

En kvalitativ studie av hvordan skjerming beskrives og vurderes av miljøpersonal ved psykiatriske sykehus

A qualitative study of how skjerming is described and assessed by staff at psychiatric hospitals.

Espen Woldsengen Haugom



Høgskolen i **Hedmark**

Master i psykisk helsearbeid

2013

Innholdsfortegnelse

INNHALDSFORTEGNELSE	2
NORSK SAMMENDRAG.....	5
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	6
1. INNLEDNING	8
1.1 BAKGRUNN FOR STUDIEN	8
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	8
2. OM SKJERMING	10
2.1 SKJERMING OG SECLUSION	10
2.2 SKJERMING OG LOVVERK	11
2.3 PASIENTEN OG PERSONALET'S OPPLEVELSE AV SKJERMING.....	12
2.4 SKJERMING SOM BEHANDLING ELLER TVANG?	13
2.5 FIRE SKJERMINGSIDEOLOGIER	14
3. MAKT, ETIKK OG MILJØTERAPI.....	17
3.1 EMPOWERMENT.....	17
3.2 MAKT OG MAKTBEGREPET	17
3.3 ETISKE PERSPEKTIVER	20
3.4 MILJØTERAPI.....	21
3.5 GRENSESETTING.....	22
4. METODE	24
4.1 VITENSKAPSTEORETISK BAKGRUNN	24
4.2 UTVALG OG DATAINNSAMLING	25
4.3 DATAANALYSE.....	26
4.4 ETISKE OVERVEIELSER	28

4.5	METODEREFLEKSJON	29
4.5.1	<i>Troverdighet</i>	29
4.5.2	<i>Pålitelighet</i>	30
4.5.3	<i>Overførbarhet</i>	31
5.	RESULTATPRESENTASJON	33
5.1	SKJERMING ER EN TVETYDIG PRAKSIS	35
5.2	KONTROLL ER VIKTIGST	36
5.2.1	<i>Sikkerhet er den mest brukte begrunnelsen for skjerming og tiltak under skjerming.</i>	37
5.2.2	<i>Pasienter blir skjermet fordi de skaper uro, opprører og krangler med medpasienter.</i>	38
5.2.3	<i>Begrensninger er et viktig tiltak for å sørge for orden og trygghet</i>	39
5.2.4	<i>Upassende atferd blir grensesatt ved at personalet sier fra når en grense er nådd</i> ...	40
5.3	BEHANDLING ER EN VIKTIG DEL AV SKJERMING	41
5.3.1	<i>Stimulusbegrensning fremskynder bedring</i>	42
5.3.2	<i>Struktur bidrar til oversikt og mestring</i>	43
5.3.3	<i>Skjerming er en del av behandlingen</i>	43
5.3.4	<i>Skjerming innebærer intensiv personalkontakt</i>	44
5.4	SKJERMING ER ISOLERING FRA FELLESSKAPET	46
5.4.1	<i>Korte avskjermingsperioder gjennom dagen</i>	47
5.4.2	<i>Pasienten skjerms på rom med personal til stede</i>	47
5.4.3	<i>Skjerming innebærer opphold på eget skjermingsavsnitt</i>	48
5.4.4	<i>Beltelegging er en form for skjerming</i>	49
5.5	ETISK REFLEKSJON ER VESENTLIG	50
5.5.1	<i>Skjerming av frivillig innlagte fører til etiske dilemmaer</i>	51
5.5.2	<i>Personalet opplever skjerming som en etisk utfordring som berører dem</i>	51

5.5.3	<i>Personalet opplever at pasientene hovedsakelig er negative til skjerming</i>	52
6.	DISKUSJON	54
6.1	KONTROLL ER VIKTIGST	54
6.1.1	<i>Begrensninger er et viktig element ved sikkerhetstenkningen</i>	54
6.1.2	<i>Skjerming av hensyn til andre pasienter og grensesetting er sentrale elementer ved skjerming som kontrollfunksjon</i>	56
6.2	BEHANDLING ER EN VIKTIG DEL AV SKJERMING	57
6.2.1	<i>Stimulusbegrensning fremskynder bedring</i>	57
6.2.2	<i>Struktur og intensiv personalkontakt styrker skjermingsmetodens terapeutiske fokus</i>	59
6.3	SKJERMING ER ISOLERING FRA FELLESSKAPET	60
6.3.1	<i>Korte avskjermingsperioder og skjerming på rom</i>	60
6.3.2	<i>Skjerming på eget skjermingsavsnitt og beltelegging</i>	61
6.4	ETISK REFLEKSJON ER VESENTLIG	62
6.4.1	<i>Skjerming av frivillig innlagte fører til etiske dilemma</i>	62
6.4.2	<i>Personalet opplever skjerming som en etisk utfordring som berører dem</i>	65
6.4.3	<i>Personalet opplever at pasientene hovedsakelig er negative til skjerming</i>	66
6.5	SKJERMING ER EN TVETYDIG PRAKSIS	67
6.6	AVSLUTTENDE ETISK BETRAKTNING	69
7.	KONKLUSJON	71
7.1	ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING	72
	LITTERATURLISTE	73
	VEDLEGG 1: SEMISTRUKTURERT SKJEMA	77

Norsk sammendrag

Bakgrunn - En litteraturgjennomgang av begrepet skjerming viser at det blir forstått som både behandling og kontroll. Det er geografiske forskjeller når det gjelder bruk av tvang, deriblant skjerming.

Hensikt - Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan miljøpersonalet ved psykiatriske sykehus beskriver og vurderer skjerming.

