in a specialist secure mental health service: an audit of user involvement. *Int J Ment Health Nurs*. 2016;25:507–15.
- Berring LL, Pedersen L, Buus N. Discourses of aggression in forensic mental health: a critical discourse analysis of mental health nursing staff records. *Nurs Inq*. 2015;22:296–305.
- Buus N, Hamilton BE. Social science and linguistic text analysis of nurses' records: a systematic review and critique. *Nurs Inq*. 2016;23:64–77.
- Martin T, Street A. Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10:543–51.
- Kohut H. *The restoration of the self*. New York: International Universities Press, Inc; 1977.
- Kohut H. The curative effect of analysis: the self psychological reassessment of the therapeutic process. In: Goldberg A, Stepansky P, editors. *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press; 1984. p. 80–110.

35. Rowe CE, Mac Isaac DS. Empathic attunement. The 'technique' of psychoanalytic self psychology. London: Jason Aronson Inc; 1989.
36. Delaney KR, Shattell M, Johnson ME. Capturing the interpersonal process of psychiatric nurses: a model of engagement. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31:634–40.
37. Seed T, Fox JRE, Berry K. The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *Int J Nurs Stud*. 2016;61:82–94.
38. Lorem GF, Hem MH. Attuned understanding and psychotic suffering: a qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients. *Int J Ment Health Nurs*. 2012;21:114–22.
39. Myklebust KK, Bjørkly S. Development and reliability testing of the scale for the evaluation of staff-patient interactions in Progress notes (SESPi): an assessment instrument of mental health nursing documentation. *Nursing Open*. 2019;6:790–798.
40. Paul P, Pennel M, Lemeshow S. Standardizing the power of the Hosmer-Lemeshow goodness of fit test in large data sets. *Stat Med*. 2013;32:67–80.
41. Cooper M. Essential research findings in counselling and psychotherapy. London: Sage Publications Ltd; 2008.
42. Finlay L. Relational integrative psychotherapy. Oxford: Wiley; 2016.
43. Myklebust K, Bjørkly S, Råheim M. Nursing documentation in inpatient psychiatry: the relevance of nurse-patient interactions in progress notes—a focus group study with mental health staff. *J Clin Nurs*. 2018;27:e611–e22.
44. Gjevjon ER, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *J Clin Nurs*. 2010;19:100–8.
45. Stevenson JE, Nilsson GC, Petersson GI, Johansson PE. Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: a literature review. *Health Informatics J*. 2010;16:63–72.
46. Denhov A, Topor A. The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *Int J Soc Psychiatry*. 2011;58:417–24.
47. Skorpen F, Thorsen AA, Forsberg C, Rehnsfeldt AW. Suffering related to dignity among patients at a psychiatric hospital. *Nurs Ethics*. 2014;21:148–62.
48. Cleary M, Hunt GE, Horsfall H, Deacon M. Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: a review and synthesis of qualitative studies. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33:66–79.
49. Stern DN. The interpersonal world of the infant: Karnac books; 1985.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



Vedlegg

Vedlegg 1. NSD fokusgruppestudie

Vedlegg 2. Intervjuguide til fokusgruppe.

Vedlegg 3. Rapportutdrag brukt i fokusgruppeintervju.

Vedlegg 4. Godkjenning REK studie 2.

Vedlegg 5. SEPPS.

Vedlegg 6. Godkjenning NEM studie 3.

Vedlegg 7. NSD studie 3.

Vedlegg 8. Styrkeberegning utvalgsstørrelse, trinn 4 i SEPPS.



Kjellaug Klock Myklebust
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Molde
Postboks 2110
6402 MOLDE

Vår dato: 12.02.2016

Vår ref: 46639 / 4 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.01.2016. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 12.02.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

46639	<i>Samspill og relasjonelle tilnærminger i psykisk helsearbeid. Hvordan beskrives disse fenomenene i skriftlige miljøterapirapporter?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Molde, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kjellaug Klock Myklebust</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer 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. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.07.2019, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 46639

Hensikten med prosjektet er å undersøke miljøterapeutenes opplevelser av, og rasjonale for, å skrive rapporter og å kartlegge tilnærminger personalet dokumenterer at de anvender i pasient-relasjonen. Kilder for datainnsamling er miljøterapi rapporter i pasientjournalen og fokusgruppeintervju med miljøterapeuter. Den delen av prosjektet som omhandler miljøterapi rapporter i pasientjournalen er godkjent av REK midt (ref.: 2015/1471). Vurderingen som følger omhandler fokusgruppeintervju med miljøterapeuter.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Molde sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.07.2019. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Vedlegg 2. Intervjuguide til fokusgruppe

Informasjon og presentasjonsrunde:

Kort oppsummering av prosjektet med vektlegging av at dette intervjuets hensikt er å få fram deltakernes erfaringer med den skriftlige rapporten og deres synspunkter vedrørende dette temaet.

Orientering om:

- taushetsplikt og at alt de sier vil bli anonymisert
- taushetsplikt innad i gruppen
- tidsrammene for intervjuet er 1,5- 2 timer
- bruk av lydopptak.

Spørsmål knyttet til forskningsspørsmål 1 og 2.

Hva mener dere er de viktigste hensiktene med den skriftlige rapporten?

Oppfølgingsspørsmål stilles i forhold til de temaene de kommer med her.

Hvilke forhold er viktig å dokumentere? Hvorfor?

Har dere fått noe formell opplæring i hva en rapport skal inneholde? Hva var innholdet i denne opplæringen?

Kan dere huske diskusjoner eller undervisning om rapportskrivning dere har hatt i personalgruppa, i tilfelle, hva var fokuset ved disse anledningene?

Hvordan velger en ut det som skal dokumenteres:

Hvilke hendelser eller enkeltaspekter ved hendelsene rapporteres?

Pasientutsagn: En person sier vanligvis mye mer enn det som blir dokumentert fra ei vakt, hva mener dere er viktig å dokumentere? Gi eksempler på utsagn dere husker å ha dokumentert, og utsagn som dere valgte å ikke dokumentere.

Observasjoner av pasienten: hva ser dere etter/ legger merke til hos pasienter i løpet av en vakt? Og av det dere nå har nevnt, hva er viktig å dokumentere?

Utsagn og observasjoner av pasienten sett i lys av situasjonen/ samspill med andre?

Er det noe dere er varsom med/ forsiktig med å dokumentere, i tilfelle hva/ hvilke situasjoner? Hvorfor?/ Gi eksempler på noe du var i tvil om skulle dokumenteres?

Tenk deg at dere skal skrive en miljøterapi rapport/ sykepleier rapport akkurat nå, hvilke følelser eller tanker dukker opp umiddelbart?

Sykepleieplanene: problem, mål, tiltak, evaluering. Fortell om hvordan dere kommer fram til hva som skal stå der. Hva synes dere om sykepleieplanen, er det et godt redskap å bruke? Hvorfor/ hvorfor

ikke? Tenker dere på sykepleieplanen når dere skal skrive rapporten? Hvis ja, hvordan "styrer" planen hva som skal rapporteres.

Fokus på egne tilnærminger/ mangel på beskrevne tilnærminger:

Deltakerne får utdelt ark med sitater fra miljøterapi rapporter hentet fra forstudien der observasjoner og pasientutsagn er dokumentert, men ingen tilnærming fra miljøterapeuten er beskrevet:

Hvilken rapport synes dere er mest relevant her på avdelingen hos dere? Tar videre utgangspunkt i den valgte rapporten.

Hvilke grunner kan de som har skrevet denne observasjonen/ pasientutsagnene ha hatt for å dokumentere dette?

Hvordan tror dere pasienten ble møtt i dette tilfellet?

Hva kan være årsaken til at dette ikke ble dokumentert?

