

Jan Stensland Holte

## Skjerming

- teoretisk begrunnelse og  
praktisk gjennomføring

Høgskolen i Hedmark  
Notat nr. 2 – 2000

Trykkeri: Hartz Offsettrykkeri A/S

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra notatet i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

**Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.**

I notatserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres f.eks milepel dokumentasjon av et forsknings- og/eller utviklingsprosjekt, eller andre dokumentasjoner på at et arbeid er i gang eller er utført.

Notatet kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Hedmark.  
(<http://www.hihm.no/Publikasjon/default.htm>)

Notat nr. 2 - 2000  
© Forfatteren/Høgskolen i Hedmark  
ISBN: 82-7671-110-3  
ISSN: 1501-8555



# Høgskolen i Hedmark

<b>Tittel:</b> Skjerming - teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring.			
<b>Forfatter:</b> Jan Stensland Holte. Høgskolen i Hedmark, Avd for sykepleieutdanning			
<b>Nummer:</b> 2	<b>Utgivelsesår:</b> 2000	<b>Sider:</b> 55	<b>ISBN:</b> 82-7671-110-3 <b>ISSN:</b> 1501-8555
<b>Oppdragsgiver:</b>			
<b>Emneord:</b> Psykiatrisk sykepleie, skjerming, psykiatrisk akuttavdeling			
<b>Sammendrag:</b> <p>Denne studien er en del av Prosjekt Undervisningsavdeling og et ledd i den videre utviklingen av personalkompetansen knyttet til skjerming som metode på Akuttposten. Studien søker å kartlegge den eksisterende praksis ved to psykiatriske akuttposter med hensyn til intervensjonen skjerming. Skjerming er et utbredt metode ved behandling av akutte psykiatriske tilstander preget av psykotisk forvirring og eventuell fysisk utagering.</p> <p>Til sammen 14 ansatte med ulik formell kompetanse ved de to akuttpostene ble intervjuet for å klargjøre postenes begrunnelse og praktiske gjennomføring av denne metoden. Svarene ble kategorisert og systematisert og beskriver dagens skjermingspraksis.</p> <p>Analysen danner grunnlaget for en systematisk refleksjon over og forslag til en ny begrunnet skjermingspraksis som vil bli presentert for postpersonalet. I samarbeid med en av postene (Akuttposten) vil det bli utviklet strategier både på metodens faglige innhold og struktur.</p>			





# Høgskolen i Hedmark

<b>Title:</b> Seclusion - theoretical reasoning and practical implications.			
<b>Author:</b> Jan Stensland Holte. Hedmark College, Department of Nursing Education.			
<b>Number:</b> 2	<b>Year:</b> 2000	<b>Pages:</b> 55	<b>ISBN:</b> 82-7671-110-3 <b>ISSN:</b> 1501-8555
<b>Financed by:</b>			
<b>Keywords:</b> Psychiatric nursing, seclusion, psychiatric acute ward			
<b>Summary:</b> <p>This study is a part of a four-year research collaboration between an acute ward in a psychiatric hospital and Hedmark College which aims at furthering of competence in the clinical setting. The study maps the ongoing practice related to seclusion on an acute ward as an intervention method connected to acute psychiatric illnesses such as psychotic disorders and/or aggressive behavior toward others.</p> <p>14 employees with varied formal education were interviewed to identify the staffs theoretical reasoning and practical procedures related to the seclusion method. The analysis lays the foundation of a systematic reflection on seclusion and presents a sketch for a new seclusion procedure that will be further developed in collaboration with the staff.</p>			



## Forord

Jeg har blitt invitert til å delta i Prosjekt Undervisningsavdeling for å kartlegge og reflektere systematisk over skjerming som metode, og forsøke i samarbeid med postpersonalet å bidra til en fagutvikling på dette feltet.

Intervensjonsmetoden skjerming er en meget alvorlig, men ofte helt nødvendig inngripen i den psykotiske eller maniske personens naturlige frihetsrom, for å kunne skape et beskyttende miljø rundt pasienten for å fremme oversikt og kontroll, både for pasient og personale.

Det stiller helt spesielle krav til de som skal utføre disse miljøtiltakene, både den enkelte egnethet, og det samlede personalets evne til å arbeide på en slik måte at de opptrer enhetlig for hverandre og samlende overfor pasienten på skjerming.

Som de fleste andre psykiatriske sykepleiere som har arbeidet ved en psykiatrisk akuttpost har jeg også opp gjennom årene gjort meg tanker om det ”å sitte på skjerming”. Det har ofte undret meg hvor stort uutnyttet terapeutisk potensiale som ofte kan ligge i denne spesielle intervensjonen da vi ofte kan ha spesielt gode rammer for relasjons arbeid og gode muligheter for et vesentlig sorteringsarbeid overfor den oppløste og forvirrede pasienten.

Dette notatet er et lite stoppested på vegen i en lenger prosess som skal ende opp i en grundigere rapport. Det har som mål å synliggjøre noe av skjermingens ytre og indre struktur ved en akuttpost og på grunnlag av denne kartleggingen skal momenter til en ny praksis komme som anbefalinger. Det blir svært vesentlig at anbefalingene oppleves som naturlige videreføringer av eksisterende praksis, og ikke er for detaljerte.

De to psykiatriske sykepleierene Anna Marie Farstad og Solveig Hansine Jørstad har gjennom sin semesteroppgave kartlagt den eksisterende skjermingstenkning og –praksis ved to akuttposter. Jeg vil rette en takk til dem da de har vært velvillige til å la meg få arbeide videre med sine funn og refleksjoner.

Mine veiledere er førsteamanuensis Jan Kåre Hummelvoll og professor Elisabeth Severinsson. Begge er ansatt ved høgskolen i Hedmark, avdeling for sykepleierutdanning. En særlig stor takk til Jan Kåre Hummelvoll som har kommet med verdifulle innspill i en - for ham - meget hektisk og intensiv arbeidsperiode.

Jeg håper at dette arbeidet kan anspore til å videreutvikle den viktige tause kunnskapen og kompetansen som er skapt i arbeid med noen av våre aller mest sårbare pasienter.

*Elverum i august 2000*

*Jan Stensland Holte*



Forord .....	7
Innledning .....	11
Metode .....	15
Teoretisk referanseramme .....	19
Undervisningsavdelingens teoretiske forankring .....	19
Sykepleieteoretisk forankring.....	19
Psykoese forståelse.....	20
Lidelsesaspektet med relevans for psykisk lidelse .....	22
Miljøterapi .....	24
Grensesetting .....	26
Skjerming.....	27
Dagens skjermingspraksis: presentasjon og tolkning av funn .....	31
Sammendrag og anbefalinger. ....	43
Om skjermingsprosedyren som ytre organisatorisk tiltak.....	45
Om skjerming som arena for relasjonsarbeid, støtte og avgiftning. ....	48
Fysisk utforming av skjermingsenheten.....	49
Konklusjon.....	51
Referanser: .....	53



## **Innledning**

Det psykiske helsevernet har opplevd store endringer de senere årene og står nå i en meget utfordrende prosess, organisatorisk, økonomisk og ikke minst faglig. Høgskolen i Hedmark er pålagt et særlig ansvar for å drive forskning og utviklingsarbeid innen dette utfordrende feltet. Dette prosjektet er en del av Prosjekt Undervisningsavdeling som er et 4-årig samarbeid mellom Høgskolen i Hedmark, avdeling for sykepleierutdanning og Sanderud sykehus. Det er utledet av Avdeling for sykepleierutdannings utredning om faglig utvikling ("Fag og Forskning for Framtidens helse", April 1998).

### **Hovedprosjektet har disse satsningsområdene:**

**Formål:** Prosjekt undervisningsavdeling har tre formål, foruten avdelingens primære behandlingsmandat, nemlig 1) systematisk programutvikling og forskning, 2) videreutvikling av personalets kompetanse og 3) å gi helse- og sosialfagstudenter et fruktbart læringsmiljø.

Etter den første fasen i prosjektet besluttet postens ledelse at følgende forskningsområder skulle fokuseres:

- a) Sammenhengende psykiatri-tjenester
- b) Stemningslidelser med vekt på mani som fenomen og lidelse
- c) Virkninger av postens undervisningsopplegg

Undervisningstemaene skulle primært dekke følgende:

- a) Miljøterapi
- b) Psykoseforståelse – inkludert menneskesyn og behandlingsgrunnsyn.
- c) Stemningslidelser – med vekt på mani.
- d) Målsetningsarbeid og "husregler" – som ledd i utviklingen av postkulturen og postideologien.

Skjermingsprosjektet vil begrunnes ut fra formål 2, og skal bidra til kunnskaps- og metodeutvikling for personalet i forhold til skjerming som metode. Det kan bidra til å bygge en "bro" mellom det direkte forskningsrettede arbeidet og en systematisk kompetansebygging med vekt på kartlegging, undervisning, utprøving og fortløpende evaluering av praksis. Metodekunnskap er en vesentlig del av yrkeskompetansen sammen med kunnskap, ferdigheter, verdier og holdninger. En kan også se mulighetene for at denne typen fagutvikling kan inngå i en plan opp mot godkjenning av klinisk spesialitet. Gjennom utviklingen av prosjektet legges stor vekt på et nært samarbeid med personalet i tråd med den uttalte teoretiske forankringen i Prosjekt Undervisningsavdeling slik at personalet utvikler et språk for praksis. (oktober 1999).

#### **Hensikten med prosjektet er å:**

- beskrive aktuell tenkning og praksis i forhold til skjerming som metode på posten og å undersøke hva personalet kan tenke seg bør endres i forhold til denne.
- utforme en ny og begrunnet praksis relatert til skjerming basert på konsensus i personalgruppen, og der personalets eieforhold til produktet er sentralt.
- å implementere og evaluere en begrunnet praksis

Departementet tar sikte på å regulere den intervensjonsprosedyren som i dag går under betegnelsen skjerming og begrunner det med at det kan oppleves som en svært inngripende prosedyre og foreslår at det må fattes formelle vedtak av en psykiater for inntil 3 uker om gangen. (Ot prp nr 11 19) En slik endring vil måtte stille nye og økte kompetansekrav til personalet og en må anta at prosedyrene ved forberedelse og gjennomføres må kvalitetssikres. Som et ledd i et slikt arbeid søker dette prosjektet å begynne en nødvendig refleksjon over eksisterende praksis for så å forsøke å ta det beste av denne med seg videre inn i

en nødvendig videreutvikling av en såpass regelmessig benyttet intervensjonsmetode.