Metode - Dette er en kvalitativ studie med en induktiv tilnærming. Data materialet er deler av Akuttnettverkets landsomfattende skjermingsprosjekt. Datainnsamling har foregått ved at miljøpersonalet har beskrevet et skjermingsforløp på et semistrukturert skjema hvor de har redegjort for indikasjoner, målsettinger, tiltak, avslutning og etiske aspekter under skjerming. Studien er deskriptiv med et eksplorativt design. Analysen er basert på Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse

Funn - Skjerming ble beskrevet som en tvetydig praksis, dvs. at skjerming kan forstås på flere måter. Det ses en tydelig spenning mellom skjerming som kontroll og som behandling, hvor kontroll ble beskrevet å være viktigst. Viktige behandlingmessige elementer ved skjerming ble nevnt. Skjerming innebærer isolering i forskjellige grader og etisk refleksjon ble beskrevet å være vesentlig.

Konklusjon - Den tydelige spenningen mellom kontroll og behandling innebærer at makt og tvang blir benyttet, og dette påvirker behandlingsrelasjonen. Dilemma blir å skape et miljø som sikrer vekst og behandling samtidig som behovet for struktur og sikkerhet blir ivaretatt. Dette må gjøres ved å myndiggjøre pasienten og ha fokus på de behandlingmessige elementene. Pasienten må møtes som et medmenneske som selv vet hva som skal til for å få et bedre liv.

Nøkkelord - Skjerming, psykisk helse, mental helse, makt, tvang, etikk, myndiggjøring.

Engelsk sammendrag (abstract)

Background – This study is about the Norwegian term “skjerming”. It is difficult to find an unambiguous term in English that covers “skjerming”. The most adequate term found in English literature is open-area seclusion. A literature review shows that skjerming is being understood as both treatment and control. There are geographical differences in the use of coercion, including skjerming.

Aim - The purpose of this study is to examine how staff in psychiatric hospitals describes and assesses skjerming.

Methods - This is a qualitative study with an inductive approach. The material is acquired through The Acute Network (in psychiatry) nationwide skjermings project in Norway. Data collection has been carried out by the staff. They have described a skjerming proceeding on a semi-structured form in which they have described indications, objectives, measures, ending and ethical aspects during skjerming. The study is descriptive with an exploratory design. The analysis is based on Graneheim and Lundmans qualitative content analysis.

Findings - Skjerming was described as an ambiguous practice, ie skjerming can be understood in several ways. It is a clear tension between skjerming as control and as treatment. Control was described to be most important. Important therapeutic elements of skjerming were also mentioned. Skjerming involves isolation in different degrees and ethical reflection was described to be essential.

Conclusions - The apparent tension between control and treatment means that power and coercion are used, and this affects the treatment relationship. The dilemma is to create an environment that ensures growth and treatment as well as the need for structure and safety. This must be done by empowering the patient and focus on the therapeutic elements. The patient must be met as a fellow human being who self knows what it takes to get a better life.

Keywords – Open-area seclusion, mental health, power, coercion, ethics, empowerment.

Forord

Å skrive denne studien har vært både spennende og utfordrende. Det har gitt meg muligheten til å fordype meg i et tema jeg brenner for og det har vært både interessant og lærerikt. Det har vært en prosess med både opp og nedturer, heldigvis flest oppturer. Nå er det på sin plass å takke de som har bidratt til oppturene.

Først og fremst må jeg takke min veileder Arild Granerud. Hans faglige engasjement, konkrete tilbakemeldinger og verdifulle bidrag har vært helt essensielle for gjennomføringen av denne studien.

Jeg må takke akuttnettverket (ved Torleif Ruud og Torfinn Hynnekleiv) som har ansatt meg i en deltidsstilling i et landsomfattende skjermingsprosjekt og gitt meg tilgang til datamateriale denne studien er basert på. Jeg vil også takke psykolog og prosjektmedarbeider Maren Rognaldsen som har bidratt med gode innspill. For meg er det også en selvfølge å takke alle postene og personale som har bidratt med beskrivelser.

Arbeidsplassen min, Enhet for akutt på Sanderud sykehus skal også takkes. De har bidratt med gode rammer som har gjort det enklere for meg å gjennomføre studien.

Til slutt må jeg takke min samboer, som er lege i spesialisering(psykiatri), Ida Fremming for gode faglige tilbakemeldinger og tålmodighet i avslutningsfasen av denne studien.

Hamar, november 2013.

Espen Woldsengen Haugom

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for studien

Skjerming som metode er vanlig innen psykisk helsevern i Norge. Det er vanskelig å finne et entydig begrep på engelsk som dekker skjerming. Det mest dekkende begrepet i engelsk litteratur er open-area seclusion (Bowers, Alexander, Simpson, Ryan & Carr-Walker, 2004; Bjørkly, 1995). Skjerming er et spennende tema og grunnlaget for mange etiske diskusjoner og refleksjoner, blant annet om makt, tvang, opplevd tvang og om hva skjerming som terapi innebærer. Studier tyder på at det er geografiske forskjeller når det gjelder bruk av tvang, deriblant skjerming (Helsetilsynet, 2006; Husum, Pedersen, og Hatling, 2005).

Akuttnettverket drifter for tiden et nasjonalt skjermingsprosjekt hvor tanken er å utvikle kunnskapsbasert og pålitelig måling av skjerming, basert på operasjonalisering av skjermingstiltak gjennom konkrete og detaljerte beskrivelser av skjerming (Ruud & Hynnekleiv, 2012). Et utvalg av disse beskrivelsene kommer til å være datamaterialet i denne studien. Informantene i dette prosjektet er 65 forskjellige døgnavdelinger/poster i psykisk helsevern og beskrivelsene blir utarbeidet av miljøpersonalet og behandlere. Denne studien har derfor et helsepersonellperspektiv; det er personalets beskrivelser av skjerming en samler inn.