Hvordan ville dere tilnærmet dere denne situasjonen?

Hvis dere skulle ha dokumentert dette, hvordan kjennes det?

Deltakerne får et nytt ark med sitater der både observasjoner og pasientutsagn er dokumentert, og miljøterapeutens gjensvar/ tilnærming til pasienten er beskrevet.

Hvilken rapport synes dere er mest relevant her på avdelingen hos dere? Tar videre utgangspunkt i den valgte rapporten.

Hva tenker dere om denne måten å dokumentere på?

Tenk på et nylig møte/samspill med en pasient du var i der du følte dere hadde et godt samspill/ du fikk møtt pasienten på en god måte. Fortell. Hva ble dokumentert fra denne hendelsen? Hvilke avveielser gjorde du da du skrev rapporten?

Husker dere tilsvarende om et møte/ samspill der dere følte det ikke gikk så bra. Fortell.

Har det hendt at du gjør ting/ sier ting som du ikke tør skrive i rapporten? Hvis ja, utdyp.

Hvis dere skal dokumentere med utgangspunkt i hva dere har sagt i et samspill med en pasient "jeg spurte om..." "Jeg sa at.." Hva tenker dere umiddelbart om det (positive synspunkt, skeptiske synspunkt)

Hvordan kan dere på best måte få fram faget deres, miljøterapi, i slike rapporter?

Når skrives rapporten (etter samhandling med pasienten? mot slutten av vakta)?

Har dere samtaler med kollegaer om hva som skal stå i rapporten. Diskuterer dere med hverandre?

Hva skiller den muntlige og den skriftlige rapporten?

Spørsmål knyttet til forskningsspørsmål 3.

Har noen erfaring med å skrive rapport sammen med pasienten, eller samtale med ham/ henne om hva som skal stå der? Hvis ja, fortell om disse erfaringene. Hvis nei, hvilke tanker har dere til en slik måte å dokumentere på? Hva tenker dere ville blitt de største utfordringene? Hva ville være fordelene?

Har dere erfaringer med at pasienter ber om å få lese det dere har skrevet? Hvordan har dere respondert på det?

Hvis dere har sagt nei til dette: Hvilke reaksjoner har pasienter hatt i forhold til det?

Hvis dere har sagt ja til dette: Hvilke reaksjoner har pasienter hatt i forhold til å få lese rapporten?

Eventuelt ta utgangspunkt i de utdelte rapportene vi har snakket om. Hvordan tror dere pasienten ville ha formulert disse situasjonene?

Vedlegg 3. Rapportutdrag brukt i fokusgruppeintervju.

Deltakerne får utdelt ark med 3 rapportutdrag fra miljøterapi rapporter hentet fra studie 2 der observasjoner og pasientutsagn er dokumentert, men ingen tilnærming fra miljøterapeuten er beskrevet:

- 1. Han har ved to anledninger forlatt avdelingen uten å gi beskjed*
- 2. Trekker noen ganger på smilebåndet uten at det har noen sammenheng med det som skjer i rommet. Gråt ved en anledning.*
- 3. Sier han ikke har noen god dag. Hører devaluerende stemmer og sier det er kaos. Sa han hadde blitt redd etter å ha sett noen med en kniv i hånden. Ligger nå i sengen og sier han er redd. Spurte om u.t kunne holde ham i hånda fordi han var redd. Sa han var redd noe skulle skje i nær familie.*

Deltakerne får et nytt ark med sitater der både observasjoner og pasientutsagn er dokumentert, og miljøterapeutens gjensvar/ tilnærming til pasienten er beskrevet.

- 1. Han ser glad og lettet ut og sier at han ikke har kjent så mye glede som nå på mange år. Jeg tilbyr en samtale på rommet og spør om han vil fortelle mer om dette. Han forteller mer om sorgen han har opplevd etter dødsfallet, men og om gleden han kjenner nå. Jeg ber han beskrive denne gleden. Under samtalen kommer det både smil og tårer. Jeg spør om hvordan han ser for seg at det skal bli etter utskrivelsen, og hva han kjenner når han snakker om det.*
- 2. Hun ligger i sengen og gråter. Ved spørsmål om hva som er galt får u.t ikke noe svar. U.t letter litt på dyna og ser at sengen er våt. Hun vil først ikke på badet, men når u.t får forklart at hun vil dekke henne til med håndkle blir hun med. Hun slutter å gråte.*
- 3. Hun var sterkt preget av uro og kaos. Ved forsøk på å snakke til henne møtte hun personalet med sterk avvisning og et kroppsspråk som uttrykte raseri og forakt. Etter en stund gikk et personal rolig inn til henne, tok henne i armen og viste interesse og omsorg. Hun roet seg raskt og fikk snakke og gi uttrykk for det hun følte på.*

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Øystein Lundestad	73597507	08.10.2015	2015/1471/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			18.08.2015	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Kjellaug Klock Myklebust
Høgskolen i Molde

2015/1471 Samspill og relasjonelle tilnæringer i psykisk helsearbeid. - Hvordan beskrives disse fenomenene i skriftlige miljøterapirapporter

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Molde
Prosjektleder: Kjellaug Klock Myklebust

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 18.09.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektomtale

Hensikten med prosjektet er å undersøke miljøterapeutenes opplevelser av, og rasjonale for, å skrive rapporter og å kartlegge tilnæringer personalet dokumenterer at de anvender i pasient-relasjonen. Studien har en mixed methods design. Kilder for datainnsamling er miljøterapirapporter i pasientjournalen og fokusgruppeintervju med miljøterapeuter. Prosjektsøknaden gjelder forstudien der målet er å utvikle et kartleggings skjema med valide forhåndsdefinerte kategorier. Skjemaet skal brukes i en påfølgende kvantitativ studie for å innhente data fra miljøterapirapportene i pasientjournalen. Målet med skjemaet er å registrere: 1. hvor ofte rapportene beskriver samspill, dvs situasjoner der både brukerens og personalets utsagn og adferd er nedtegnet, sammenlignet med observasjoner av kun bruker. 2. hvilke tilnæringer personalet har til brukerens utsagn/ adferd. Tilnærningene registreres via kategoriene i kartleggings skjemaet. 3. hvor ofte utfallet av tilnærmingen er registrert.

Vurdering

Bakgrunn/tidligere saksgang

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Søknaden omhandler en forstudie hvor det skal undersøkes om det er praktisk mulig å kategorisere samspillsrelasjoner mellom pasient og miljøterapeut innenfor psykisk helsearbeid, jf. prosjektleders omtale ovenfor og i sakens dokumenter.

Prosjektgruppa har tidligere søkt om å gjennomføre tilsvarende studie (jf. 2015/854/REK midt); denne søknaden ble ikke godkjent grunnet a) mangelfull forskningsprotokoll, b) uklar begrepsbruk og c) ikke oppfylte kriterier for omsøkt fritak fra samtykkekrav. I den nå foreliggende søknaden opprettholdes søknad om fritak fra samtykkekrav, med ytterligere begrunnelse. Fritaket søkes om for å kunne gå gjennom ti journaler ved et distriktspsykiatrisk sykehus, samt ti journaler fra en akuttpsykiatrisk sengepost.

Forsvarlighet

Komiteen mener at a) og b) er hensiktsmessig tilpasset komiteens bemerkninger og at studien nå er klart

forbedret. Komiteens diskusjon av prosjektet befattet seg derfor hovedsakelig med spørsmålet om fritak fra samtykkekrav.

Komiteen mener at det anføres flere gode poenger til hvorfor et samtykkekrav vil kunne medføre vanskeligheter for gjennomføringa av studien. Det viktigste poenget gjelder kanskje først og fremst faren for skjevhet eller mangler i utvalget.