### **Forskningsspørsmål:**

1. Hvordan begrunner og gjennomfører personalet skjermingspraksisen på akuttposten?
2. Hva karakteriserer ”skjermingskulturen” ved akuttposten?
3. Hvordan kan en videreutvikle personalets kompetanse i forhold til skjerming slik at pasientenes integritet og verdighet ivaretas?
4. Hvordan opplever personalet å delta i skjermingsarbeidet?
5. Hvilke endringer/forbedringer etterlyser sykepleierne i skjermingsarbeidet?

Notatet forsøker å beskrive et utgangspunkt for videre fordypning av de perspektivene som er nødvendige for å avdekke og eventuelt videreutvikle en sammenhengende forståelse mellom menneskesyn, syn på lidelsen og konsekvensene for samhandlingen og miljøterapien. Skjerming innebærer et alvorlig inngrep overfor den enkelte, og kan oppleves like sterkt som isolasjon, og det er derfor svært viktig at begrunnelsen for vedtak, gjennomføring og etterarbeid blir gjennomført med en relativt tung faglig begrunnelse og med et engasjement for de detaljene som skaper den best mulige gjennomføringen for den enkelte.



## Metode

Prosjektet er en del av Prosjekt-Undervisningsavdeling som er basert på handlingsorientert forskning, og vil da knytte sammen ulike metodiske tilnærminger (Fag og Forskning s 65-68). Følgelig vil også dette prosjektet være handlingsorientert. Kartlegging av postens nåværende tenkning og praksis er utført av studenter fra Videreutdanningen i psykisk helsearbeid. Litteraturstudier mars/april daner bakgrunn for vurdering og drøfting av innsamlede data. Utarbeidelse av en ny begrunnet tenking omkring behandlingsmetoden skjerming er presentert for posten juni-2000.

Flere metoder er benyttet; kvalitativt intervju, litteraturstudier, undervisning, spørreskjema.

**Kvalitativt intervju:** Studenter ved Videreutdanningen i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Hedmark, avdeling for sykepleieutdanning, har innsamlet data etter en intervjuguide som tar utgangspunkt i angitte temaer. Begge studentene (A og B) gjennomførte en kvalitativt semi-strukturert intervju som var delt inn i fem hovedtemaer med 2-5 underspørsmål. Spørsmålene var formulert på en slik måte at skulle åpne for erfaringer og refleksjoner, å avdekke, personalets opplevelse av praksis. Utvalg av respondenter ble gjort slik at det representerte hele pleiegruppen: psykiatriske sykepleiere – sykepleiere – psykiatriske hjelpepleiere og assistenter som sammen representerte et erfaringspenn på fra 1-20 år. B: intervjuet ikke assistenter(ufaglærte). Alle ga sitt informerte samtykke. Begge intervjuet personalet mens de var på vakt på posten (ett unntak) hvert intervju hadde en varighet på 50-90 min. Svarene ble skrevet ned underveis, A leste opp svarene og fikk en godkjenning av respondenten, ikke B. Analyse: Svarene ble gjennomlest, systematisert og eksemplifisert med utsagn fra respondentene.

- a) **Litteraturstudier:** litteratursøket ble foretatt i norsk og nordisk litteratur og de mest relevante databaser for å avklare begrepet, for å oppdatere meg på bruken av dette miljøtiltaket.
- b) **Undervisning (intervensjon):** 1) Analyserte data ble presentert sammen med forslag til en ny og begrunnet praksis som et seminar for avdelingspersonalet juni-2000 2) En ny undervisning i september med et påfølgende erfaringsseminar i oktober-2000.

- c) **Spørreskjema:** En prosessevaluering vil bli gjennomført i form av et semi-strukturert spørreskjema i løpet av desember (med 14 dagers svarfrist) etter at ny begrunnet praksis er innført.

### **Litteratursøk:**

Litteratursøket har skjedd fra 1980 – 2000, både på BIBSYS med søkeordene: skjerming, miljøterapi ved akutte psykosser, psykosebehandling, og på Medline, Cinahl, WebSPIRS, First-search, Embase Psychiatry med søkeordene: seclusion, patient-isolation, psychotic disorders, social isolation. Det kommer fram at skjerming (seclusion) er en vanlig benyttet prosedyre ved behandling av inneliggende pasienter og tiltaket er ofte beskrevet i litteraturen. Litteraturen skiller lite mellom isolering og det vi i Norge benytter som skjermingsprosedyrer og det er vanskelig å avdekke et tydelig uttalt terapeutisk innhold eller en terapeutisk effekt av tiltaket.

### **Etiske overveielser:**

Fokus for prosjektet er som tidligere nevnt å kartlegge og videreutvikle personalets kompetanse slik at den kommer pasienten til gode direkte i skjermingsarbeidet, og det er her en klar nytteverdi bedring for svakstilte gruppers kår (dvs. pasientene). Målet er altså å forbedre den direkte pasientpleien og bygger på det etiske prinsippet om velgjørenhet/ikke skade. De etiske problemene knyttet til felt forskning er (Hummelvoll 1999). 1. *informert samtykke*, 2. *retten til privatliv*, 3. *respekt for personlig integritet*, 4. *skade* og 5. *utnytting*.

En vurdering av disse faktorene vil langt på veg følge samme refleksjon som Prosjekt undervisningsavdeling.

**Ad 1**, Informantene i denne studien er personalet og de vil bli informert muntlig og skriftlig i forkant av intervjuene, spørreskjemaene deles ut. Deltagerne er frivillige.



**Ad 2 og 3,** Ingen personregistre blir opprettet, da undersøkelsen retter seg mot personalet.

**Ad 4,** Denne gruppen pasienter som skjermes er som kjent meget sårbar og trekkes ikke inn i undersøkelsen.

**Ad 5,** Prosjektet er ønsket av sykehusets ledelse og vil kunne gi personalet økt forståelse og kunnskap om et såpass viktig behandlingstiltak/regime som skjerming er ved en akuttpost.

Personalet vil ha utstrakt innflytelse på vurdering og videreutvikling av denne kompetansen og pasientene vil naturlig kunne nyte godt av dette arbeidet.



## **Teoretisk referanseramme**

### **Undervisningsavdelingens teoretiske forankring**

Prosjektet har en sosialpsykiatrisk forankring med fokus på pasientens behov for sammenhengende psykiatritjenester, pasienters og pårørendes behov for informasjon og undervisning – og primærhelsetjenestens behov for kvalifisert rådgivning og veiledning.

Avdelingen bygger på et humanistisk-eksistensielt menneskesyn i sitt arbeid. Det innebærer at mennesket skal møtes med respekt for deres integritet og verdighet samt et fokus på dets eksistens og livssituasjon, dets utfordringer knyttet til valg. Tilnærmingen er preget av et helhetssyn som inkluderer både individualitet, relasjoner, nettverk, omgivelser og livssyn.

Avdelingen har sin basis i en helhetlig-eksistensiell sykepleiemodell som beskriver og inkluderer både person, relasjon og miljø/nettverk. Selv om akuttpsykiatrisk post er særlig utfordret med korte innleggelser der fokus er vurdering, testing/medisinering og stabilisering, må en tilstrebe å vektlegge pasientens behov for å bli møtt som person. Undervisningsavdelingen skal levendegjøre tverrfaglig samarbeid både innen institusjonen og i forhold til primærhelsetjenesten og utvikle en systematisk kunnskapsutvikling gjennom forskning.

### **Sykepleieteoretisk forankring**

Det er naturlig å benytte meg av J.K. Hummelvoll's definisjon av psykiatrisk sykepleie da dette synet raskt gjenkjennes i postens menneskesyn og målformuleringer men er også en konkretisering av et holistisk-eksistensialistisk menneskesyn:

”Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/ redusere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer.”

(Hummelvoll, 1997 s.39)

Denne definisjonen beskriver hele det feltet som favner sykepleierens ansvar og fokus, allikevel er avsnittet om ”å styrke pasientens egenomsorg” og det spesifikke ansvaret vi har for ”å virke som pasientens talsmann når pasienten ikke selv er i stand til å gjøre det” mest aktuelle i denne sammenhengen. Det er også en stor og viktig utfordring å gjøre skjermingssituasjonen til ”et samarbeidende og forpliktende fellesskap” der man kan fremme selvrespekt og opplevelse av mening.

### **Psykoseforståelse**

Hvordan vi som pleiere møter og forstår en person i et psykotisk sammenbrudd utledes av de modellene og begrepene vi har for å systematisere og forstå lidelsen. Som Hummelvoll trekker fram er innebygde kjennetegn ved akuttpsykiatrien: det akutte, uforutsigbare og effektive preget, koblet med en klar dominans fra den medisinske modellen (Hummelvoll & Røsset 1999). Det er stadig mer vanlig å betrakte sykdomsmodellen som et hinder for å utvikle videre forståelse av mennesket i lidelsen og bidrar ved sitt reduksjonistiske perspektiv til objektivisering og mulig tingliggjøring av pasienten (Brudal 1999).

Hvis en lar forklaringsmodellene ligge så kjennetegnes psykosen av:

”Et sammenbrudd av individets rasjonelle og emosjonelle mestring av sin situasjon. Pasienten har mistet taket på virkeligheten og oppfører seg uvanlig.” (Kringlen 1990 s.326)

Dersom vi som pleiere skal kunne møte personen med en intensjon om å forsøke å skape mening må vi ha modeller som kan skape mening og sammenheng for oss. Med andre ord må de både berøre og inkludere alle menneskets dimensjoner.