Med bakgrunn i tidligere erfaring, et engasjement i skjermingsprosjektet og ønske om økt kompetanse og bevisstgjøring, var skjerming et enkelt valg av tema. En litteraturgjennomgang viser en tvetydig og ambivalent forståelse av skjerming i den forstand at det blir forstått både som behandling og som kontroll. Geografiske forskjeller og en tvetydig forståelse er viktige argumenter for å identifisere hvordan miljøpersonalet beskriver og vurderer skjerming. I balansegangen mellom skjerming som behandling og kontroll dukker det opp flere etiske dilemma. Det er viktig med økt kompetanse og en bevisstgjøring rundt skjerming som begrep, noe en håper denne studien kan bidra til.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å klargjøre hvordan miljøpersonalet ved psykiatriske sykehus beskriver og vurderer skjerming.

Det er ønskelig å kunne belyse hvilke terapeutiske grunner som gis for skjerming og hvilke etiske implikasjoner ved skjerming som beskrives.. Ved å definere og dokumentere personalets beskrivelser og vurderinger av skjerming - deriblant de terapeutiske begrunnelsene og sentrale etiske implikasjoner - håper en å kunne styrke skjerming som metode. Dette vil forhåpentligvis gi pasientgruppen et bedre behandlingstilbud og personalet en styrket faglighet i sitt daglige arbeid.

Problemstillingen er som følgende:

Hvordan beskrives og vurderes skjerming av miljøpersonalet på psykiatrisk sykehus?

2. Om skjerming

Dette kapitlet inneholder en redegjørelse av begrepet skjerming og en gjennomgang av relevant teori og forskning. Først kommer en definisjon av hvordan psykisk helsearbeid forstås:

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø (Redaksjonen/Leder, Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr 2 2008, s 102).

Skjerming blir sett på som en del av psykisk helsearbeid ved psykiatriske sykehus. Å fremme og bedre psykisk helse er sentralt. Et viktig mål med psykisk helsearbeid er at det en gjør for pasienten skal hjelpe vedkommende til å bli bedre eller frisk, dette er også et mål i arbeidet en gjør når man skjerner en pasient.

2.1 Skjerming og seclusion

Skjerming er et særnorsk fenomen. Det er vanskelig å finne internasjonale studier eller litteratur som samsvarer med det vi i Norge anser som skjerming. Norvoll (2007) skriver at Norge og Danmark er de eneste landene som bruker skjerming som et begrep atskilt fra isolat. Det internasjonale begrepet *seclusion* kan sammenlignes med det norske begrepet isolasjon. Seclusion handler om å plassere og oppbevare pasienten i et sparsomt møblert rom med den hensikt å håndtere en klinisk situasjon som kan resultere i uro eller utagering. Døren er gjerne låst og en har hyppige tilsyn (Sailas & Fenton, 2000). Vaglum, Jørstad og Karterud (1984) definerer skjerming som stimulibegrensende uten å virke stimulidepriverende. Skjermingen skal inneholde elementer av struktur og grensesetting og foregå i et oversiktlig og begrenset miljø. Den overordnede hensikten er å hjelpe pasienten til indre samlings, beskytte andre pasienter og gi personalet oversikt slik at de kan fungere terapeutisk (Lorentzen, von Krogh og Island, 1984). Hovedforskjellen mellom seclusion og skjerming er at personalet er sammen

med pasientene eller lett tilgjengelige ved skjerming, døren kan aldri låses ved skjerming (Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m., 2011). (FPH)

Den terapeutiske begrunnelsen for skjerming har blitt gitt mye oppmerksomhet, men det er fortsatt uklart hva den terapeutiske effekten ved skjerming er (Vatne, 2006). En nasjonal brukerundersøkelse fra 2007 viser at 21 prosent av de som hadde blitt skjermet på eget avsnitt eller eget rom rapporterte at de ikke hadde fått noe utbytte av denne behandlingsformen. Til sammenligning rapporterte seks prosent at de ikke hadde fått noe utbytte av den samlede behandlingen ved institusjonen. Totalt var det 31 prosent som mente at de hadde hatt stort eller svært stort utbytte av skjerming (Bjerkan, Lilleeng, & Pedersen, 2009). Dette tyder på at opplevelsen av behandlingmessig effekt ved skjerming varierer.

2.2 Skjerming og lovverk

Skjerming er hjemlet i psykisk helsevernloven § 4.3 og i psykisk helsevernforskriften § 16. Skjerming handler ifølge lov og forskrift om at pasienten av behandlingmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten (FPH, 2011). Skjerming kan innebære at pasienten henvises til opphold på sitt eget rom, på en skjermet enhet eller lignende. Med skjermet enhet eller lignende menes lokaler som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i avdelingen. For at en juridisk skal ha lov til å skjerme en pasient er det nødvendig at vedkommende har en psykisk tilstand eller utagerende atferd som gjør skjerming nødvendig. Skjermingen skal være begrunnet i behandlingmessige hensyn eller i hensyn til andre pasienter. Det kan være nødvendig å begrense pasientens sanseintrykk eller at vedkommende utviser tiltagende uro eller angst og tiltaket vurderes å kunne motvirke forverring av pasientens tilstand (FPH, 2011). Hvis skjermingen opprettholdes utover 24 timer skal det treffes vedtak, dette skal nedtegnes i egen protokoll. Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller lignende som innebærer en betydelig endring i vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes utover 12 timer. Vedtak om skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten og av hans eller hennes nærmeste pårørende. Et skjermingsvedtak kan iverksettes ovenfor både tvangsinnlagte pasienter og frivillig innlagte (Psykisk helsevernloven, 1999).