Komiteen er likevel av den oppfatning at søkers begrunnelse er mer relevant i den kvantitative hovedstudien, og ikke kan tillegges samme vekt i forstudien. Det er her snakk om å innhente samtykker til en gjennomgang av totalt tjue pasientjournaler med tanke på en mulig kategorisering av samspillsrelasjoner. Komiteen er klar på at kriteriene for å innvilge fritak fra samtykkekrav iht. helseforskningsloven § 35 ikke kan sies å være oppfylt i denne søknaden. Første kriterium her er at det skal være svært vanskelig å innhente samtykke; komiteen mener allerede dette kriteriet ikke er oppfylt.

Komiteen holder fast på sin tidligere vurdering, og ber om at studien gjøres samtykkebasert. Det bes derfor om at det utarbeides et informasjons- og samtykkeskriv som sendes til de personer som ønskes forespurt om deltakelse. Mal for skrevet kan gjerne hentes på REKs hjemmesider. Skrevet skal godkjennes av komiteen før det benyttes, se vilkår 2 nedenfor. Prosjektgruppa må også følge prosedyren for utsending i vilkår 3.

Komiteen mener at forstudien kan gjennomføres såfremt deltakelse gjøres samtykkebasert. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge framstår prosjektet som forsvarlig og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Vilkår for godkjenning

1. Godkjenninga er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen. Prosjektet må også gjennomføres i henhold til REKs vilkår i saken og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven (hfl.) med forskrifter.
2. Komiteen forutsetter at studiedeltakelse gjøres samtykkebasert. Det bes om at det utformes et egnet informasjons- og samtykkeskriv. Skrevet skal godkjennes av REK midt før det benyttes i studien. Vennligst benytt e-postadressen post@helseforskning.etikkom.no og oppgi "REK midt 2015/1471" i emnefeltet.
3. Komiteen ber om at følgende prosedyre for identifisering og forespørsel av pasienter benyttes. Helsepersonell som er kjent med pasientene som er aktuelle å forespørre, identifiserer utvalget og sender ut forespørsel. Dersom vedkommende ønsker å delta, skal signert samtykke sendes forskergruppa. Dette gjør at forskergruppa ikke får innsyn i taushetsbelagt informasjon annet enn det som aktivt samtykkes til av studiedeltakerne selv. Det må framgå av informasjonsskrivet at en mottar brevet fra tidligere behandlingstilstand, men at svaret skal gå til forsker.
4. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
5. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i fem år etter sluttmelding er sendt REK. Data skal derfor oppbevares til denne datoen, for deretter å slettes eller anonymiseres, jf. hfl. § 38.
6. Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt når forskningsprosjektet avsluttes. I sluttmeldingen skal resultatene presenteres på en objektiv og etterrettelig måte, som sikrer at både positive og negative funn fremgår, jf. helseforskningsloven § 12.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Komiteen var enstemmig i sin beslutning.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest 31.01.2020, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK midt dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.
Leder, REK midt

Øystein Lundestad
Rådgiver

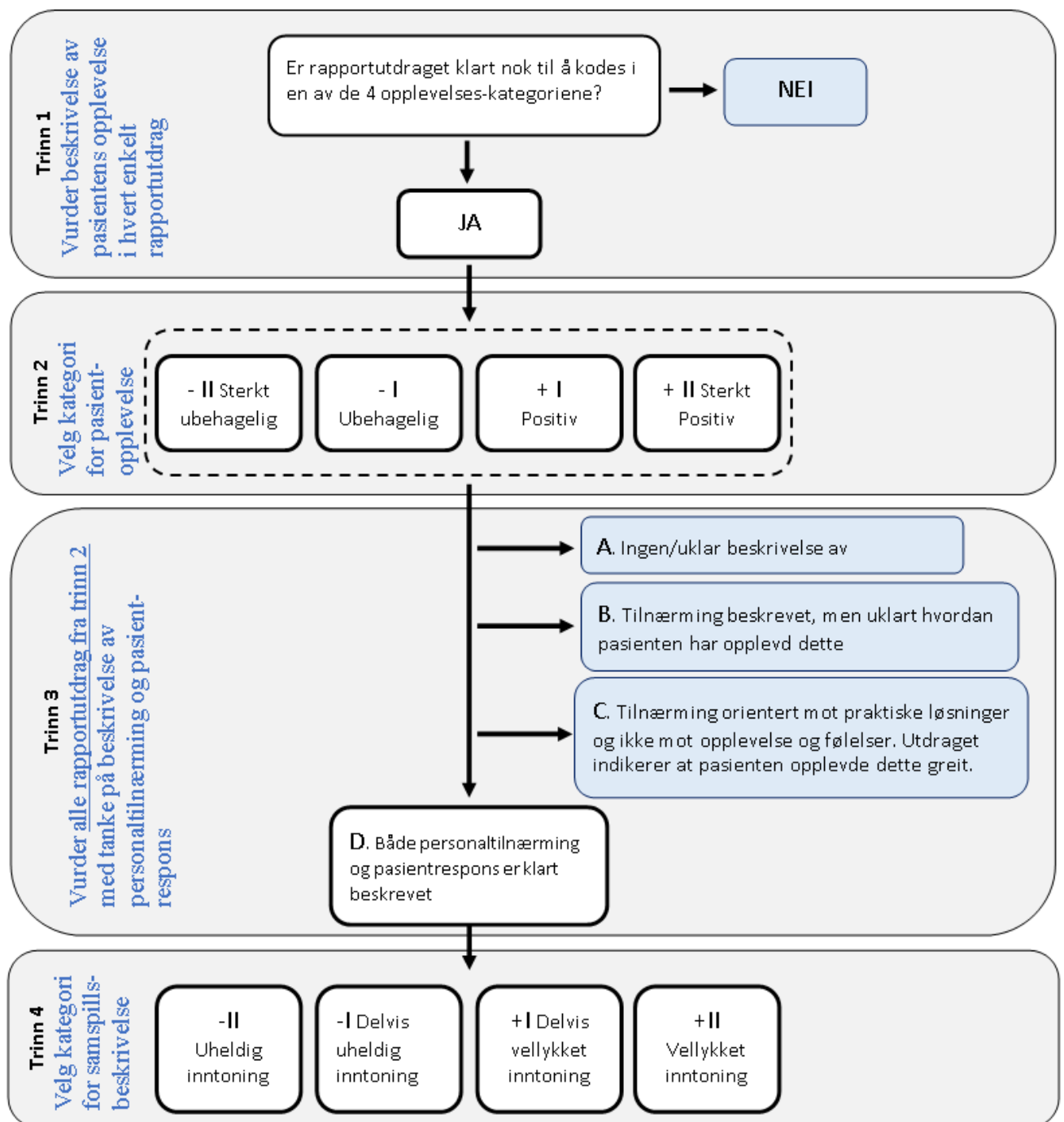
Kopi til: heidi.v.haavardsen@himolde.no

*Skala for Evaluering av Personal-
Pasient samspill (SEPPS)*

Et kartleggingsredskap for å evaluere
samspillsbeskrivelser i skriftlige miljøterapi rapporter

Flytskjema for scoring av rapportutdrag i Skala for evaluering av personal-pasient samspill i miljøterapi rapporter

Alle rapport-utdragene scores i trinn 1. Flytskjemaet under angir hvilke rapportutdrag som skal scores videre i trinn 2 og 3, og eventuelt 4.



TRINN 1

Vurder kvaliteten på beskrivelse av pasientens opplevelse:

Er pasientens opplevelse tilstrekkelig beskrevet slik at den kan kodes i en av de fire kategoriene, i trinn 2 (se side 4-7), fra sterkt ubehagelig (- II) til sterkt positiv (+ II)?