Mens Cullberg betoner at i psykosen er virkelighetsoppfatningen brutt og omverdenen tolkes på en slik måte at andre ikke forstår den (Cullberg 1999), ser Strand tilbaketrekingen fra den fellesmenneskelige virkeligheten som det sentrale og at den kan være vanskelig å forstå (Strand 1997). Vanskelig er ikke det samme som umulig, og vi må innstille oss på et arbeid som krever å kunne håndtere flere ulike perspektiver og modeller samtidig for å kunne lytte oss inn til personens eget betydningsfulle perspektiv, der meningsdannelse oppstår. Brudal skisserer og tydeliggjør en modell som innebærer tre likestilte og komplementære referanserammer som åpner for en slik mulighet (Brudal 1999). Han skisserer det psykodynamiske/objektrelasjonsteoretiske som innbefatter ego-psykologien der en er opptatt av å se psykosen som et ”svar” på intense og uklare emosjonelle svar på relasjoner overfor familien og andre betydningsfulle andre, og symptomutformingene forstås i relasjon til ubevisste emosjonelle konflikter. Det systemiske perspektivet bidrar med å se på psykosen som et ”svar” på et forstyrret familiemønster. Her kan en finne både åpenbare rolletilpasninger men også individet som bærer av ulike ”familiehemmeligheter”. Det siste perspektivet er det eksistensielle som særlig tydeliggjør den eksistensielle ensomhet, fremmedgjøring og mangel på identitet. Her fokuseres også personens behov for å være en selv-historiebygger i letingen etter mening og identitet ved å ta et voksende og mer bevisst ansvar i valg og handlinger (Brudal 1999). Dersom en vil favne og forholde seg profesjonelt til hele mennesket må en kunne skifte perspektiv og forklaringer, altså benytte seg av en eklektisk innfallsport, uten selv å miste tyngden i det sykepleiefaglige perspektivet; mennesket i lidelsen (Hummelvoll 1997).

Ved å bære med seg ulike modeller men allikevel med tyngde på det eksistensialistiske i selve møtet, åpner det for viktige og utfordrende sorteringsperspektiver i det viktige felles arbeidet med å personen i kontakt med sitt livsprosjekt. Det krever et oppdatert undervisningsopplegg og en levende og trygg diskusjon i miljøet for å kunne holde perspektivene og finne gunstige måter å konkretisere disse på i samspillet med pasient, familie og nærmiljø.

### **Lidelsesaspektet med relevans for psykisk lidelse**

Det er vanlig innenfor sykepleieteori å beskrive og drøfte lidelsesperspektivet ut fra tre kategorier (Lindstrøm 1997 og Eriksson 1993): *Lidelsen som sykdom, lidelsen som eksistensiell utfordring, og lidelsen som følge av pleie og behandling.*

*Lidelsen som sykdom*, ser på psykosene som ”sykdommen” objektivt og beskriver symptomer og utformingen av disse samt kategorisering av disse ofte svært individuelle og dynamiske symptomer i diagnoser. Her finnes mye god litteratur som bidrar til å danne en slik generell kunnskapsbase (Cullberg 1999 og Kringlen 1997).

*Lidelsen som eksistensiell utfordring*, her beskrives lidelsen slik den oppleves av den enkelte i sin personlige verden. Disse tre lidelsesformene framstilles med litt andre ord av professor i sykepleie Katie Eriksson (Eriksson 1993) Hun beskriver og sorterer lidelsen i tre kategorier som igjen har undergrupper:

**Å ha lidelsen**, særlige fenomener her er *Lidelsen ved å være avvist (ledsamhet)*, *Lidelsen som frykt og redsel (rädsla)* og *Lidelsen ved å være sluttkjørt (örkesløshet)*, En må ha kraft for at lidelsen skal lindres, ”Man er trøtt og sluttkjørt og orker ikke mer.”

*Lidelsen som et indre ubehag (obehag) Lidelsen som smerte (ont/smerta)* oppleves som indre sinne over det som smerter ”Jeg vet hvor det smerter i meg,” og kan kjenne det igjen i andre. Ofte projiseres denne smerten ut mot omgivelsene, pleiepersonalet.

*Lidelsen som plage, (plåga)* det er lidelse å tenke på det som plager henne.

*Lidelse som et indre trykk (tryck),* ”Jeg har fantasier om at det er et indre trykk inne i meg.”

**Å være lidende, (å være i lidelsen)** har særlige karakteristiske trekk som

*Lidelsen som ufrihet,* det å være innesperret mot sitt eget samtykke, uten privatliv og privat rom. *Lidelsen som anger (ånger)* ”at jeg har vært såpass syk, brukt penger ukritisk, bare til tull. Når jeg senere ble deprimert så angret jeg alt og hadde det svært vondt ved å tenke på det jeg hadde gjort.”

*Lidelsen som trussel (hot),* ”Jeg opplever en enorm svart skrekk som hviler over meg, og jeg får en følelse av at jeg blir borte (förintelse).

*Lidelsen som skuffelse (besvikelse),* Kan ofte være svik av en annens kjærlighet, ofte en betydningsfull annen, av at ingen bryr seg om en

*Lidelsen som tvil (tvivel),* ”pasienten tviler på om han er verdt å elskes.”

*Lidelsen som håpløshet (håpløshet),* ”man må aldri gi opp”,

Livslidelser, ikke kontroll, blamering, påført familien skade, oppgitthet, få barn? Vi ser hvor betydningsfullt det er å være bevisst denne dimensjonen i arbeidet med å møte pasienten med innlevelse og kunne bidra til å sette ord på mye av den fortvilelsen pasienten opplever som kan finne uheldige uttrykk som utprøving av grenser, selvskading, og eventuell fysisk utagering.

***Lidelsen som følge av pleie og behandling,***

Pasienten kan også påføres lidelse gjennom behandlingsprosedyrer. Faren for å oppleve krenkelse ved å bli innlagt mot eget samtykke, ved begrensning av informasjon bevegelsesfrihet, nedsatt påvirkningsmulighet overfor saker som

angår en selv, medisinsk intervensjon med relativt store livsbegrensende bivirkninger, og en generell stigmatisering i det å være innlagt ved en institusjon ( Lindstrøm 1997 ). Her er også det området hvor vi som miljøpersonell har stor påvirkningsmulighet og ansvar for å komme med vesentlige og positive bidrag for den psykotiske og forvirrede personen.

Skjerming kan både lindre og skape lidelse. Det er derfor av stor betydning at hver enkelt pleier har en selvstendig og kommuniserbar forståelse av skjermingsprosedyren slik at pasienten kan oppleve det å være på skjerming som en omsorgshandling som beskytter og trygger selv om den også begrenser naturlig sosial omgang, muligheter til valg og innflytelse i saker som angår ham selv.

## **Miljøterapi**

Skjerming er en spesialisert terapeutisk intervensjon som krever både spesielle kunnskaper og ferdigheter hos personalet. Det er viktig å se på den som en naturlig forlengelse av den generelle miljøterapien ved posten. Det er derfor viktig å tydeliggjøre noen av de sentrale prinsippene som er styrende for postens miljøterapeutiske arbeid. Posten har fått internundervisning om Gundersons grunnleggende prinsipper og har valgt å la disse være styrende.

Gunderson konkretiserer miljøbegrepet på denne måten:

Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse.

De skapes av bidrag fra både pasienter og personale innenfor en fysisk bygningsmessig og rommessig ramme, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor.

For pasientene – mennesker med psykisk sykdom – er miljøterapi å være og handle i (og utenfor) avdelingsmiljøet over tid. (Bratheland et.al. s.5 )

Det er en allment anerkjent at poststrukturen ved en akuttpost i størst mulig grad må skape trygghet og forutsigbarhet både for pasienter og personale slik at miljøet blir mindre ”flytende” og at pasienten skal føle seg trygt knyttet til



omgivelsene. Gunderson trekker særlig fram 5 begreper som skal være styrende og som skal tydeliggjøre en progresjon i behandlingen fra det beskyttende mot det utfordrende (moderlige og faderlige prinsipp) og som knyttes opp mot bruken av GAF og andre tverrfaglige behandlingstilbud (Bratheland et al 1998).

Den grunnleggende intervensjonen er **beskyttelse** (containment) som innebærer bevisste, planlagt handlinger og ytringer i miljøet som sikrer fysisk velvære, og som letter belastningen med utilstrekkelig selvkontroll eller allmaktsfølelser som er meget vanlig karakteristiske trekk ved en psykose eller manisk tilstand. Hensikten er primært å hindre at pasienten skader seg selv eller andre, minske faren for fysisk forfall, og styrke pasientens indre kontroll. De konkrete intervensjonene vil da naturlig være å skjerme pasienten, sørge for sikre omgivelser og gi fysisk omsorg.

Sammen med beskyttelse er det svært viktig å formidle **støtte** (support) der en tilstreber å bidra med bevisste, planlagte handlinger og ytringer som fører til at pasienten føler seg bedre/er mer fornøyd, og som hever selvaktelsen. De konkrete tiltakene kan være støtte/følge til aktuelle tjenester (mat, innkjøp), tilgjengelighet, oppmerksomhet, råd, beroligelse/trøst og oppmuntring. Hensikten er at miljøet oppleves som et tilfluktssted som skal føre til at følelsen av angst og fortvilelse avtar.

Det tredje prinsippet, **struktur**, understreker og underbygger de andre omhandler ytringer og handlinger (rutiner) i miljøet som skaper forutsigbarhet over tid (gjennom dager og uker), og som skaper forutsigbarhet for sted og situasjon. En er særlig opptatt av å minske kaos, knytte personen til omgivelsene, og hjelpe pasienten til å se konsekvenser av sosialt uheldige symptomer og handlingsmønstre. Tendensen til å reagere ut på vonde følelser og impulser er vanlig og en bør ha en strategi fra å beholde den andres tanker og

impulser innledningsvis til å kunne utfordre gjennom terapeutisk dialog og samhandling. Eksempler på dette kan være døgnplan, ukeplan, faste møter (informative, pedagogiske, terapeutiske), bruk av avtaler og kontrakter, økonomistyring.

Disse to prinsippene skal fremme en grunnleggende trygghet der relasjonsoppbygging inngår som et vesentlig element. I denne fasen må hele personalgruppen opptre tydelig og forutsigbart i alle samspillssituasjoner. Gundersons 5 begreper eller prinsipper bryter ikke med tidligere benyttede prinsipper (Hummelvoll 1995 og Strand 1990), men har en noe annerledes innfallsport og en annen systematikk knyttet mer opp mot en mer objektiv tilfriskningsprosess.

## **Grensesetting**

Grensesetting er et svært mye anvendt prinsipp og virkemiddel overfor mennesker med svært ulike problemer og forstyrrelser. Særlig overfor psykotiske mennesker er det anerkjent som et nødvendig virkemiddel som ofte kan balansere mot det anti-terapeutiske (Strand 1992).