Lovverket sier noe om vilkårene for skjerming og gjennomføringen, men har ingen tydelig definisjon av hva skjerming innebærer. Skjerming må egentlig sies å være et tiltak som i liten grad er definert (Paulsrud, 2011). En formell skjerming benyttes hyppig ved norske institusjoner. Kontrollkommisjonen har rapportert at det har blitt truffet 2218 vedtak om skjerming i 2009 (Helsedirektoratet, 2010). Ifølge Bjørkly, Knutzen, Furre og Sandvik (2011) ble det fattet 2689 vedtak overfor 1406 pasienter i 2009, dette er manuelt innsamlede tall. I Norsk Pasientregister ble det i 2010 registrert 3062 vedtak og 3082 vedtak i 2011. Tidligere gjennomgang av data fra NPR viser at rapportering av vedtak om skjerming har vært svært mangelfull. Institusjonenes rapportering av vedtak antas fortsatt å være ufullstendig og mangelfull. Dette begrenser muligheten til å utnytte rapporterte data til analyseformål (Helsedirektoratet, 2012a). På bakgrunn av dette kan en mistenke at det er en del mørketall og at det reelle antall vedtak om skjerming faktisk er høyere. I perioden 2008-2010 har det vært en påfallende nedgang i antall klager og nivået ligger i 2011 fortsatt betydelig under 2008/2009 (Helsedirektoratet, 2012a).

2.3 Pasienten og personalets opplevelse av skjerming

Litteraturen viser at pasientenes opplevelse av skjerming er forskjellige. Noen kan ha utelukkende positive opplevelser, mens andre kun har negative. Andre kan ha delvis motstridene opplevelser; det kan være at de er meget kritiske til pleien og omsorgen de mottok ved skjerming, samtidig som de gir uttrykk for trygghetsopplevelsen av betydningsfulle møter med enkelte av personalet (Karlsson, 2004). Karlsson (2004) har funnet at noen opplever skjermingsenheten som trygg og ivaretakende, mens andre opplever det som en dramatisk personlig begrensning og tidvis som en straff. De positive opplevelsene illustreres gjennom utsagn som: *"Jeg var på skjerming lenge. Det var trygt. Jeg ble tatt vare på"* (Karlsson, 2004, s. 145). Utsagn som illustrerte negative opplevelser var blant annet: *"Det var en straff å være på skjermet. Jeg var prisgitt de som til enhver tid var på vakt"* (Karlsson, 2004, s. 146). Holte (2003) skriver at personalet er ganske samstemte om at skjerming må oppleves som en straff for pasienten. Vedkommende er isolert fra fellesskapet og fratatt selvbestemmelsesretten. Flertallet av personalet tenker at det må oppleves både ensomt og potensielt krenkende, men noen informanter nevner at en del pasienter kan oppleve det som trygt og ivaretakende. Holte (2003) undrer seg over hvorfor personalet har et såpass negativt syn på skjerming når intervensjonen benyttes relativt ofte. Vatne (2006) skriver at det var en oppfatning blant personalet at pasientene ble roligere på skjerming, fordi de faste

rammene skapte trygghet og struktur. Dette stemmer imidlertid ikke overens med observasjonene fra hennes studie, da anvendelse av tvang for å skjerme syntes å medføre kaos i øyeblikket. Det stemmer heller ikke overens med pasientens opplevelse, da samtaler med pasienter viser at de opplever skjermings situasjonen som svært negativ. Denne opplevelsen er til stede i etterkant av utskrivelse og flere år etterpå (Vatne, 2006).

Norvoll (2007) skriver at opplevelsen av skjerming har sammenheng med hvordan pasienten blir innlagt. De som ble innlagt frivillig og uten konflikt opplevde skjerming som mer positivt og omsorgspreget enn de som ble innlagt under stor konflikt og med tvang. Informantene i hennes studie beskriver pasientrollen på skjermingsrommet som en rolle uten makt eller medvirkningsmuligheter. Denne avmakten bidro til å forsterke opplevelsen av innesperring, straff og tvang. Pasientene ga uttrykk for et ønske om mer sosial kontakt med andre pasienter, de fremhevet hvor viktige medpasientene hadde vært under skjermingsoppholdet. Det viser seg at isolasjon og tapet av pasientfellesskapet bidro til å forsterke opplevelsen av skjerming som sosial isolasjon og straff. Norvoll (2007) finner også at skjermingsrommets arkitektoniske og interiørmessige utforming har betydning for opplevelsen av skjerming som fengsel og straff. Stimulusideologien handler om at et stimulusfattig rom skal ha terapeutisk effekt på den psykiske lidelsen. Pasientene derimot fortalte at skjermingsrommets nakne preg inngikk i opplevelsen av skjerming som fengsel og straff. Pasientens opplevelse av skjerming som tvang gjør at skjermingsmetoden får større likhet med isolatet enn hva skjermingsideologiene skulle tilsi (Norvoll, 2007).

2.4 Skjerming som behandling eller tvang?

I NOU 1988:8, *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke* kommer klinikkens positive syn på skjerming som behandling og ikke tvang frem. Det blir ansett som en naturlig behandlingsmetode, og siden den er ressurskrevende er det ikke grunn til å frykte at den blir benyttet i utide. En lovregulering blir derfor avvist (Clemetsen & Bernt, 1988). Det viser seg at pasientens praktiske erfaring med å bli skjermet stod i motsetning til tekningen om skjerming som god behandling, og dette førte til en begynnende endring i synet på skjerming som behandling eller tvang (Norvoll, 2007). Den helsepolitiske debatten øker og skjerming over 48 timer blir formalisert gjennom skjermingsvedtak (Psykisk helsevernloven, 1999). Samtidig blir skjerming som romlig metode forsterket gjennom lovgrunnlaget som fremholder at institusjoner som benytter tvunget psykisk helsevern skal ha skjermingsmuligheter