Ja. Ett av følgende punkt er oppfylt:

- pasientens ubehag er så tydelig beskrevet at du kan kode den fra – I til – II.
- pasientens positive opplevelse er så tydelig beskrevet at du kan kode den fra + I til + II.

Dersom Ja: - gå til trinn 2 og fyll ut aktuell kategori.

Nei. Ingen beskrivelse av pasientens opplevelse, eller for utydelig beskrivelse til at du kan kode den.

Hvis Nei, rapportutdraget skal ikke kodes videre i skjemaet.

TRINN 2

Pasientens opplevelse

(Forut for eventuell personaltilnærming)

Velg én kategori:

- II Sterkt ubehagelig. Minst ett av følgende kriterier må være oppfylt.

Rapport-utdraget beskriver:

- at pasienten eksplisitt uttrykker svært/omfattende ubehagelige følelser/ tanker/ opplevelser
- samspill som tydelig viser at pasienten har det svært ubehagelig (Eksempel: angriper personalet, smeller med døra)
- personalets vurdering av at pasienten har det svært vanskelig (uten at dette må være understøttet av pasientutsagn eller konkrete observasjoner. Eksempel: *Han ser ut til å være svært deprimert*)

Eksempler på områder rapport-utdraget kan beskrive:

- svært ubehagelige **vrangforestillinger og hallusinasjoner**, dissosiering, flashbacks og drømmer eller adferd som forbindes med psykose er beskrevet.
- **rus**, avhengighet, abstinenser: sterkt negative opplevelser/ konsekvenser.
- **betydningsfulle andre**: konflikt/ avvisning/ alvorlig bekymring/ omfattende savn.
- **eksistensielle vansker**: manglende håp eller mening med livet, betydelig usikkerhet/ uro knyttet til religiøsitet, seksuell legning.
- **økonomi, bosted, bolig, jobb**: omfattende usikkerhet/uro.
- **selvskading eller suicid**-problematikk: alvorlig enkelthendelse eller at tanker/adferd omkring dette tar det meste av oppmerksomheten over tid.
- **utagering**: knusing, skading av gjenstander, hyperaktivitet, naken i fellesrom
- **vold**: trusler/atferd innrettet på å skade andre fysisk.
- **somatiske plager**, intense (omfattende søvnløshet, smerter, alvorlige vansker i forbindelse med matinntak, alvorlige somatiske sykdommer).
- alvorlige **vansker i forhold til det å være innlagt** (rutiner, regler, samspill med medpasienter eller personal, terapi/behandling/medisinering).
- **angst, uro, rastløshet, depresjon**, nedstemthet og at dette har preget pasienten i vesentlig grad hele vekten/ sterkt preget av dette i et kortere tidsrom.

□ - I **Ubehagelig**. Minst ett av følgende kriterier må være oppfylt.

Rapport-utdraget beskriver:

- at pasienten eksplisitt uttrykker ubehagelige følelser/ tanker/ opplevelser
- samspill som viser at pasienten har det ubehagelig (eksempel: ber om å få være i fred. Vil ikke svare på spørsmål som stilles)
- personalets **vurdering** av at pasienten har det vanskelig (uten at dette må være understøttet av pasientutsagn eller konkrete observasjoner. Eksempel: *Hun virket engstelig*)

Eksempler på områder rapport-utdraget kan beskrive:

- ubehagelige **vrangforestillinger og hallusinasjoner**, dissosiering, flashbacks og drømmer eller adferd som forbindes med psykose er beskrevet, men pasienten er ikke vesentlig oppslukt/ plaget av dette, og kan konsentrere seg om andre ting.
- **rus**, avhengighet, abstinenser: opplevelsene/ konsekvensene av dette oppleves ikke som et stort problem for pasienten (Eks episode med rusbruk i løpet av oppholdet).
- **betydningsfulle andre**: moderate frustrasjoner, krangler, mangel på forståelse, savn, men ikke alvorlig konflikt eller i hovedsak negativ opplevelse av relasjonen.
- **eksistensielle spørsmål** (usikkerhet/ uro knyttet til f. eks mening med livet, religiøsitet, seksuell legning, men ikke opplevd som vesentlig ubehagelig).
- **økonomi, bosted, bolig, jobb, praktiske gjøremål**: bekymringer/ utfordringer knyttet til dette, men ikke opplevd som vesentlig ubehagelig der og da.
- **selvskadingsvansker**, moderate: pasienten har tanker om, eller skader seg i mild form, men kan lett konsentrere seg om andre ting, eller at dette ikke beskrives som et vesentlig problem for ham/henne.
- **somatiske plager**, moderate (eks slitenhet etter en søvnløs natt, smerter, manglende matlyst, opplevelse av overvekt).
- **vansker i forhold til det å være innlagt** (rutiner, regler, samspill med medpasienter eller personal, terapi/behandling/medisinering).
- observasjoner av **passivitet** og at dette er vurdert til å være ubehagelig.
- **følelsesmessige vansker**, moderate eller kortvarige (kjede seg, rastløshet, ensomhet, engstelse, uro, tristhet, irritasjon, mild/moderat angstopplevelse/ depresjons opplevelse).

□ + **I Positiv. Minst ett av følgende kriterier må være oppfylt. Rapport-utdraget beskriver:**

- **at pasienten eksplisitt uttrykker positive følelser/ tanker/ opplevelser** (Dette kan være øyeblikks-beskrivelser som forteller om positiv opplevelse der og da, og ikke nødvendigvis en beskrivelse av at pasienten generelt sett har det godt)
- **samspill som viser at pasienten opplever dette positivt**
- **personalets vurdering av at pasienten viser tegn til positiv opplevelse/ følelser** (uten at dette må være understøttet av pasientutsagn eller konkrete observasjoner. Eksempel: *Han virket lettet og roligere etter at han fikk vite at oppholdet ved avdelingen ble forlenget*)

Eksempler på områder rapport-utdraget kan beskrive:

- tegn på at **psykiske vansker er mindre** framtreddende, uten at pasientens opplevelse er direkte beskrevet (smiler mer, mindre latenstid, initiativ til aktivitet).
- **betydningsfulle andre:** positive opplevelser knyttet til dette.
- **praktiske hendelser** utenfor institusjon: positive opplevelser knyttet til (permisjon, få orden i egen bolig, økonomiske papirer).
- **somatiske plager:** bedring av (tilfredshet med siste natts søvn, mindre smerter)
- positive opplevelser knyttet til det som skjer **på avdelingen** (terapi, medisiner, aktiviteter. Forholde seg til medpasienter, personale og rutiner).
- tilfredshet med perioder av dagen, en hendelse eller en opplevelse av at **dagen i dag er bedre enn i går.**

□ + II **Sterkt positiv**. Minst ett av følgende kriterier må være oppfylt.

Rapport-utdraget beskriver:

- at pasienten uttrykker vitalitet, glede eller tiltro til egne ressurser
- samspill som viser at pasienten opplever dette positivt og av stor betydning
- personalets **vurdering** av at pasienten opplever sterk glede eller bedring (uten at dette må være understøttet av pasientutsagn eller konkrete observasjoner)

Eksempler på områder rapport-utdraget kan beskrive:

- glede/ lettelse over å kjenne at **ubehagelige følelser er mindre** dominerende (følelser knyttet til angst, depresjon, psykose, flashbacks).
- glede/ lettelse over å kunne gjenoppta / ha **bedre kontakt med betydningsfulle andre**.
- glede/ lettelse over å kunne **gjenoppta interesser og arbeid** en ikke har orket å holde på med i det siste.
- glede/ lettelse over å kunne **ta avgjørelser** som gir økt kontroll over eget liv.
- glede/ lettelse over at intense/ alvorlige **somatiske plager avtar**.