Å stå i en tilspisset situasjon der den andre har store problemer med realitetstesting, der en ikke finner fotfeste i en felles virkelighetsoppfatning, er ferdigheter som stiller store krav til omsorgsutøveren. Han bør ha mye kunnskap, en innfølelse og sensitiv situasjonsforståelse og en høy grad av personlig integritet. Grensesetting kan defineres slik:

Grensesetting er aktivt, med terapeutisk hensikt og på terapeutisk måte, å markere at her er et ytterpunkt som man ikke bør eller må overskride.  
(Strand 1992)

Den overordnede hensikten er at den enkelte pasient skal bli i stand til å leve et tilfredsstillende liv i et sosialt fellesskap, men den har også fire typer mer umiddelbare hensikter. Strand trekker fram:

- **Sikkerhet**, vi som omsorgspersonell må ta ansvar for at adferd som kan skade liv og helse blir forebyggt og stoppet, samtidig med at vi må respektere at innestengt energi må kunne frigjøres.
- **Struktur**, kan ofte skape trygghet fordi den psykotiske pasienten mangler ofte både oversikt og forutsigbarhet over det som foregår i samhandlingssituasjoner, og har derfor nedsatt evne til å opprettholde kontroll.
- **Beskyttelse mot stigmatisering og blamering**. Utflytende og ukritisk, truende adferd skremmer bort andre mennesker og kan lett føre til stigmatisering som er en belastning som øker etter hvert som innsikt i, og oversikt over egen adferd øker.
- **Læring**. Grensesetting bør gjøres med den hensikt at pasienten skal kunne lære slik at han får internalisert egne grenser og mer frihet og selvstyre i sin måte å reagere på omgivelsene (Strand 1992).

Grensesetting skal aldri være en form for straff, som da ofte kan oppleves som krenkende og eventuelt retraumatiserende for personen.

## **Skjerming**

Undervisningsavdelingen er en akuttavdeling og skjerming som metode anvendes relativt ofte særlig knyttet til personer med ulike forvirringstilstander og ofte overfor personer med en manisk lidelse.

Bjørkly antyder at skjerming ofte beskrives på en mer administrativ måte uten å få fram det terapeutiske elementet. Han konkluderer med at diskusjonen mellom

å se på skjerming som en mer administrativ sanksjonering for å oppnå sosial orden opp mot en adferdsterapeutisk "time-out" prosedyre skaper en fastlåsning og et hinder for tydelig utvikling av faglige kriterier og fokus i forhold til denne prosedyren (Bjørkly 1995).

Skjerming beskrives som en intervensjonsmetode som tar utgangspunkt i i den akutt-psykotiske pasientens behandlingsbehov. Den skjer ved at et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø (som regel pasientens rom) og den har elementer av grensesetting og struktur. Samtidig skal den være stimulusbegrensende uten å være depriverende (Lorentzen, Von Krogh og Island 1984).

Den overordnede hensikten er:

- å hjelpe pasienten til indre samling
- å beskytte/skåne andre pasienter
- å gi personalet oversikt slik at de kan fungere mer terapeutisk

(Lorentzen, Von Krogh og Island 1984)

Strand trekker fram at skjerming egentlig er *"en spesielt vidtgående form for grensesetting og overordnet hensikt er å begrense mengde og type krav og inntrykk fra omgivelsene og det å begrense egen adferd"* (Strand 1990).

Med *isolering* menes at man låser pasientene inne for kortere eller lengre tid i godkjent isolat. Begrepet brukes primært juridisk og er definert som et tvangsmiddel, og kan anvendes over kort tid (2-4 timer) for at muligheten til behandling ikke forspilles, eller over lengre tid dersom hensikten er å forhindre at pasienten skader seg selv eller andre, men kun når lempeligere midler har vist seg forgjeves (Lov om psykisk helsevern, 1961).

Hummelvoll kartla i 1986 noe av begrunnelsen sykepleierne ga for skjerming og de svarte slik:

- **Pasienten greier ikke å forholde seg til så mange personer og stimuli**
  - Skjerming kan bidra til å redusere det indre kaos

- **For å beskytte pasienten og medpasienter**
  - Ved å sette grenser rundt pasienter får han lettere oversikt og kontroll med situasjonen
  - Når pasienten ikke greier å følge opp behandlingstilbudet, kan skjerming motivere at hans selvfølelse reduseres
- **Ved uro, engstelse og ukritisk adferd skaper skjerming trygghet for pasienten**

(Hummelvoll 1986)

Flere av sykepleierne understreket at kvaliteten av skjermingssituasjonen var utslagsgivende, og at selve det å begrense krav og stimuli ikke kunne isoleres fra måten denne begrensningen ble gjort på. Oftest ble skjerming forbundet med skjerming i en egen skjermingsenhet eller på pasientens rom (Strand 1990). Måten å gjennomføre skjerming på kan ses både i relasjon til vanlige skjermingsprosedyrer og måter å forholde seg på ved gjennomføringen av disse. Det kan være en fordel å utvikle egne prosedyrer slik at man kan få innarbeidet visse grunntrinn man mestrer og kan bevege seg utfra, men prosedyren må aldri bli en rigid samling regler av typen "alle er like for loven" og derved en begrensning for individuell tilpasning og improvisasjon (Strand 1990).

Det kommer fram at skjerming (seclusion) er en vanlig benyttet prosedyre ved behandling av inneliggende pasienter og tiltaket er ofte beskrevet i litteraturen. Bjørkly antyder at skjerming ofte beskrives på en mer administrativ måte uten å få fram det terapeutiske elementet. Han konkluderer med at diskusjonen mellom å se på skjerming som en mer administrativ sanksjonering for å oppnå sosial orden opp mot en adferdsterapeutisk "time-out" prosedyre skaper en fastlåsning og et hinder for tydelig utvikling av faglige kriterier og fokus i forhold til denne prosedyren (Bjørkly 1995).



## Dagens skjermingspraksis: presentasjon og tolkning av funn

I det følgende presenteres resultater fra intervjuundersøkelsen ved akuttpostene  
<sup>1</sup>. Hvert hovedtema i intervjuguiden danner hovedkategorier. Svarene fra hver avdeling på hvert spørsmål presenteres parallelt.

Hva legger du i betydning av begrepet(a) og begrunnelsen for skjerming(b)?

<b>A</b> n= 7	<b>B</b> n= 7
<p style="text-align: center;"><b>a&amp;b</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beskyttelse av pasienten(4)</b>  <i>På grunn av pasientens situasjon, for eksempel tankekaos, har pasienten best av å bli trekt ut av miljøet, best for pasienten og medpasienter, unngå for mange inntrykk – for å få tilbake virkeligheten – bli mer samlet.</i></li> <li>• <b>Begrense tilgangen på stimuli(3)</b>  <i>Begrensing av stimuli – særlig hos maniske</i></li> <li>• <b>Pasienten er psykotisk (6)</b>  <i>For eksempel når pasienten er psykotisk og ikke kan ta vare på seg selv.</i></li> <li>• <b>Unngå blamering (4)</b>  <i>Pasienten adskilt fra andre mennesker – skjermes for inntrykk – unngå å blamere seg.</i></li> <li>• <b>Forhindre utagering (3)</b></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>a</b></p> <p><i>Tas ut av miljøet, på eget skjermingsrom, eget rom. (6)</i>  <i>Skjerming kan også skje utenfor posten, turer. (4)</i>  <i>Er en behandling eller et tiltak som inneholder ivaretagelse og omsorg.(3)</i>  <i>Begrense pasientens aktivitet og stimulustilgang. (2)</i></p> <p style="text-align: center;"><b>b</b></p> <p><i>For å begrense inntrykk.(7)</i>  <i>For å hindre blamering/kompromittering.(7)</i>  <i>Beskytte pasienten mot utagering, greier ikke å forholde seg til andre på en OK måte.(5)</i>  <i>Det er mer ro og pasienten oppleves mer samlet, kan derfor drive med mer behandling.(3)</i>  <i>Når pasienten er svært ung, eller det er fare for selvskading.(2)</i>  <i>Pasienten greier ikke å la være å ødelegge ting.(2)</i>  <i>Personalet kan lettere observere.(1)</i></p>

<sup>1</sup> Utført av de psykiatriske sykepleierne Anne Marie Farstad og Solveig Hansine Jørstad.

**Kommentar:**

Det kommer fram at respondentene ved post A ikke har skilt tydelig mellom betydning og begrunnelse av begrepet. Begrunnelsen passer godt med faglitteraturen og har en tydelig tyngde på beskyttelse og begrensning av ytre stimuli og er primært beskrevet som en ”ytre” intervensjon (dvs av en mer organisatorisk art). En finner ingen antydning av innholdet bortsett fra muligheten til å observere. Svarene viser at postpersonalet har en god oppdatert grunnleggende forståelse av hensikten med skjerming.

***Diskuteres skjerming som tiltak i posten?***

<b>A</b> n= 7	<b>B</b> n= 7
<p>De fleste svarer at skjerming er et tiltak det er full enighet om å benytte. Diskusjonen som jevnlig er oppe om dette temaet er enten tatt opp av avdelingsleder, gjerne som følge av en presentasjon på postseminar, og er ofte preget av hvor mye den enkelte av personalet tolererer av ”galskap”. Noen nevner at det har blitt ”en rutine”, alle vet hva skjerming innebærer, selv om det ikke diskuteres så ofte.</p>	
<b>Kommentar:</b> <p>Disse svarene synliggjør at det er en kontinuerlig refleksjon i personalgruppa selv om tendensen til at det kan bli en rutine er tilstede.</p> <p>Det kan se ut til at noen av kriteriene for skjerming er noe uklare og dette kan lede til en ”synsing” istedenfor veiledning og fortløpende utvikling av klinisk skjønn. Det kan også oppstå uønskede subkulturer ved hvert skift, noe som kan utfordre den betydningsfulle kontinuiteten og nødvendigheten av at skjermingstiltaket i størst mulig grad må være forståelig for pasienten.</p>	