(Forskrift om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvunget psykisk helsevern av 3. november 2000, § 4, g). Departementet fremhever etter hvert i enda sterkere grad at skjerming har likheter med isolatet og kan oppleves som tvang av pasienter. For eksempel i forslag til endring av psykiatriloven i 2006 med ny forskrift om skjerming, høringsnotat til lovendringen og i tiltaksplanen for reduksjon av tvang og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern av 2006. Samtidig som det foreslås en strengere lovregulering av skjermingsbruk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006; Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. nr. 65, 2005-2006; Sosial- og helsedirektoratet, 2006), opprettholdes de tidligere argumentene for skjermingsmetodens behandlingmessige betydning. Norvoll (2007, s. 104) skriver at ”*departementets forståelse av skjerming fremstår dermed som tvetydig og ambivalent*”. Det kan derfor tolkes dit hen at den helsepolitiske forståelsen av skjerming innebærer en oppfatning av begrepet som både behandling og tvang(kontroll).

2.5 Fire skjermingsideologier

Den helsepolitiske forståelsen av skjerming innebærer en oppfatning av begrepet som både behandling og tvang. Denne forståelsen finner Norvoll (2007) igjen i sin studie av to akuttposter. Skjerming er altså en metode med en spenning mellom behandling og kontroll. Norvoll (2007, s. 17) skriver at ”*behandlingsbegrepet omfatter medisinsk behandling, rehabilitering, miljøterapi samt pleie- og omsorgsarbeid. Kontrollbegrepet omfatter ulike sider ved sosial kontroll- og maktutøvelse hvor tvang utgjør den ytterste form for makt og kontroll*”. I sin studie finner hun fire ulike skjermingsideologier;

- 1) skjerming som reduksjon av stimuli
- 2) skjerming som struktur, grensesetting og korrigerende avferd
- 3) skjerming som beskyttelse og støtte
- 4) skjerming som voldsreducerende og sikkerhetsmessig tiltak

Hensikten med å gjengi ideologiene er å vise forskjellige tenkemåter innenfor skjerming hvor spenningen mellom behandling og tvang alltid er til stede, men i ulik grad.

Skjerming som reduksjon av stimuli handler i likhet med de historiske beskrivelsene og de profesjonelle skjermingsideologiene i lærebøkene om at personer med psykotiske eller andre urolige tilstander har behov for stimulusreduksjon. Dette ble oftest knyttet til psykosebehandling, men i likhet med Ullevål-modellen ble tenkningen utvidet til å omfatte andre pasientgrupper, særlig maniske tilstander. Stimuliideologien ble også knyttet til de fysiske egenskapene ved skjermingsrommet i den forstand at rommets interiørmessige utforming skulle redusere stimuli og på den måten ha en samlende og roende effekt på pasientens psykiske tilstand. Et viktig behandlingsaspekt var at man skulle bedre pasientens tilstand ved å redusere tilgang til sosiale stimuli i et skjermet miljø hvor pasienten i hovedsak kun hadde kontakt med personale. Dette skulle hjelpe han eller henne til å få mer oversikt over situasjonen og redusere forvirring, angst og uro (Norvoll, 2007).

Skjerming som struktur, grensesetting og korrigerende av atferd har til hensikt å bedre pasientens tilstand. Struktur ble skapt blant annet ved å ha omfattende husregler og et strukturert og begrenset sosialt miljø på skjerming. En del av formålet med behandlingen var å sette grenser for pasienten, dette skulle underbygge de stramme rammene i skjermingssituasjonen. Korrigerende av pasienten ble sett på som en del av grensesettingen. Behandlingstenkningen var at dette skulle hindre uønsket atferd og skape trygghet for pasienter som hadde mistet sin indre kontroll. Grensesettingsaspektet var viktigst for utadrettede og urolige pasienter med et formål om å sikre rolig atferd. Grensesetting ble også begrunnet ut fra en psykodynamisk behandlingstekning. Et eksempel på dette er at pasienten blir sammenlignet med et barn på grunn av mulig svikt i egoutvikling eller egofunksjon og at de derfor som et barn vil kunne manipulere omgivelsene dersom de ikke fikk strenge regler og grenser. Tenkningen om pasientene som barn med behov for grensesetting kan i praksis bli relatert til viktigheten av å ansvarliggjøre dem. Dette kan som Norvoll (2007, s. 152) skriver forstås som "*behandlings- og pleiemessige tiltak rettet mot å øke pasientenes funksjonsnivå*". I likhet med Vatne (2003) sin studie finner Norvoll (2007) at det var en tendens til at grensesetting og korrigerende innebar et mindre anerkjennende syn på pasientene. Til tross for en behandlingstenkning bak denne ideologien skriver Norvoll (2007) at grensesettingens vekt på korrigerende bidrar til å knytte skjermingsmetoden tettere til kontrollfunksjonen. Det er nettopp i spørsmålet om grensesetting og korrigerende at spenningen i skjermingsmetoden mellom behandling og en mer disiplinierende form for sosial kontroll kommer tydeligst frem.