TRINN 3

Vurder kvaliteten på beskrivelse av samspill:

Rapport-utdraget vurderes ut fra hvordan personalet har respondert i forhold til den beskrevne pasientopplevelsen som ble kodet i trinn 2, og hvordan pasienten responderte på denne tilnærmingen.

- a. Ingen beskrivelse av personalets tilnærming, eller for uklar beskrevet tilnærming. (For eksempel at det står at pasienten har vært urolig og engstelig, men ingenting om hvordan dette er blitt møtt). Trinn 4 fylles **ikke** ut.
- b. Tilnærming er beskrevet, men det er uklart hvordan pasienten har opplevd dette (Eksempel: «Hun var urolig og engstelig, og hun ble tilbudt en samtale»). Trinn 4 fylles **ikke** ut.
- c. Overfladisk tilnærming beskrevet og det ligger implisitt i samspillsbeskrivelsen at pasienten opplevde dette ok. Aktuelle tilnærminger: praktisk hjelp, etterkomme konkrete ønsker, informasjon, råd og forklaringer uten at det er beskrevet en følelsesmessig tilnærming eller ivaretagelse. Kategori c har mye til felles med + I «Delvis vellykket inntoning» i Trinn 4. I kategori c møtes pasienten på en «hverdagslig» avgrenset måte, mens i + I, Trinn 4, har tilnærmingen mer terapeutisk karakter rettet mot opplevelser og følelser (Eksempler på kategori c: *Hun var engstelig og fikk tilbud og takket ja til Sobril.* Eller: *Han var urolig bl. a for økonomien. Han ville ringe en kammerat for å låne penger. Han ble anbefalt å vente med dette til han ble litt roligere. Han godtok dette.* Eller: *Hun var stresset og ville diskutere mange ting, ble rådet til å legge seg og vente til dagen etterpå, hun la seg og sovnet raskt.* Trinn 4 fylles **ikke** ut.
- d. Både tilnærmingen fra personalet og pasientens respons til dette er beskrevet på en slik måte at det kan bedømmes til om pasienten følte seg møtt eller ikke.

Dersom d, gå til Trinn 4

TRINN 4

Beskrivelse av samspill

Velg èn kategori:

– II Uheldig inntoning.

Forutsetter beskrivelse av både:

- **tilnærming fra personalet som ikke viser forsøk på å forstå pasienten (f.eks pålegg om at hun må skjerme seg på rommet uten videre forklaring)**
- **og at pasienten tydelig opplever tilnærmingen negativ**

Eksempler på kategori - II samspill:

- **autoritær korrigerings** med en tydelig forventning/krav om at pasienten endrer adferd eller oppfatning, og at pasienten motsetter seg dette, eller trekker seg unna.
Eksempel: Han virket redd og fortalte om flere stemmer. Han brukte høy stemme og fikk beskjed om å dempe seg av hensyn til medpasienter, da begynte han å true personalet med å drepe dem.
- personalet **understreker maktubalansen**.
- lar **ikke** pasienten **komme til ordet**.
- personalet kommer med en **oppfordring/ beskjed eller forklaring** og at pasienten reagerer sterkt negativt på dette.

□ - I Delvis uheldig inntoning.

Forutsetter beskrivelse av både:

- **tilnærming fra personalet som virker lukkende for videre samspill på tross av at den er mildere enn i – II Uheldig inntoning (kan til og med være et forsøk på å forstå pasienten)**
- **og at pasienten trekker seg unna eller responderer eksplisitt negativt på tilnærmingen, men i mildere grad enn i kategori - II**

Denne kategorien rommer et vidt spekter av tilnærminger. Eksempler på kategori - I samspill:

- **mildt autoritære tilnærminger.** Eksempel: *Hun sier hun har det svært vanskelig og blir da oppfordret til å være sammen med oss andre i fellesarealet, men hun sier hun ikke klarer dette og trekker seg tilbake.*
- **forsøk på å forstå/ trygge** pasienten, men at hun likevel opplever dette uheldig, eller at tilnærmingen lukker for videre dialog/samspill. Eksempel: *Han fikk tilbud om en prat der han kunne fortelle om stemmene, men han sa han foretrakk å være alene.*
- tilnærminger rettet kun **mot deler av det pasienten formidler**, men betydningsfulle deler av det han formidler blir ikke møtt og at dette oppleves negativt.

□ + I Delvis vellykket inntoning.

Forutsetter beskrivelse av både:

- **tilnærming fra personalet som ser ut til å være forsøk på å forstå/ utforske/ bekrefte pasientens opplevelse med ord eller handlinger, men innholdet i tilnærmingen er mangelfullt beskrevet**
- **og positiv opplevelse fra pasientens side over å bli møtt på denne måten, eller at tilnærmingen åpnet for videre positive samspill (f. eks at pasienten begynte å fortelle mer om sin situasjon)**

Eksempler på kategori + I-samspill:

- utforsker saksforholdet/ det konkrete i det pasienten formidler framfor opplevelsen, og at dette **åpner opp for pasientfortelling**.
- **tilby samtale som gjensvar** til at en opplever at pasienten er i vansker/ har opplevd noe positivt, men at **tilnærmingen i samtalen ikke beskrives**. Eksempel: *Han ble urolig etter middagen. Han takket ja til tilbud om samtale og sier det hjelper å få prate om tankene.*
- tilby **fysisk tilstedeværelse** eller å gjøre noe sammen med pasienten som gjensvar til at en opplever at pasienten er i vansker. Eksempel *Hun sier hun er mye plaget av vonde minner. Hun ble tilbudt en tur sammen med personalet, og sa etterpå at hun gjerne ville gjenta turen i morgen.*
- handlinger for å **ivareta fysiske behov** der det i tillegg beskrives et fokus i handlingen rettet mot pasientens opplevelse.
- komplimenter, skryt, **positiv bekreftelse** på noe pasienten forteller om/ har gjort, og at pasienten virker glad for dette.

□ + II Vellykket inntoning.

Forutsetter at rapport-utdraget beskriver både:

- **tilnærming fra personalet som er tydelig orientert mot å forsøke å forstå/ få tak i/ bekrefte pasientens opplevelse med ord eller handlinger**
- **og positiv opplevelse fra pasientens side over å bli møtt på denne måten, eller tydelig åpnende for videre samspill**

Eksempler på kategori + II-samspill:

- **følelses-/ opplevelsesorienterte spørsmål** (Hvordan har du det?/ oppleves det?) og at **pasienten forteller** mer om sin opplevelse. Eksempel: *Hun ropte og var sint på personalet og sa vi ikke forsto noen ting. Etter en stund gikk kontaktpersonen inn til henne og spurte om det var greit for henne med en prat. Dette bekreftet hun, og hun ble oppfordret til å fortelle mer om hvordan det er å ikke bli forstått og hva hun skulle ønske vi forsto. Hun fortalte da om flere episoder der hun føler seg misforstått, og sier hun ikke har turt å fortelle om det tidligere.*
- utsagn for å **bekreftede pasientens opplevelse** (det kan jeg forstå, det kan jeg kjenne meg igjen i). Eksempel: *Han fortalte om konflikten med naboen, og han beskrev et stort ubehag ved dette og lurte på om undertegnede syntes han var gal. Undertegnede sa at det ikke var vanskelig å kjenne seg igjen i de følelsene han beskrev. Han virket lettet over dette og fortalte mer om denne opplevelsen av å være gal.*
- **ivaretagende handling** som gjensvar til at en opplever at pasienten er i vansker. Eksempel: *Hun hadde knust en lyspære og var i ferd med å skade seg. Undertegnede spurte om hun kunne få fjerne skårene fra den knuste pæra. Hun nikkete til dette. Etter å ha fjernet skårene satte undertegnede seg ned hos pasienten. Før vaktas slutt sa hun at det var en stor seier å kunne motstå trangen til selvskadning.*

NEM • Den nasjonale
forskningsetiske komité for
medisin og helsefag

Kongens gate 14
0153 Oslo
Telefon 23 31 83 00

post@etikkom.no
www.etikkom.no

Org.nr. 999 148 603

Kjellaug Klock Myklebust
Høgskolen i Molde

Vår ref.: 2016/345

REK ref.:2016/1602

Dato: 21/12/16

Samspill og relasjonelle tilnæringer i psykisk helsearbeid. Hvordan beskrives disse fenomenene i skriftlige miljøterapirapporter?