## Hvem avgjør at skjerming brukes, hvem evaluerer?

<b>A</b> n= 7	<b>B</b> n= 7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Primærgruppen eller personalgruppen</b> på post(6)  <i>Ved innkomst den som har ansvaret (sykepleieren), noen ganger ikke i tvil om behov for skjerming. Vurderes på journalmøtet og primærgruppemøte om det er behov for å løse på skjermingen.</i></li> <li>• <b>Sykepleier(5)</b>  <i>Ansvarlig sykepleier har siste ordet, men hele personalgruppen som er på post diskuterer – de samme evaluerer for eksempel på gruppemøte.</i></li> </ul> <p><b>Lege(2)</b></p>	<p><i>Ved akutt skjerming  Miljøpersonalet som er på vakt.(6)</i></p> <p><i>Ved langvarig skjerming  Journalmøtet.(7)</i></p> <p><i>Det er primærkontakter og annet postpersonale som foreslår tiltaket.(3)  Den endelige avgjørelsen har overlegen.(1)</i></p> <p><i>Ved evaluering av praksis  Journalmøtet.(5)  Primærkontakt, primærgruppa.(3)  Skjerming kan plutselig opphøre hvis pasienten eller avdelingens situasjon tilsier det, eks hvis en annen pasient har større behov for det.(1)</i></p>
<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Det er et meget positivt trekk at miljøpersonalet både føler seg engasjerte og ansvarlige for den fortløpende vurderingen og beslutningsprosessen i forhold til skjerming. Det er en ny og vesentlig utfordring å klargjøre hvordan beslutningsprosessen skal ledes og formes nå som skjerming vil bli en metode der det må fattes et vedtak på samme måte som ved bruk av tvangsmidler (jfr. Ot.prp. nr11 98/99). Det utfordrer personalet ift hvem og hvordan pasienten informeres om tiltaket, slik at personalet og pasienten opplever beslutningsgrunnlaget og –prosessen som ivaretagelse av rettigheter på en støttende og samlende måte.</p>	

**Kan du fortelle hvordan skjermingen gjennomføres?**

<b>A</b> n= 7	<b>B</b> n= 7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Utvikle relasjoner(6)</b> <i>Pasienten informeres om at han skal på skjerming, det utarbeides enkle retningslinjer. Personalet bruker alarm. Pasienten bestemmer nærhet og avstand, det er alltid en person sammen med pasienten inne på rommet.</i></li>   <li>• <b>Formidle trygghet(6)</b> <i>Tre av personalet skifter på å sitte inne hos pasienten, det blir ni-ti personer på et døgn, det er for mange, tror det blir vanskelig å formidle trygghet. Mer struktur for å unngå at personalet lar seg splitte. Personalet bør være informert og enige i innholdet for skjerming.</i></li>   <li>• <b>Følge retningslinjene(5)</b></li>   <li>• <b>Informere pasienten(3)</b> <i>Informere pasienten – begrunne hvorfor det er behov for skjerming – også skriftlig – følg standard for skjerming. Når pasienten skal overføres til skjermingsenheten – prøv å få gjort det i samarbeid med pasienten, for om mulig unngå utagering, prøv selv å være rolig.</i></li> </ul>	<p><i>Holdninger</i> <i>Pasienten får gradvise utfordringer, se framgang.(3)</i> <i>Skjerming er et ego-støttende tiltak.(2)</i> <i>Gruppen diskuterer innhold.(2)</i> <i>Vi møter pasienten med respekt innsikt.(2)</i></p> <p><i>Skjermingslister</i> <i>Vanligvis rullerer personalet hver time, dersom krevende 1/2 time</i> <i>Vanligvis står det 2-3 personer på skjermingslisten</i> <i>Pasientens tilstand avgjør om det er en eller to personale samtidig</i></p> <p><i>Skjermingssted</i> <i>Skjermingsenhet eller på rommet,(7)</i> <i>avhengig av tilstand</i> <i>Skjerming kan gjennomføres på tur, biltur eller hytte når det er nok ressurser.(2)</i> <i>Det er rom for individuelle løsninger, avhengig av pasientens tilstand og ønsker</i></p> <p><i>Prosedyrer</i> <i>Individuelle retningslinjer som styrer stimuli og aktivitet alltid i 2 ex, pasienten får sitt eget.(5) (4)</i> <i>Pasienten får informasjon om klagerett og hvorfor han blir skjermet.(2)</i></p>

**Kommentar:**

Disse svarene er, slik jeg tolker det, en beskrivelse av den ytre strukturen, beskrivelser av hjelpemidler (retningslinjer), og en antydning av det terapeutiske innholdet. Både utviklingen av relasjonen og utviklingen av trygghet hos pasienten krever spesielle typer kunnskaper, ferdigheter og holdninger, sammen med en personlig kompetanse. Her må en anta at det finnes mye taus kunnskap i personalgruppa.

**Hvem av personalet deltar i skjermingen?**

<b>A</b> n= 7	<b>B</b> n= 7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assistent(4)</b> <i>Ved bråkete unge menn som pasienter, har det lett for å bli mannlige ufaglærte som sitter på skjerming.</i></li> <li>• <b>Hjelpepleiere (3)</b> <i>Tidligere var det for det meste hjelpepleiere og assistenter – dette har blitt bedre – mer psykiatriske sykepleiere og sykepleiere som deltar i skjermingen.</i></li> <li>• <b>Sykepleiere(2)</b> <i>Vurderer ut fra personalet som er tilgjengelig i posten den dagen. Behøver ikke å være sykepleier for å gjøre en god jobb.</i></li> </ul>	<p><i>Alt miljøpersonale skjermer.(7)</i></p> <p><i>I hovedsak primærkontakt og primærgruppe når de er på jobb.(6)</i></p> <p><i>Mye bruk av ufaglærte på skjerming, spesielt i helgene.(4)</i></p> <p><i>Sykepleierne skjermer minst.(1)</i></p>

**Kommentar:**

Vi ser at begge poster benytter alt miljøpersonale til skjerming og vil måtte tilsi relativt mye bruk av ufaglærte. Dette er ikke noe særegent fenomen (Bjøkly 199 s ). Svar sier mye om personalsituasjonen ved postene og sier samtidig noe vesentlig om rammene for faglig utvikling. Det er en stor utfordring for fagledelsen i arbeidet med å tilrettelegge for utviklingen av stabilitet (assistenter er oftest ansatt ved kontrakter) og engasjement i arbeidsstaben gjennom undervisning og veiledning.

*Hva er din personlige opplevelse av å delta i skjermingsarbeidet?*

<b>A</b> n= 7	<b>B</b> n= 7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Å kunne gi trygghet(4)</b> <i>Å etablere trygghet og oppnå tillit – å ha tålmodighet – orke å stå i situasjonen.</i></li> <li>• <b>Å få etablert en allianse(3)</b> <i>Først og fremst få en allianse med pasienten – kan være vanskelig spesielt ved psykose.</i></li> <li>• <b>Å skape ro(1)</b> <i>Utfordringen for meg er å holde meg rolig og formidle trygghet – pasienten må føle seg trygg. Jeg synes de utagerende og urolige er den største utfordringen.</i></li> <li>• <b>Å bevare tålmodigheten og vise respekt (2)</b> <i>Ikke spørre ut eller latterliggjøre pasienten, vær modell for pasienten, utøve egostyrkende sykepleie. Fyll tiden på skjerming med noe positivt.</i></li> </ul>	<p><i>Nærhet og distanse</i> <i>Det er viktig å ha en profesjonell balanse mellom nærhet og avstand.(4)</i> <i>Vi må klare å se forskjeller for å justere opplegget etter den enkelte.(1)</i> <i>En fare ved ”selv-skjerming” er at pasienten er like dårlig uten at vi ser det.(1)</i></p> <p><i>Holdbarhet</i> <i>Greie å holde det profesjonelle, ikke ta det personlig.(2)</i> <i>Det er slitsomt å forholde seg til psykotisk snakk, blir lei i perioder.(2)</i> <i>Vi må greie å være rolige ikke miste fatningen(1)</i> <i>Vi må bruke ”containing”.(1)</i></p>
<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Her sies det noe om den profesjonelle og personlige kompetansen og de særlige utfordringene som oppstår i forholdet med pasienten. Det stilles store krav til følgende kvaliteter hos personalet: evne til kontaktetablering, evner til å være sortert og sorterende overfor pasientens psykotiske forvirring og projeksjoner, samt en trygg og sikker evne til grensesetting.</p>	

## Hva opplever du som etiske utfordringer?

<b>A</b> n= 7	<b>B</b> n= 7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Å respektere autonomi(4)</b> <i>Ivareta pasientens autonomi – informere og begrunne – pasienten må være med på råd og ta bestemmelser så langt som mulig.</i></li> <li>• <b>Å bevare integriteten(3)</b> <i>Å ivareta pasientens integritet – ikke ta fra ham verdigheten – forholde seg til pasienten med respekt.</i></li> <li>• <b>Å balansere mellom autonomi og paternalisme(2)</b> <i>Når jeg opplever at pasienten har nådd ”målet” uten bruk av tvangsmidler og minimalt med medikamenter, og jeg har klart å balansere mellom å være vaktmann eller hjelper.</i></li> <li>• <b>Informere og begrunne(1)</b></li> </ul>	<p><i>Å frata pasienten styringsretten over egen situasjon</i></p> <p><i>Å sette begrensinger, bestemme over folk.(5)</i></p> <p><i>Vanligvis ser pasientene på dette som tvang, straff.(2)</i></p> <p><i>Du tenker: ”gjør jeg det riktig, har jeg noen myndighet til å styre en annens liv?”.(1)</i></p> <p><i>Balansere nærhet og distanse</i></p> <p><i>Ikke danne vennskap, slik at pasienten ved utreise mister en venn.(1)</i></p> <p><i>Har noen personlige emner jeg kan snakke om, ikke hva jeg føler og tenker.(1)</i></p> <p><i>Engasjement</i></p> <p><i>Det er en fare ved å skjerme folk for lenge, dess lengre tid tar det å tilpasse seg et normalt liv</i></p>
<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Det er en utfordring i en intervjusituasjon å skille klart mellom de faglige og de etiske utfordringene fordi de veves sammen i den praktiske samhandlingen. Det å gå noe dypere i sine refleksjoner over samhandlingskvaliteten og oppøve en felles innlevelse i pasientens opplevelser krever tid, rom og et relevant begrepsapparat (avd A`s menneskesyn). Etikken er en sentral del av omsorgsfagets verdigrunnlag, og er en sterk kilde til engasjement og innlevelse når den enkelte pleier opplever å realisere disse verdiene – og motsatt være en kilde til ”energilekkasje” og utbrenning når idealene blir for fjerne (Hummelvoll og Røsset 1999).</p>	

***I hvilken grad oppleves skjermingsoppgavene som meningsfulle for deg?  
(a) Er du noen gang engstelig/redd mens du skjermer? (b)***