Skjerming som beskyttelse og støtte er en ideologi preget av ideer fra en eksistensiell og humanistisk tenkning om skjerming (Holte, 2000, 2003). Stensland Holte tenker - som ved de andre skjermingsideologiene - at fysisk avsondring skal avhjelpe pasientens angst. Han er imidlertid kritisk til den medisinske skjermingsideologien, som han mener er reduksjonistisk, regelorientert og paternalistisk. Han mener at "vokterrollen" må erstattes av "omsorgsrollen" med fokus på nærhet og forståelse for pasientens indre verden, basert på dialog (Holte, 2001, 2003). Den behandlingsmessige funksjonen i denne ideologien er beskyttelse og støtte ovenfor redde og dårlige pasienter. Tettere oppfølging fra personalet gir pasienten trygghet og beskyttelsen forhindrer at pasienten blamerer seg. Denne ideologien var preget av få rigide regler og særskilte samtaleteknikker ovenfor pasientene (Norvoll, 2007). Dette kan tolkes dit hen at det var større åpning for individuelle vurderinger av tiltak ovenfor pasientene. Pasientene kunne innenfor denne ideologien – som i de andre – bli forstått som å være uten indre kontroll og utprøvende. Det ble imidlertid - i stedet for å fokusere på hvor farlig og utagerende vedkommende kunne være - i større grad lagt vekt på pasienten som engstelig og redd. Ideologien er i større grad enn de andre preget av en oppfatning om at skjermingspasienter ofte er såpass dårlige at de ikke er i stand til å tåle en konfronterende, grensesettende og korrigerende behandlingsform. Den underliggende forståelsen av pasienten bidrar til å nedtone kontrollaspektet og spenningen mellom behandling og tvang (Norvoll, 2007).

Skjerming som voldsreducerende og sikkerhetsmessig tiltak handler om at skjermingsmetoden det siste tiåret i økende grad har blitt relatert til volds- og sikkerhetsaspektet (Norvoll, 2007). Innenfor denne ideologien handler skjerming om å forhindre utagering ved å redusere eskalerende uro og løse problemer i tilknytning til aggresjon, utagering og vold. I praksis vises ideologien gjennom sikkerhetsrutiner og sikkerhetstiltak på skjermingsavdelingene, for eksempel å måtte spise med plastbestikk. Norvoll (2007) finner i sin studie at den arkitektoniske utformingen av det nye skjermingsavsnittet ved en av postene ble påvirket av sikkerhetsforanstaltningene. Det sikkerhetsmessige fokuset gjenspeilte avdelingens pessimistiske bilder av pasienten som potensielt utagerende og i personalets diskusjoner om sikkerhet ble spenningen mellom behandling og kontroll ofte fremtredende. Personalet forteller i Norvoll (2007) sin studie at det er vanskelig å balansere sikkerhetshensyn med tillitsbasert sykepleie. For stor sikkerhetsfokusering kan redusere kvaliteten på pasientomsorgen.

3. Makt, etikk og miljøterapi

Dette kapitlet inneholder en beskrivelse av de teoretiske perspektivene denne studien hviler på.

3.1 Empowerment

I faglitteraturen blir begrepet empowerment ofte oversatt til myndiggjøring. Myndiggjøring er nært knyttet til maktbegrepet og fremstår som et relasjonelt begrep hvor noen gir eller tilfører makt til andre. Å myndiggjøre innebærer å gi han eller henne makt til å handle annerledes. En kan si at myndiggjøring handler om å finne personens styrke, rettigheter og muligheter i stedet for mangler og behov. Det er en dynamisk prosess i den forstand at man gir makt uten å miste makt selv, mens den som får makt, øker sin makt (Barbosa da Silva, 2006). Myndiggjøringstankegangen har et grunnleggende syn på mennesket som et subjekt. Dette innebærer at personen selv vet hva som er viktig, bra og nyttig for seg selv og er i stand til å ta avgjørelser vedrørende sitt eget liv (Askheim, Starrin, & Heyerdahl, 2007). Prinsippet om autonomi; dvs. selvbestemmelse, er et sentralt begrep i denne sammenhengen. Det synes å være en enighet om at empowerment består av både en individuell og en strukturell dimensjon. Den individuelle handler om aktiviteter som har til hensikt å øke individets kontroll over eget liv, gi individet bedre selvtillit, selvbilde og økte kunnskaper slik at det kan få økt egenkontroll. Den strukturelle handler om samfunnsstrukturer og maktforhold som opprettholder urettferdighet, ulikhet og menneskets mulighet til å ta kontroll over eget liv (Askheim, et al., 2007).

Makt og myndiggjøring er som tidligere nevnt to begrep som er nært knyttet, en er avhengig av å forstå hva makt er for å kunne analysere og forstå hva myndiggjøring handler om. Derfor kommer det nå en redegjørelse av maktbegrepet.

3.2 Makt og maktbegrepet

Det psykiske helsevernet har en spesiell mulighet til å utøve sosial kontroll og makt, et eksempel på dette er psykisk helsevernlovens tvangsparagrafer. *"Dette har en stor innvirkning på relasjonene og samspillet mellom personalet og pasientene"* (Norvoll, 2002, s. 121). Norvoll (2002) skriver at ingen annen samfunnsinstitusjon har så store virkemidler for

atferdskontroll til sin rådighet som det psykiske helsevernet. Dette er stadig under diskusjon. Et eksempel på dette er det såkalte Paulsrudutvalget som har kommet med et lovforslag hvor formålet er å styrke selvbestemmelsesretten og rettssikkerheten til mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Paulsrud, 2011).

Max Weber definerer makt som et eller flere menneskers sjans til å få gjennomført sin vilje i en sosial relasjon, også ved motstand, uavhengig av hva denne sjansen er basert på (Weber, 1990). Makten er relasjonell i den forstand at det er noe som angår og skjer innenfor et forhold mellom mennesker, den forutsetter at noen forholder seg til og påvirker en annens handlemåte. Hvis det skal gi mening å snakke om at noen har eller utøver makt, må det inntreffe et resultat eller en virkning. Resultatet i seg selv er heller ikke nok, det må være basert på en hensikt. Resultatet må komme ut av handlinger tilsiktet mot å oppnå det en ønsker (Engelstad, 1999).