Prosjektleders prosjekttale

Hensikten med prosjektet er å undersøke miljøpersonalets opplevelse av og rasjone for å skrive rapporter, og å kartlegge samspill mellom pasient og personale slik det beskrives i rapportene. Studien har en mixed methods design. Kilder for datainnsamling er miljøterapirapporter i pasientjournaler og fokusgruppeintervju med miljøpersonale. Prosjektsøknaden gjelder den kvantitative hovedstudien av skriftlige miljøterapirapporter der hovedhensikten er å kartlegge hvor ofte personalet beskriver sin egen rolle i rapportene, og hvilke kategorier av samspill som eventuelt beskrives. På tross av bred enighet om relasjonens betydning i miljøterapi tyder litteratursøk på manglende forskning på hvilke tilnæringer personalet bruker for å tilrettelegge og vedlikeholde relasjonen til pasienten. Resultatene fra studien kan være viktige med tanke på å evaluere og videreutvikle terapeutiske relasjoner, gjennom økt fokus på hva og hvordan det dokumenteres om dette.

Studien tar sikte på å gjøre en kvantitativ undersøkelse av 60 pasientjournaler (totalt 2.000 rapportutdrag) for å vurdere samspill og relasjonelle tilnæringer innenfor psykisk helsearbeid. Journaler stammer fra pasienter ved et distriktpsykiatrisk senter og en akuttpsykiatrisk avdeling hvor en kodingskala for miljøterapirapporter har blitt utarbeidet i en relatert forstudie (2015/1471). NSD har godkjent en tilknyttet studie med fokusgruppeintervju av miljøpersonale.

Saksbehandling i REK

REK midt mottok søknad om framleggingsvurdering av studien fra prosjektleder 24.4.15 (ref. 2015/782). Søknaden ble behandlet på fullmakt av komiteens leder, som var i tvil om prosjektets framleggingsplikt. REK midt ba derfor om full søknad (ref. 2015/854). Pga. mangelfull/uklar protokoll ble så denne søknaden avslått.

Ny søknad ble vurdert på komiteens møte 18. september (ref. 2015/1471). Søknaden gjaldt kun en forstudie til en senere, kvantitativ undersøkelse. I forstudien skulle en utvikle et kodingsverktøy for analyse av relasjon og samspill mellom miljøterapeut og pasient. Det ble søkt om fritak fra å innhente samtykke fra 20 pasienter.

Komiteen godkjente forstudien i sitt vedtak 8.10.15, på vilkår om å innhente samtykke. Begrunnelsen var at det ikke ble oppfattet som tilstrekkelig vanskelig å innhente samtykke (jf.

helseforskningsloven § 35 og REK/NEMs praksis på feltet). Det ble ikke tatt stilling til øvrige kriterier for å innvilge fritak fra samtykkekrav.

Søknad for den kvantitative hovedstudien ble innsendt 20.09.16. Det ble også her søkt om fullt fritak fra samtykkekrav for å gå gjennom 60 pasientjournaler og hente ut 2000 rapportutdrag skrevet av miljøterapeuter ved en distriktspsykiatrisk og en akuttpsykiatrisk avdeling.

I vedtak 10.11.16 godkjente komiteen studien, også nå på vilkår om å innhente samtykke fra de 60 aktuelle deltakerne. Begrunnelsen var likelydende som i forstudien: Komiteen oppfattet det ikke som tilstrekkelig vanskelig å innhente samtykke i studien.

Prosjektleder har påklaget dette vilkåret.

Klagens innhold

Prosjektleder sendte 19.11.16 inn klage på REK midts vedtak i nevnte studie (ref. 2016/1602). Klagen gjelder vilkåret om å gjøre studien samtykkebasert. Prosjektleder hadde i sin søknad bedt om fullt fritak fra dette kravet. Komiteen vurderte klagen i sitt møte 25. november. Komiteen oppfatter at klagen inneholder tre hovedmomenter:

1. Komiteen har undervurdert vanskene med å innhente samtykke. Komiteen har her anført et for lavt antall pasienter en må forvente å forespørre for å rekruttere 60 deltakere. Videre er antallet pasienter å forespørre begrenset ut fra studiens design. Et samtykkekrav vil derfor gjøre det praktisk vanskelig å rekruttere mange nok deltakere til å gjennomføre studien.
2. Komiteen har undervurdert behovet for å gjennomføre studien uten samtykke. Et slikt krav vil medføre betydelig skjevhet i utvalget og studien vil dermed ha begrenset vitenskapelig verdi.
3. Komiteen har undervurdert den belastning det er for aktuelle pasienter å bli spurt om studiedeltakelse. Dette gjelder spesielt pasienter med alvorlig paranoide lidelser. Klager viser til et annet prosjekt hvor REK sørøst D har innvilget fritak fra samtykkekrav. REK midt forstår det slik at det her er snakk om studien «Voldsrisikoreduserende utredning og intervensjon i forhold til mennesker med alvorlige psykiske lidelser» (2009/167, tidligere ref: 1.2005.2678).

REK midt mener at det ikke er tilstrekkelig vanskelig å innhente samtykke i denne studien. Komiteen innvilger ikke fritak fra hovedregelen om informert samtykke. Komiteen fastholder at studien godkjennes på vilkår om å innhente samtykke fra deltakere. Klagen oversendes NEM for endelig behandling.

NEMs vurdering

Prosjektleder sendte brev til NEM 5.12 der bakgrunnen for klagen ble utdypet. Notatet ble forelagt REK midt. REK anså ikke at notatet hadde betydning for komiteens vedtak. NEM tok derfor saken til behandling på komitemøtet 6.12.16. Komiteen har ved klagesaksbehandlingen anledning til å prøve alle sakens sider.

NEM viser til protokoll og til beskrivelsen av hensikten med prosjektet:

“Hensikten med prosjektet er å undersøke miljøterapeutenes opplevelser av, og rasjonale for, å skrive rapporter og å kartlegge tilnærminger personalet dokumenterer at de anvender i brukerhjelper-relasjonen. Studien tar sikte på å besvare følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hvilke forståelses rammer legges til grunn for miljøterapeutisk dokumentasjon?*
- 2. Hvilke tanker og følelser har miljøterapeutene om å dokumentere egne tilnærminger de bruker i møte med pasienten?*
- 3. Hvilke tanker og følelser har miljøterapeutene om å involvere pasienten i rapportskrivningen?*
- 4. Hvor ofte er samspill mellom pasient og personal dokumentert i miljøterapi rapportene sammenlignet med kun nedtegnelser av observasjoner, pasientutsagn, eller personalets vurdering av pasienten, uten beskrivelse av hva den profesjonelle sa og gjorde?*
- 5. I de tilfellene samspill mellom pasient og personal er dokumentert: hvilke samspillsbeskrivelser er nedtegnet?”*

NEM viser til definisjonen av begrepet «medisinsk og helsefaglig forskning, inntatt i helseforskningsloven § 4 a): *“medisinsk og helsefaglig forskning: virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.”* NEM vurderer at de omtalte forskningsspørsmål og hensikten med å gjennomføre forskningsprosjektet klart faller utenfor begrepet medisinsk og helsefaglig forskning, og av den grunn heller ikke er innenfor helseforskningslovens saklige virkeområde. Det vises i denne sammenheng til helseforskningsloven § 2. REK midts vedtak oppheves. Prosjektet må isteden legges frem for rette instans etter personopplysningslovens bestemmelser. NEM anbefaler at det tas kontakt med personvernombud for en nærmere avklaring knyttet til behandlingsgrunnlag for opplysninger som innsamles i forbindelse med gjennomføringen av forskningsprosjektet.