<b>A</b> n= 7	<b>B</b> n= 7
a	a
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Meningsfullt, Ja (7)</b> <i>Ja, det har en hensikt – for pasienten blir bedre etterhvert”</i></li> </ul>	<p><i>Bedring – ser at det hjelper, får tilbake noe positivt ved at pasienten blir bedre etter hvert</i></p> <p><i>Holdbarhet – greier å stå i det, vise det og bli en trygghetsfaktor.(2)</i></p> <p><i>Jeg opplever å få kontakt når jeg sitter der over tid.(1)</i></p>
b	b
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Engstelig og redd(6)</b> <i>Ja – særlig når pasienten er stor og sterk og vil ”ta” på meg – når pasienten uten forvarsel utagerer og når en ikke oppnår kontakt med pasienten som er sint og aggressiv.</i></li> <li>• <b>Ikke redd men årvåken(1)</b> <i>Nei aldri redd – men spent !</i></li> </ul>	<p><i>Redd for å bli skadet, ved fysisk utagering, trusler.(7)</i></p> <p><i>Ikke i hverdagen, men i enkelte situasjoner.(5)</i></p> <p><i>Viktig å føle redselen, være på vakt og ikke gjøre noe dumdristig.(5)</i></p>

➤ ***Er pasienten engstelig og redd for deg i skjermingssituasjonen?(c)***

<b>A</b> n= 7	<b>B</b> n= 7
c	
<p>De fleste opplever at pasienten er engstelig og redd, og uttaler at det ofte forekommer der pasienten har problemer med realitetstesting, eller når pasientene ser personalet som en annen ”person,” eller når personalet setter grenser som oppleves urettferdige eller for strenge. Bare en person opplever at pasienter ikke er redde for ham.</p>	
<b>Kommentar:</b>	
<p>For å kunne skape forutsetninger for å fremme opplevelse av mening hos pasienter med psykiske forvirringstilstander, -enten under skjermingen eller i ettertid, er at personalet opplever sitt samspill og pleie som meningsfylt. Det er imponerende å se hvor mange som opplever dette utfordrende omsorgstiltaket som meningsfull og viser nok hvor mye engasjement og omsorg det lever i personalgruppa.</p>	

**Hvilken pasientgruppe har størst utbytte av skjerming? a**

**➤ Hva er det ved skjerming som er gunstig sett fra pasientens side? b**

<b>A</b> n= 7	<b>B</b> n= 7
<p style="text-align: center;">a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Maniske mennesker(7)</b> <i>De med stort tankekaos og forvirring, de maniske, hypomane med både verbal og fysisk utagering og uro</i></li> <li>• <b>Psykotiske mennesker(2)</b> <i>Psykotiske og maniske mennesker</i></li> </ul> <p style="text-align: center;">b</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Unngå blamering(4)</b> <i>Viktig for pasienten at han unngår å blamere seg overfor medpasienter for eksempel i en manisk fase, noe som kan føre til skyldfølelse og selvbekreftelse når bedringen kommer.</i></li> <li>• <b>Oppløst kontroll(3)</b> <i>Å få oversikt over sin situasjon og oppleve større kontroll.</i></li> </ul>	<p style="text-align: center;">a</p> <p><i>Pasienter som er psykotiske, har en ukritisk adferd og som forverres ved ytre stimuli.(6)</i></p> <p><i>Pasienter som er maniske.(4)</i></p> <p><i>Pasienter som har en utagerende og truende adferd.(4)</i></p> <p><i>Pasienter som har paranoide forestillinger.(2)</i></p> <p><i>Deprimerte pasienter som har selvmordstanker.(2)</i></p> <p style="text-align: center;">b</p> <p><i>Forutsigbarhet</i></p> <p><i>Det er færre inntrykk å forholde seg til, mer ro rundt pasienten.(5)</i></p> <p><i>En-til-en kontakt er gunstig for pasienten.(1)</i></p> <p><i>Trygghet</i></p> <p><i>Det føles trygt å bli skjermet, at personalet er sammen med dem.(3)</i></p> <p><i>Noen synes det er godt med et fristed, få lov til å være alene.(2)</i></p> <p><i>Beskyttelse</i></p> <p><i>Opplever at pasienten slipper seg mer løs og har frihet til å være seg selv.(1)</i></p> <p><i>Pasienten slipper å blamere seg overfor medpasienter og får et dempet aktivitetsnivå.(2)</i></p>
<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Igjen ser vi en klar konkretisering av begrepene beskyttelse, støtte og struktur. Dette er anerkjente kvaliteter som bør kjennetegnetenge behandlingsmiljøet som møte mennesker med forvirringstilstander, enten psykotiske eller ”grenseløse” personer inklusive maniske reaksjoner. Begrepet sett fra pasientens synspunkt kommer tydelig til uttrykk gjennom forutsigbarhet og trygghet(B) og kontroll og ivaretagelse av integritet(A).</p>	

## Alternativer til skjerming?

<b>A</b> n= 7	<b>B</b> n= 7
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Nei(4)</b></li><li>• <b>Naturen(3)</b> <i>Prøv å ta pasienten med ut i naturen – med til andre omgivelser.</i></li><li>• <b>Ja(1)</b> <i>Eventuell skjerming i hjemmet, det har sine begrensninger på hvor gjennomførbart det er. Det er forskjellig på hva som passer den enkelte pasient, kan også bruke naturen som avleder.</i></li></ul>	<p><i>Ser ikke noe alternativ inne på posten slik den er tilrettelagt.(5)</i></p> <p><i>Å kunne bruke tett tilsyn ute i miljøet.(1)</i></p> <p><i>Mer individualsamtale, kombinert med medisiner.(1)</i></p>
<p><b>Kommentarer:</b></p> <p>Her kan det være viktig å gjøre en grenseoppgang mellom skjerming som prinsipp (tur i naturen, hjemme) og skjerming som intervensjonsprosedyre (anbringe personen på en egen skjermingsenhet). Begge begrepene kan i ulike situasjoner hjelpe pasienten til samling og mestring, men en bør vite hvordan en benytter seg av begrepet. Vi se også antydningen til å ha fleksible alternativer, eller forlengelser av skjermingsmetoden.</p>	



**Med utgangspunkt i skjermingsforholdene ved posten**

➤ **Hva mener du kunne bedre kvaliteten av skjermingen for pasientene?**

<b>A</b> n= 7	<b>B</b> n= 7
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Det fysiske miljø(7)</b> <i>Litt fargenyanser på rommene, ikke så institusjonspreget.</i></li><li>• <b>Skjermingspersonell(3)</b> <i>Eget skjermingspersonell – og egen skjermingsenhet. Ikke ha belteseng på soverom! Pene møbler, funksjonelt, rolig og koselig på rommene.</i></li><li>• <b>Beltesenger(2)</b> <i>Fjerne belter når de ikke er nødvendige.</i></li></ul>	<p><i>Fysiske forhold</i> <i>Bedre møblement, inneklima, penere ved at veggene males, det henges opp kunst og lydisolering.(6)</i> <i>Direkte utgang fra skjermingsrom, gjerde rundt hagen.(2)</i> <i>Kalender klokke og oppslagstavle.(1)</i></p> <p><i>Personalet</i> <i>Det er mest mulig fagfolk som skjerner.(3)</i> <i>At det er færrest mulig personalet på skjermingslista i løpet av vakta.(3)</i></p> <p><i>Innhold</i> <i>Flere skjermes sammen på en større enhet med bra bemanning.(3)</i> <i>Det brukes tid og det er struktur på nedtrapping av skjerming.(2)</i> <i>At personalet er flinkere til å overholde retningslinjene.(2)</i></p>
<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Her kommer det fram en kritisk refleksjon over hvordan de ytre fysiske rammene preger skjermingstilbudet. Ønskene er faglig fundert og reiser en viktig debatt om hva som er det ideelle fysiske miljøet som skal skape trygghet, beskytte, men også motvirke deprivasjon. Det synliggjør også at det er gode utviklingsmuligheter gjennom en bedre organisering og en større vektlegging tydelighet på faglig kontinuitet i omsorgsmiljøet.</p>	

**Med utgangspunkt i skjermingsforholdene ved posten**

➤ **Hva mener du kunne bedre kvaliteten av skjermingen for personalet?**

<b>A</b> n= 7	<b>B</b> n= 7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Personalets faglighet(3)</b> <i>Fast gruppe av personalet som ønsker å jobbe med skjerming, og som har kunnskaper om akutt psykose – om hvordan kommunisere og samhandle. Viktig med veiledning – faglig og for å bearbeide følelser.</i></li> <li>• <b>Å oppleve trygghet(3)</b> <i>At noen kom å spurte om hvorledes jeg hadde det når jeg satt på skjerming – det gir trygghet !</i></li> <li>• <b>Beltesenger(2)</b> <i>Fjerne belter når de ikke er nødvendige.</i></li> </ul>	<p><i>Organisering</i> <i>At det ikke blir faste ”skjermere”, det er nødvendig med variasjon.(4)</i> <i>En må kunne bruke flere i gruppa spesielt i innledende fase.(1)</i> <i>Det må settes av tid til å ta seg inn igjen etter skjerming.(1)</i> <i>Skjermingslistene må være oversiktlige.(1)</i> <i>Alle møter presis til skjerminga.(1)</i></p> <p><i>Sikkerhet</i> <i>Resten av personalgruppa er oppmerksom på det som skjer inne på skjerminga og holder seg i nærheten.(4)</i> <i>At vi får et bedre alarmsystem.(1)</i></p> <p><i>Kompetanseheving</i> <i>At de som skjerner har faglig bakgrunn.(2)</i> <i>At vi kan få hospitere på andre sykehus.(1)</i> <i>Mer opplæring.(1)</i></p> <p><i>Fysiske forhold</i> <i>Bedre inn klima.(2)</i></p>
<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Sikkerhet er fundamentalt for å kunne opptre trygt i akutte situasjoner med massiv projisering og fysisk utagering. For at personalet skal oppleve sikkerhet må organiseringen oppleves som oversiktlig, forutsigbar og kontinuerlig.</p> <p>Ved siden dette av må det finnes i personalgruppa tilgang på den type handlingskompetanse som knyttes til personer og som læres gjennom trening og samhandling, teambygging, og som er helt avgjørende for å mestre akutte situasjoner.</p>	

## **Sammendrag og anbefalinger.**

Den store utfordringen ved en akuttavdeling er å inneha en kultur som fremmer et respektfullt møte med pasienten, som utvikler trygghetsskapende og profesjonelle allianser, samtidig som det ivaretar personalets behov for oversikt, sikkerhet og kontroll. Det å skape en skjermingsperiode for pasienten som kan oppleves som trygg, oversiktlig, samlende og meningsfull, må innebære at personalet på sin side må oppleve sammenheng mellom postens tenkning og praktisk pleie og kjenne harmoni mellom postens og ens eget verdisyn.