Ovenfor har vi betraktet makt som noe som springer direkte ut av handlinger. Weber (1990) skriver at makt ikke nødvendigvis trenger å utøves for at den skal være tilstede, men gjenvinnes i selve muligheten for å få gjennomført viljen sin. Det handler om at makt ikke bare er utøvelse, men også mulighet for utøvelse. Noe som blir godt uttrykt i det latinske ordet for makt - *potentia* – som viser til det som kan, men ikke nødvendigvis behøver å skjje (Engelstad, 1999). En kan derfor si at maktutøvelse ofte skjer ved at de som utsettes for makt forutser hva makthaveren ønsker og hvilke reaksjoner som kan komme og innordner seg den som har makten, før denne har ytret noe direkte. Webers definisjon av makt er knyttet til et herredømmeforhold hvor noen har ”makt over noen andre” (Norvoll, 2002). Makt kan også forstås som ”makt til å gjøre noe”. Den franske sosiologen Michel Foucault har vært inne på dette når han skriver at makt vil kunne utgjøre positive, skapende og produktive krefter i samfunnet (Sandmo, 1999). Det handler om at makt kan ses på som en mulighet til å realisere sine egne interesser og få gjennomslag for egne ønsker og verdier (Engelstad, 1999).

Ifølge Foucault er ikke makt noe vi har, uavhengig av kontekst, men noe vi utøver. Han understreker at makt er relasjonell, det er noe som skjer, en dynamikk. Maktutøvelse er ifølge han en måte som visse handlinger påvirker andre handlinger på (Engelstad, 1999). Kunnskap og makt har sterke bånd i Foucault sine teorier og utgjør et slags sirkulært forhold. Dette eksemplifiseres ved at makt er en forutsetning for å innhente kunnskap, mens utvikling av kunnskap i neste omgang bidrar til et grunnlag for økt makt (Engelstad, 1999). Makt produserer kunnskap og det er heller ingen maktrelasjon uten at det samtidig finnes en

kunnskapsbase som understøtter denne makten (Norvoll, 2002). Diskurser er et sentralt begrep hos Foucault; det handler om konstruksjonen av kunnskapsregimer og meningssystemer gjennom tale og tekst. Han mente at det til ethvert tidspunkt i historien, innenfor gitte samfunnssystemer vil være diskurser som setter regler for hvilke oppfatninger av virkeligheten som skal regnes som sanne. Disse diskursene vil påvirke praksis (Foucault, 1999). En diskurs er objektiv ”virkelig”, dvs. den omgir mennesket like naturlig som omgivelsene det ferdes i. Dette betyr at diskursen er knyttet til makt i den forstand at en diskurs har et bestemt kunnskapssyn i måten den oppfatter, beskriver og definerer sin virkelighet på. Kunnskapsdiskursen kan derfor bidra til å opprettholde maktforhold innenfor en praksis, men også undergrave dem (Foucault, 1995).

Pierre Bourdieu (1996) fremhever at kulturell og symbolsk makt er en sentral form for makt i samfunnet. Symbolsk makt blir ofte kalt normmakt fordi den påvirker hvem som har størst mulighet til å definere hva som skal regnes som rett eller galt innenfor et samfunn eller en organisasjon. Modellmakt er et viktig aspekt ved symbolsk makt. Det handler om at den gruppen (personalet) som får godtatt sin virkelighetsforståelse som grunnlag for det som skjer i en situasjon, vil ha modellmakt over den andre (pasienten). Den sterkeste form for modellmakt kalles hegemoni; det betegner en situasjon hvor en gruppes tenkemåter har dominans over andre på en slik måte at maktforholdet fremtrer som selvfølgelig (Engelstad, 1999). Makt på sitt mest virksomme oppfattes som selvfølgelig og som noe som ikke har med dominansforhold å gjøre i det hele tatt (Bourdieu, 1996). Kommunikativ makt er det grunnleggende begrepet i Jürgen Habermas sin teori om makt. Dette er en makt som ikke virker gjennom kommunikasjon av trusler og bruk av tvangsmidler. Makten danner seg i kommunikativ handling hvor dialogisk forståelse for alle deltakerne er et mål i seg selv. Den kommunikative makten oppstår mellom aktører som i fellesskap søker riktige normer for sosialt samliv og den virker gjennom de normene vi deler fordi vi frivillig er blitt overbevist om deres berettigelse (Høibraaten, 1999). *”Kommunikativ makt virker gjennom normer vi alle finner å kunne gi vår tilslutning til, og det ikke av angst for sanksjoner, men fordi vi i fri kommunikasjon innser styrken i argumentene for normenes gyldighet”* (Høibraaten, 1999:226). I kommunikativ samhandling er det av sentral betydning at aktørene viser tillit til at den andres utsagn om forhold i den ytre verden er sanne og riktige (Norvoll, 2002).

3.3 Etske perspektiver

Etiske dilemmaer oppstår i det miljøterapeutiske arbeidet på psykiatriske sykehus når etiske prinsipper kommer i konflikt med hverandre. Det kan være at en har suicidale, psykotiske, aggressive eller utagerende pasienter i fellesmiljø og må ta stilling til om det er mer etisk forsvarlig å overføre vedkommende til skjermet enhet, enn å la han være i miljøet og samhandle med de andre pasientene. Personalet må jevnlig diskutere hva som er godt for den enkelte pasient og i hvilken grad det er riktig å la dette gå foran den øvrige pasientgruppens behov (Hummelvoll, 2004). Her er en kort beskrivelse av tre etiske teorier.