Selv om prosjektet faller utenfor helseforskningslovens saklige virkeområde, er det like fullt søkt om tilgang til opplysninger i pasientjournaler uten samtykke. REK er delegert kompetansen til å gi alle forskningsprosjekter tilgang til helseopplysninger uten hinder av taushetsplikten etter helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13d første ledd. Søknad om tilgang til journaler er derfor korrekt søkt til og behandlet av REK. NEM skal derfor fortsatt behandle klagen på REKs vilkår om samtykke.

NEM vurderer at prosjektet har vesentlig samfunnsnytte ved at det terapeutiske samspillet mellom personal og pasient kan forbedres som følge av studien. Komiteen vurderer videre at studien fremstår som lite kontroversiell og inngripende overfor deltakerne. Det er beskrivelsene av samspillet mellom terapeut og pasient som her er selve studieobjektet, og ikke pasienten i seg selv. Prosjektleder har påpekt overfor REK at den viktigste grunnen til å søke fritak fra å innhente samtykke er at det er nødvendig å få med et representativt utvalg i studien. Det er rimelig grunn til å anta at det er de friskeste pasientene som vil si ja, mens det er samspillsproblematikken hos de tyngste pasientene som er mest interessant å studere. Som prosjektleder redegjør for er samtykkekompetansen svært varierende i denne populasjonen og en del av pasientene vil også kunne ha store vanskeligheter med å ta inn over seg hva en eventuell forespørsel om deltakelse i prosjektet vil innebære. Det virker ikke urimelig, som søker selv antyder, at henvendelse om deltakelse i et forskningsprosjekt kan trigge vrangforestillinger ytterligere.

NEM stiller seg bak prosjektleders vurdering og er enig i at det er stor sannsynlighet for en systematisk inklusjonsbias hvis studien skal baseres på samtykke. NEM innvilger derfor dispensasjon fra taushetsplikten for at omsøkte pasientjournaler kan anonymiseres og brukes til dette forskningsprosjektet. Ved fritak fra taushetsplikten følger det som hovedregel at den involverte skal gis informasjon om at opplysninger blir tilgjengeliggjort for andre formål. NEM viser i denne sammenheng til personopplysningsloven § 23 som åpner for å gjøre unntak fra den registrertes rett til informasjon. Plikten til å informere kan blant annet unntas i de tilfeller der *det må anses utilrådelig at den registrerte får kjennskap til, av hensyn til vedkommendes helse eller forholdet til personer som står vedkommende nær, eller det vil være i strid med åpenbare og grunnleggende private eller offentlige interesser å informere om, herunder hensynet til den registrerte selv.*

NEM vurderer at det vil være svært vanskelig å gi god informasjon om dette prosjektet til de berørte. For en del av pasientene vil det også kunne slå negativt ut, ved at de misforstår informasjonen. NEM pålegger derfor ikke prosjektet å informere. Det er miljøterapeutenes dokumentasjonspraksis som skal undersøkes, og ikke pasientene som sådan. Personvernombudet oppfordres derfor til å vurdere om det skal innhentes samtykke fra miljøterapeutene, eller gis informasjon.

Vedtak

Prosjektet skal ikke vurderes etter helseforskningloven og krever derfor ikke forhåndsgodkjenning av REK.

Prosjektet gis tilgang til omsøkte pasientjournaler uten hinder av taushetsplikt etter helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13d første ledd.

Vilkårene for å gjøre unntak fra retten til informasjon etter personopplysningsloven §23 anses oppfylt. Prosjektleder fritas fra kravet om å informere den registrerte om bruk av de omsøkte opplysningene fra pasientjournaler.

Vedtaket er endelig, og kan ikke påklages, jf. forskningsetikkloven § 4.

Hilsen



Dag Bruusgaard
Professor emeritus, dr.med.
Komiteleder NEM

Jacob C Hølen

Jacob C Hølen
Sekretariatsleder NEM, PhD

Kopi

REK



Vedlegg 7. NSD studie 3



Kjellaug Klock Myklebust
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i
Molde Postboks 2110
6402 MOLDE

Vår dato: 10.02.2017

Vår ref: 51772 / 3 / ASF

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.12.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

51772	<i>Samspill og relasjonelle tilnærminger i psykisk helsearbeid. Hvordan beskrives disse fenomenene i skriftlige miljøterapi rapporter</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Molde, ved institusjonens øverste</i>
leder Daglig ansvarlig	<i>Kjellaug Klock Myklebust</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Amalie Statland Fantoft

Kontaktperson: Amalie Statland Fantoft tlf: 55 58 36
41 Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.



FORMÅL

Hensikten med prosjektet er å undersøke miljøpersonalets opplevelse av og rasjonale for å skrive rapporter, og å kartlegge samspill mellom pasient og personale slik det beskrives i rapportene.

METODE

Kilder for datainnsamling er 2000 rapportutdrag fra 60 pasientjournaler. Forsker mottar disse anonymt

VEDTAK FRA NEM (2016/345)

NEM vurderte at de omtalte forskningsspørsmål og hensikten med å gjennomføre forskningsprosjektet klart faller utenfor begrepet medisinsk og helsefaglig forskning, og av den grunn heller ikke er innenfor helseforskningslovens saklige virkeområde. Likevel tok komiteen stilling til hvorvidt forsker kan få tilgang til opplysninger i pasientjournaler uten samtykke. NEM innvilget dispensasjon fra taushetsplikten for at pasientjournalene kan anonymiseres og brukes til forskningsprosjektet. Videre fritok komiteen forsker fra informasjonsplikten og konkluderte med at vilkårene for å gjøre unntak fra retten til informasjon etter personopplysningsloven §23 er oppfylt.

I vedtaket anbefaler NEM at forsker tar kontakt med personvernombudet for å avklare behandlingsgrunnlag for opplysninger som innsamles i forbindelse med gjennomføringen av forskningsprosjektet. I tillegg viser komiteen til at forsker kan unntas fra informasjonsplikten for pasientene, men at personvernombudet bør vurdere hvorvidt det skal gis informasjon og innhentes samtykke fra behandlerne. Bakgrunnen for dette er: "Det er miljøterapeutenes dokumentasjonspraksis som skal undersøkes, og ikke pasientene som sådan".

VURDERING

Vi vurderer at prosjektet ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven fordi forsker ikke får tilgang på personopplysninger. Det er helsepersonell med naturlig tilgang på journalene som skal anonymisere journalene ved å fjerne alle personopplysninger om pasienter og behandlere. Vi forstår det slik at dispensasjonen som er gitt er en dispensasjon for selve anonymiseringen av pasientjournalene.

Videre vurderer vi at forsker kan unntas fra å innhente samtykke fra helsepersonalet som har skrevet rapportene i pasientjournalene. Bakgrunnen for vår vurdering er NEMs vurdering hvor det fremgår at: "prosjektet har vesentlig samfunnsnytte ved at det terapeutiske samspillet mellom personal og pasient kan forbedres som følge av studien. (...) studien fremstår som lite kontroversiell og inngripende overfor deltakerne." Personvernombudet finner at behandlingen av opplysningene kan gjennomføres med hjemmel i personopplysningsloven § 8 d.