Skjerming er en meget kraftig form for intervensjon, pasienten avsondres fra et naturlig fellesskap og for klart redusert mulighetene for å kunne påvirke egen livssituasjon. En slik situasjon aktualiserer tydelig de etiske sidene ved behandlingen, og disse utfordringene og dilemmaene må fokuseres og klargjøres slik at personalet kjenner den fine linjen mellom opplevd krenkelse, og opplevd omsorg.

Ut i fra personalets uttalelser kan en utlede en forståelse av at tiltakets faglige begrunnelse finnes i anerkjente begreper som begrunner skjerming med vekt på prinsippet om beskyttelse. Det kan også se ut til at tiltaket ofte tolkes med størst tyngde på den mer organiserte delen av prosedyren: dvs pasienten flyttes fra fellesrom og føres fysisk inn på en egen enhet, hvor pasienten omgis av få, men gunstige stimuli. Hva innholdet skal være, altså en konkretisering av det terapeutiske samspillet mellom pasient, personalet og omgivelsene, oppleves som den største utfordringen.

Den psykotiske pasienten er i en meget forvirret og sårbar situasjon, og det er utviklingen av personalets sans "for de vesentlige detaljene" ved skjermingsmetoden, som kan være av helt avgjørende betydning for om pasienten opplever intervensjonen som trygghetsskapende istedenfor som en

krenkelse av integritet – noe som igjen kan provosere fram kamp eller underkastelse. Evnen til å tydeliggjøre og skape kontakt med personen bak den psykotiske smerten og forvirringen, blir helt avgjørende og en solid faglig kompetanse må derfor forefinnes i miljøet.

Det er derfor viktig at man tydeliggjør både metodens hensikt, innhold og en konkretisering av samspillsregler som utvikles i situasjonene. Samtidig er det nødvendig med en større innsats for å ivareta og videreutvikle den kompetansen i personalgruppa som er utviklet over mange år.

### **Anbefalinger:**

På bakgrunn av den generelle oppsummeringen innledningsvis bør posten fortsette og **intensivere utviklingen av pleie- og omsorgskulturen** gjennom undervisning og veiledning slik at personalet har nok kunnskap til å bygge opp en personsentrert, felles forståelse som kan gjøre psykosen mulig å forstå som en form for uhensiktsmessig mestring av ekstreme påkjenninger.

En bør fortsette å arbeide videre med å få tydeliggjort nødvendigheten av å **få fram den enkelte pasients livsverden** og livsfortelling. Kunnskaper om denne tilnærmingen til pasientsituasjonen kan skje gjennom seminarer og internundervisning. Det kan bidra til at personalet får et språk som kan bygge trygge allianser og åpne for et enkelt grunnleggende integreringsarbeid hos pasienten knyttet til hans lidelse.

Posten bør derfor søke erfaringer og kunnskaper fra personer som har utviklet en særlig kompetanse. Samtidig bør man sørge for at det gis rom både for planlagte og mer spontane **debriefingssituasjoner**. Det bør planlegges og gjennomføres **undervisning som har tydelige elementer av rolletrening** slik at kommunikasjonsteknikker og samspillsformer kan drøftes og videreutvikles. Denne undervisningen skal ikke erstatte eller konkurrere med TMV-treningen som posten har utviklet, men være en utdypning av evnen til kontaktetablering,

og en **videre utvikling av teknikker for ”containing”, ”avgifning” og avledning.**

Dessuten bør det også **videreutvikles hjelpemidler som kan kartlegge lidelsen mer som objektiv sykdom** og overvåke målbare endringer i pasientens persepsjon, konsekvenser for adferd og mestring av samhandlingssituasjoner for å styrke vurderingsgrunnlaget for eventuelle vedtak.

### **Om skjermingsprosedyren som ytre organisatorisk tiltak.**

Respondentene i undersøkelsen vektlegger alle skjermingsmetoden som et organisatorisk tiltak, og er også opptatt av at denne gjennomføres likt og med tydelighet og samstemthet i alle ledd. Pasienten vil klart profittere på å oppleve at personalet snakker med èn stemme, og at vi står på en felles fast grunn når vi vurderer individualiserte tiltak.

Anbefalinger:

Det er vesentlig å **utvikle klare kriterier for skjerming**, og formidle disse gjennom undervisning – gjerne konkretisert ved bruk av pasienthistorier. Det bør være en gjennomdrøftet **og felles holdning til toleransegrensen for ”galskap” i miljøet**, slik at det kommuniseres trygghet og sikkerhet fra personalet i forhold til pasientgruppa i konkrete grensesettingssituasjoner i fellesrommene. Det vil kunne skape liv og dynamikk, og en konkretisering av respekt for pasienten som hindrer at noen blir blottlagt eller krenket.

Når kriteriene er oppfylt, bør det være **helt klare prosedyrer for gjennomføring av skjermingsopplegget**: Hvem tar og hvordan tas beslutningen? Hvordan dokumenteres dette? Og hvordan informeres pasienten? Det blir en naturlig og viktig konsekvens at personalet har felles forståelsesmodeller og uttrykker seg samstemt og konsistent under intervensjonen. Hele teamet må ha samstemte reaksjonsmåter og prosedyrer som må være godt innøvde av sikkerhetsmessige hensyn.

Det bør utvikles to klare differensierte skjermingsprosedyrer, som stemmer seg inn etter grad av farlighet, av type uro/uhensiktsmessig adferd og av pasientens generelle tilstand og behov:

### **Full skjerming**

Denne skjermingsgraden er preget av en tydelig **total-intervensjon**, hvor personalet klart **tar over ansvar** for pasienten får dekket sine grunnleggende behov. Det settes raskt opp **klare entydige retningslinjer**, gjerne med konkrete henvisninger og beskrivelser som begrunner skjermingen. Det avklares klart hva slags **forventninger en har til pasientens adferd**. Retningslinjene bør også gi en tydelig beskrivelse av hva personalet kan tilby av omsorg og ivaretagelse av pasientens rettigheter. Det er denne type status som vil kreve vedtak av overlege, og vil derfor forutsette en grundig og systematisk observasjon og dokumentasjon av pasientens tilstand.

Det er viktig å følge opp systemet omkring det uformelle ”**morgenmøtet**” inne på skjermingsenheten, der primærkontakt og eventuelt behandlende lege oppsummerer situasjonen fra døgn til døgn sammen med pasienten. Her går en gjennom retningslinjer, gir en oversikt over dagen, og ser på hva som har hendt det siste døgnet for å imøtekomme pasientens ønsker. Målet er at dette kan bli en situasjon der evne til refleksjon over hendelsesforløp, og opplevelse av samspillssituasjoner, kan både **stimulere til rasjonelle fortolkninger** og evne til **opprydding av mulige uhensiktsmessige private fortolkninger**. Dette krever særlige kommunikasjonsferdigheter og situasjonsforståelse som må videreutvikles i staben.

Det bør utvikles klare avtaler om når, på hvilke premisser og hvordan skjermingsregimet løses opp eller oppheves helt. Her bør det utvikles tilstrekkelig kompetanse og romslighet til at for tidlig nedtrapping av skjerming

kan være en vesentlig og nyttig lærings situasjon som faktisk kan virke realitetsorienterende for pasienten.

### **Skjerming (åpen skjerming).**

Dette er en intervensjonsgrad som er mulig å benytte **når en har oppnådd en allianse og et samarbeid med pasienten** som igjen kan skape et fellesskap preget av reelt samarbeid mot et felles mål. Her åpnes for klarere og **større plass til pasientens ønsker**, og det skapes et miljø for reelle forhandlinger der pasienten opplever at **egne ønsker blir lyttet til**. Slike ønsker kan være lengre turer ut i naturen, hjemmebesøk og annen nødvendig ivaretagelse av rettigheter og plikter som samfunns- og familiemedlem. Om ønskene blir imøtekommet eller avvist vil det være ut fra behovet om å beskytte hans integritet. Her vil personalet bli sterkt utfordret til å finne felles spilleregler som kan **stimulere til realitetstesting** og påfølgende egenmestring av hverdagens situasjoner.

Også her ivaretas det uformelle ”morgenmøtet” som danner en terapeutisk arena som kan **samle og konsentrere pasientens evne til fornuftig planlegging** og åpne for en konstruktiv kanalisering av frustrasjon og irritasjon. Personale som har stått i utfordrende grensesettingssituasjoner bør være tilstede slik at eventuelle konflikter kan ryddes opp i og legges bak seg. Slik kan evne til **konstruktiv problemløsning** fremmes hos pasienten. Denne prosedyren vil være preget av samarbeid og en kan her forsøke å unngå et formelt vedtak. Muligheten for innstramning til full skjerming med innføring av formelle vedtak vil selvsagt kunne iverksettes etter spesielle avtaler.

En slik **inndeling og gradering av skjermingsprosedyren** fungerer på et vis også i dag, men mer usystematisk og uten tydelig faglig begrunnelse slik at det er en fare for at hele prosedyren blir for flytende både for pasient og personale.

Posten bør **utvikle konkrete skriftlige retningslinjer** med hensyn til de to prosedyrene. Innholdet av disse bør være en del av en obligatorisk opplæringspakke alle ansatte deltar på.

### **Om skjerming som arena for relasjonsarbeid, støtte og avgiftning.**

Det er svært viktig at en ikke ser innholdet løsrevet fra de mer strukturelle administrative tiltakene. De bør virke sammen på en slik måte at de forsterker hverandres effekt. Her hviler et ansvar på postledelsen til å skape grobunn for en stabil og engasjert stab som kan ta til seg undervisning og veiledning og derved skape rom for en kontinuerlig fagutvikling.

Overfor en psykotisk person er personalet det "ekstra hudlaget" og skal erstatte pasientens manglende evne til å sortere indre og ytre virkelighet, på en innfølelse og kunnskapsrik måte.

### **Anbefalinger:**

Det bør **ansettes ressurspersoner** som har et særlig ansvar for å koordinere fagutviklingen innen dette feltet, og som sørger for nødvendig undervisning og veiledning for medpersonale. Personene bør få frigjort tid til dette og belønnes økonomisk for å følge opp et slikt ansvarsområde. De bør få mulighet til å holde seg faglig oppdatert gjennom litteratur, og delta på regionale og nasjonale konferanser som berører dette feltet.

Videreutvikle ordningen med primærkontakt slik at nye pasienter får opplevelsen av en enhetlig og personlig oppfølging, og at tidligere pasienter kan få oppleve kjente ansikter og allerede opparbeidede relasjoner og allianser.

Tydliggjøre og **videreutvikle den samhandlings- kommunikasjons- og relasjonskompetansen** som er nødvendig for å fremme pasienttrygghet som er basis for å bygge felles forståelse av virkeligheten sammen med pasienten. Den



kan utvikles gjennom prioritering av tid til debriefing både etter vellykkede og mindre vellykkede samhandlingssituasjoner. Denne kompetansen kan utvikles gjennom trening og veiledning i forhold til målrettede samtaler og samspillssituasjoner med pasienten. Slik utvikles evnen til å være et romslig, humoristisk og varmt medmenneske – som deltar som en buffer og megler mellom den smertefulle og uforutsigbare indre/ytre psykotiske virkelighetsopplevelse og vår felles virkelighet.

**Utvikle undervisningsopplegg** som ivaretar og videreutvikler denne **spesifikke kompetansen**. Det kan være gjennom å trene på samspillssituasjoner i trygge grupper og prøve ut ulike verbale og nonverbale uttrykk gjerne gjennom rolletrening. Dette kan bidra til å øke samspillskvaliteten.

En slik kompetanse, brukt av spesielt kvalifiserte personer, kan være til meget stor hjelp i arbeidet **med å forebygge negativ eller destruktiv adferd** og åpne for en positiv kontakt med den felles virkelighet. På denne måten kan skjermingstilbudet **bidra i en integreringsprosess hos pasienten**.

### **Fysisk utforming av skjermingsenheten.**

Den fysiske strukturen, funksjonaliteten og den estetiske utformingen ved en skjermingsenhet påvirker i stor grad kvaliteten av tilbudet. Den psykotiske personen har som tidligere nevnt relativt uttalte perspesjonsforstyrrelser som gjør pasienten svært sensitiv i forhold til hvordan han opplever miljøet rundt seg. Det fysiske miljøet bør virke som en positiv speiling av seg selv som betydningsfull person. Akuttpostens skjermingsenhet består i dag av to enheter, som oppleves som spartansk innredet, (det finnes ikke bad og dusj inne i den enkelte enheten) noe som gjør at skjermingsregimet hele tiden må brytes eller tøyes for å dekke grunnleggende behov. Dette kan gi en opplevelse av inkonsekvens både hos personale og pasienter. Den er også noe nedslitt og

pasientene må som regel gå gjennom fellesrom for å komme ut på tur, samt at de ofte sover i senger som er utstyrt med belter, av hensyn til sikkerheten, enten de har blitt benyttet overfor denne pasienten eller ikke.

### **Anbefalinger:**

Personalet må arbeide aktivt for at skjermingsenhetene må ha **en grunnleggende god funksjonalitet**. Den bør ha eget toalett og dusj, et eget rom til å trekke seg litt tilbake når det er riktig og viktig, en spiseplass og et trivelig soverom. Møbleringen bør være funksjonell og ikke bestå av for mange gjenstander som kan gjøre rommet uoversiktlig eller true sikkerheten ved en eventuell utagering. En idé kan være å finne fleksible muligheter slik at rommet kan tilpasses pasientens tilstand uten store forandringer.

Ved bruk av fysiske tvangsmidler (belter) bør posten **ha en egen belteseng- og gjerne et eget rom som er klarert** og kan benyttes til dette formålet. Pasientene må ikke sove i beltesengene.

De ressurspersonene som har et eget ansvar for skjerming bør arbeide som pådrivere for en bedring av forholdene med tydelig støtte fra postledelsen. De bør samtidig se om en kan tenke seg en utforming, dekorering og møblering innenfor de eksisterende rammene som i større grad enn nå kan **imøtekomme den skjermede behov for vakre og harmoniske omgivelser**.

En må også vektlegge belysning (fullspekter lys) og mulighet til trinnløs regulering av denne, frisk luft og behagelig stabil temperatur.

## Konklusjon

Intervensjonen skjerming er et tiltak som benyttes svært ofte ved akuttposten, og på grunn av sin intervenserende karakter, er et behandlingsopplegg som trenger fortløpende vurderinger og kontinuerlig kritisk blikk.

Det kommer klart fram av postpersonalets svar at begrunnelsene for denne prosedyren følger den anerkjente faglige tenkningen; med indre og ytre beskyttelse, begrensning av stimuli og forhindre utagering. Diskusjonen om dette er begreper som kanskje ikke alltid dekker den faktiske opplevelsen pasienten har, eller at mulighetene denne behandlingsprosedyren rommer ikke blir utnyttet godt nok, er viktige. Vi har lite dokumentert kunnskap om effekten av metoden, men det er en utbredt klinisk aksept for at dette er prosedyrer som er hensiktsmessige.

Hele metoden kan og bør løftes fram i lyset, undersøke enkeltelementer og sette inn dem tilbake i en kontekstuell ramme, slik at hele intervensjonen kan bli et tiltak som inneholder tydelige og godt begrunnede komponenter. Dersom postpersonalet kan utforme en klar begrunnelse og utvikle handlingskompetanse kan intervensjonen som helhet bli et dynamisk virkemiddel i pasientbehandlingen. En slik begrunnet praksis kan forhåpentligvis oppleves meningsfull og stimulere til integrering for pasienten - samtidig som det ivaretar personalets behov for sikkerhet og forutsigbarhet i sin arbeidssituasjon.

Akuttpostens skjermingsenhet er nylig noe utvidet og rehabilitert og det vurderes å skape et eget team/enhet som skal ha et definert ansvar for å følge opp personer som er vurdert til å ha særlig behov for avgrensede og forutsigbare miljøbetingelser. Sykehuset prosjekterer også i disse dager en ny akuttenhet. Det

ligger med andre ord en meget spennende tid framover der utviklingen av kompetanse innen dette feltet vil bli etterspurt og kunne danne premisser for utvikling av et tidsriktig og kompetent behandlingstilbud for denne gruppen av våre svakeste og mest utsatte pasientgrupper.

## Referanser:

- Andersen R. (1994). *Hva legger den psykiatriske sykepleier vekt på i grensesetting og skjerming overfor psykotiske pasienter, for at dette skal bli en terapeutisk behandling*. Hovedoppgave HIBU.
- Anderson A.J. & Karlson B. (1998). *Psykiatri i endring – Forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Austrem L. M. (1998). *Møte med Psykiatrien, - erfaringer frå pasientar, pårørende og fagfolk*, Oslo: Samlaget.
- Bjørkly S. (1997). *Aggresjon og vold, teori analyse og terapi*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Bjørkly S. (1995). Open-area seclusion in long-term treatment of aggressive and disruptive psychotic patients, an introduction to a ward procedure. *Psychol Reports feb.: nr 76. 147-157*.
- Bratheland O. et.al. (1998). *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*, Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Brudal P.J. (1999) *Psykososer og psykoseterapi. En modell for psykiatriens hverdag*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Eriksson K (1993). *Møten med lidanden*, Åbo: Institutionen for vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Farstad AM. (2000). *Skjerming. En teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring – en tilstandsrapport fra en akuttpsykiatrisk post*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Upublisert fordypningsoppgave i Psykiatrisk helsearbeid.
- Hansen B.P. et.al. (1999). *Sikkerhet og omsorg, møte med aggresjon og vold*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Hummelvoll J.K. & Røsset, O.(1999). *De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien*, Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 17 -1999
- Hummelvoll J.K. (1984). *Sykepleier-pasient-fellesskapet. Fasetter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hummelvoll J.K. (1995). *Helt- ikke stykkevis og delt*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Hummelvoll J.K., Nordby, K.E., & Sundmoen V. (1988). *Samarbeid med psykotiske pasienter. En studie i sykepleiefaglig utvikling og erfaring*. Oslo: Gyldendal.

Hummelvoll J.K. (1999). *Prosjekt Undervisningsavdeling*, Elverum: Notat Høgskolen i Hedmark.

Høgskolen i Hedmark, (1998). *Fag og Forskning for Fremtidas Helse*, Elverum: Avdeling for sykepleierutdanning.

Jordal H. & Repål A., (1999). *Mestring av psykoser*, Oslo: Fagbokforlaget

Jørstad S.H. (2000). *Skjerming – en vurdering av eksisterende praksis*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Upublisert fordypningsoppgave i Psykiatrisk helsearbeid.

Kennedy B.R, Williams C.A, Pesut D.J. (1994). Hallucinatory Experiences of Psychiatric Patients in Seclusion, *Archives of Psychiatric Nursing* Vol.VIII, No.3 (June), pp 169-176.

Lorentzen S., von Krogh G., & Island T.K., (1984). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*, Oslo: Universitetsforlaget.

McGihon N.N. (1999). Psychiatric Nursing for 21<sup>st</sup> Century. The PACED Model. *Journal of Psychosocial Nursing*, 37(10): 22-27.

Myrer A.L. (1993). *Prosjektrapport: Pasienters erfaringer med skjerming i et psykiatrisk sykehus – akuttpost*, Sanderud Sykehus: Internt-ikke publisert.

Målsetting for sykepleietjenesten ved avdeling A, november 1999, Sanderud Sykehus: Internt-ikke publisert.

Målsetting for avdeling A1, (2000.) Sanderud Sykehus: Internt-ikke publisert.

Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (Psykiatriloven)Oslo: Det kongelige sosial og helsedepartement. Ot. prp. Nr 11 (1998-99)

Øksnevad A. (1990). *Skjerming under uegnede fysiske forhold som sykepleierproblem*, Videreutdanning HIS.

Schønning M-A. N. (1999) *Hva skjerming innebærer*, Kvalitetssystem for akuttpost Nord Hjelset. Internt notat. FSM.

Strand L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal A/S.

Sundbye B. (1996). *Hvilke forutsetninger bør ligge til grunn for at skjerming av psykotiske pasienter skal ha terapeutisk effekt?* Hovedoppgave HIBU.