Vi vurderer også at forsker kan unntas fra informasjonsplikten overfor personalet fordi det er uforholdsmessig vanskelig å informere dem. Forsker har ikke tilgang på personopplysninger, og da heller ikke kontaktopplysninger. I tillegg beskriver forsker på telefon 07.02.2017, at studien er retrospektiv og at det derfor

er mulig at de ikke lenger jobber ved den aktuelle institusjonen.

Sample size

Executive summary

With a sample of 130 subjects per group the study will have power of 80%. This means that there is an 80% likelihood that the study will yield a statistically significant effect, and allow us to conclude that the mean Fordeling av scoringsverdier del B differs for dps versus akutt.

Details

The study will compare two groups (dps versus akutt) on a scale called Fordeling av scoringsverdier del B. Fordeling av scoringsverdier del B is measured on a continuous scale with a possible range of 0 to 5.

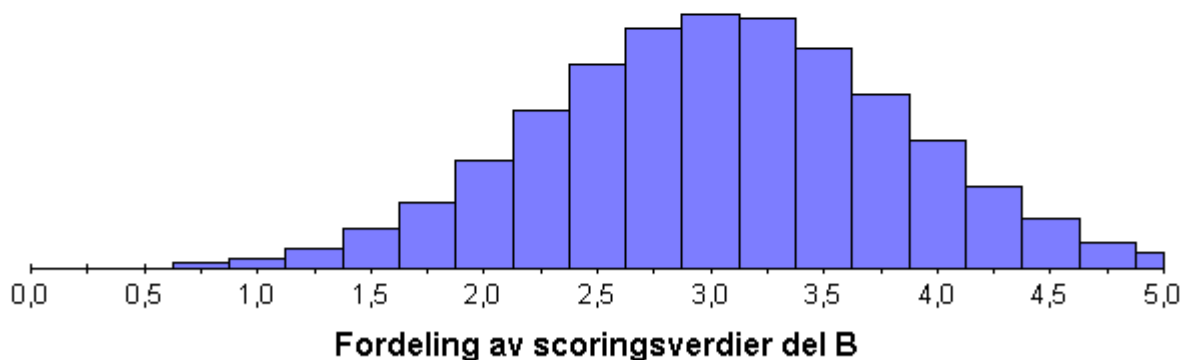
The null hypothesis is that the mean response for dps and akutt is identical. Our intent is to disprove the null, and conclude that the mean Fordeling av scoringsverdier del B is different for dps than for akutt.

The computation of sample size is based on the following assumptions and decisions.

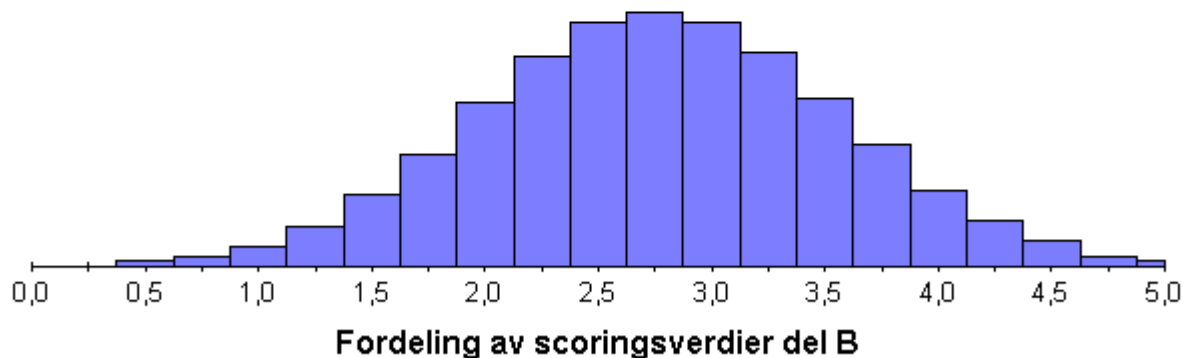
Group means

The expected means for dps and akutt are 3,05 and 2,77, respectively. The common within-group standard deviation is assumed to be 0,80.

Expected distribution of scores for dps



Expected distribution of scores for akutt



Missing

In computing the sample size we assume that there will be no missing data.

Sample Size

The study will enroll 130 subjects per group, for a total of 260 subjects. With this sample size, there is an 80% likelihood that the study will yield a statistically significant result, and allow us to conclude that the mean Fordeling av scoringsverdier del B is different for dps than for akutt.

Understanding the assumptions

The decision to use a sample size of 130 per group is based on the assumptions outlined above. If these assumptions are correct, then this sample size will result in power of 80%. However, if these assumptions are incorrect, then the sample size needed to yield power of 80% will be higher or lower than 130 per group. Therefore, it is instructive to consider what sample size would be required if we adopted a different set of assumptions.

Computation of the required sample size is based on five factors, as follows.

Mean difference between groups

One factor that determines the required sample size is the mean difference between groups. A small difference is relatively hard to detect, and therefore requires a larger sample size. Conversely, a large difference is relatively easy to detect, and therefore requires a smaller sample size.

We have specified a mean difference of 0,28 points between groups on the 5,00 point Fordeling av scoringsverdier del B scale, and a required sample size of 130 per group. If the true mean difference is actually (for example) 10% smaller we would need a sample size of 160 per group. By contrast, if the true mean difference is actually 10% larger, we would need a sample size of only 107 per group.

Dispersion of scores

Another factor that determines the required sample size is the dispersion of scores within each group. If scores within each group are clustered in a narrow range, differences between the groups are more obvious and the required sample size is relatively low. By contrast, if the scores within each group fall over a wider range, the difference between groups is less obvious and the required sample size is relatively high.

The dispersion is quantified using the standard deviation of the scores. The standard deviation of 0,80 used in our computations leads to a required sample size of 130 per group. If the true standard deviation is actually (for example) 10% larger we would need a sample size of 157 per group. By contrast, if the true standard deviation is actually 10% smaller we would need a sample size of only 105 per group.

Missing data

Another factor that determines the required sample size is the percent of missing data. We compute the number of subjects actually needed for the analysis, and then adjust that number to ensure that we will have that number of scores after the missing subjects are excluded.

In computing the sample size to be 130 we assume that there will be no missing data. If the actual rate of missing data is 2%, we would need a sample size of 132 per group.

Note that the adjustment for missing data assumes that the data are missing completely at random. No attempt is made to adjust for the possibility that subjects who fail to respond differ in some ways from subjects who do provide a response.

Alpha

Another factor that has an impact on the required sample size is alpha, the criterion used for statistical significance. We used an alpha of 0.05, which is often the default value, in computing the required sample size of 130 per group.

It is sometimes appropriate to select a more conservative criterion. For example, with alpha set at 0,01 the required sample size would be 193 per group. Conversely, it is sometimes appropriate to select a less conservative criterion. For example, with alpha set at 0,10 the required sample size would be 102 per group.

Tails

The final factor we need to consider is whether the significance test is one-tailed or two-tailed. We assumed that the study will use a two-tailed test, which is usually appropriate, and computed the required sample size as 130 per group.

If it were appropriate to use a one-tailed test (with alpha at 0.05) the required sample size would be 102 per group.

Concluding remarks

This discussion is intended to highlight the importance of the assumptions in computing sample size. Where possible, it may be a good idea to take account of alternate assumptions to ensure that the sample size is adequate even if (for example) the mean difference is smaller than expected.

Disclaimer

This report is intended to help researchers use the program, and not to take the place of consultation with an expert statistician.



ISSN: 2535-2822

ISBN: 978-82-7962-284-0

Trykk: Høgskolen i Molde