Den regeldeontologiske etikken er kjennetegnet ved at det i enhver etisk situasjon er visse plikter en må forholde seg til. Fokuset er utelukkende på handlingen uten å ta hensyn til dens konsekvenser. En handling kan altså være rett selv om dens konsekvenser er vonde. En kritikk mot regeldeontologien er at den er for absolutt: ”du skal alltid snakke sant” og ”alltid redde liv”. En kompleks virkelighet tillater ikke at en alltid kan følge disse pliktene; iblant må en lyve for å redde liv (Barbosa da Silva, 2006).

Den deontologiske etikken har fokus på hva som er ”det rette”, mens i konsekvensetikken står ”det gode” i sentrum. Konsekvensetiske teorier hevder derfor at en handling i seg selv ikke kan være rett, men at det er den handlingen som fører til gode konsekvenser som er rett. En skal velge den handlingen man regner med vil lede til maksimalt gode konsekvenser. Utilitarisme (nyttetikk) er en konsekvensetikk hvor de gode konsekvensene skal være til nytte for så mange som mulig og om mulig for alle mennesker (Barbosa da Silva, 2006).

Dydsetikken er en ikke prinsippbasert etikk. Den konsentrerer seg verken om handlingen som sådan, handlingens konsekvens eller handlingens mål (teologisk etikk). Fokuset er derimot på den handlende personen og en spør derfor hva slags menneske man bør være for å kunne gjøre det moralsk eller etisk gode og unngå det moralsk og etiske onde? Svaret er at man bør være et godt menneske med gode karakteregenskaper og dyder. Det er altså den handlende personens intensjoner og motiver som er i fokus (Barbosa da Silva, 2006).

Aristoteles, grunnleggeren av dydsetikken i den vestlige verden, oppfatter dyd som en god karakteregenskap, dvs. som en varig disposisjon som motiverer den handlende til å gjøre det som er rett og godt i en gitt situasjon, ved å følge grunnleggende etiske regler og prinsipper (Barbosa da Silva, 2006, s. 155).

3.4 Miljøterapi

Skjerming er en spesialisert terapeutisk intervensjon som krever både spesielle kunnskaper og ferdigheter hos personalet. Holte (2000) skriver at det er viktig å se på skjerming som en naturlig forlengelse av den generelle miljøterapien ved posten. Kort definert er miljøterapi en form for behandling der hovedvekten legges på terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og igangsettes i det miljøet pasienten befinner seg (Geanellos, 2000). Det handler om å tilrettelegge et systematisk behandlingsmiljø og en kultur for å fremme pasientens muligheter for læring, mestring og personlig ansvar. Miljøet er noe vi er en del av og må forstås innenfor en sosial og kulturell sammenheng. Terapi er behandlingen av sykdom, lidelse eller funksjonssvikt (Nysveen, Granerud, Nordby, & Brattrud, 2011). Det terapeutiske ved tilnærmingen er muligheten for å lære noe mer om seg selv og andre, få større selvinnsett og gjennom dette utvide egne problemløsningsmetoder (Hummelvoll, 2012a). En kan ut fra dette si at miljøterapi i denne sammenhengen handler om at omgivelsene under visse betingelser kan virke behandlende på sykdom, lindre lidelse og fremme funksjonsevnen (Nysveen, et al., 2011).

Hummelvoll (2004) skriver at miljøterapi tradisjonelt er oppfattet som et fruktbart begrep for det som skjer i en avdeling når personalet utnytter de fysiske og mellommenneskelige forholdene i terapeutisk øyemed. Til tross for dette har den miljøterapeutiske tilnærmingen blitt kritisert for å være lite avgrenset og dårlig dokumentert. Det er professor K. Delaney (1997) som har kommet med denne kritikken og han begrunner den blant annet med at miljøterapibegrepet mangler en klar og allment akseptert definisjon. Han argumenterer videre for at det ikke er noen konsensus i forskersamfunnet om hva som er de essensielle dimensjoner ved begrepet og at ingen av tolkningene av miljøterapi er systematisk operasjonelt testet. Det er ingen teori som forklarer hvordan miljøterapi virker. Miljøterapi blir fungerende som et "catch-all" begrep. Dette betyr at det omfatter alt og kan slik sett brukes som en begrunnelse for antatte terapeutiske intensjoner av en hvilken som helst aktivitet i en avdeling (Hummelvoll, 2004). Hummelvoll (2004) hevder at miljøterapi fortsatt er en aktuell tilnærming, men at institusjonsopphold og lokalsamfunn må ses i sammenheng. Det vil si at miljøterapien må tilpasses dagens situasjon med kortere institusjonsopphold og en hverdag i lokalsamfunnet. Miljøterapien kan fornyes og videreutvikles innenfor denne rammen. Det forutsetter at en presiserer og dokumenterer de faktorene som virker terapeutisk, slik at en kan evaluere resultatene av miljøterapien ut ifra et konkret grunnlag.

3.5 Grensesetting

Skjermingsmetoden blir beskrevet som en spesielt vidtgående form for grensesetting. ”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, 1990, s. 88). Grensesetting benyttes når atferden kan skade eller er uheldig for pasienten, medpasienter eller ansatte. Strand (1990) nevner noen eksempler på forskjellig type atferd hvor grensesetting kan bli nødvendig; destruktiv atferd, utflytende atferd, utagering og andre typer ukritisk og uakseptabel atferd. Grensesetting kan gjøres forebyggende i forkant av en situasjon, men i praksis blir det ofte anvendt i etterkant når et ytterpunkt er overskrevet, som reaksjon på avvikende atferd (Vatne, 2006). Oppdragelse er et element i grensesetting og den type oppdragelse grensesetting i psykiatrien bør være, beskrives av Strand (1990) med følgende stikkord: utvikle, veilede, sivilisere, lære opp, og danne. Grensesetting kan utøves på følgende fire måter:

1. *Verbalt, som oppfordring om å endre atferd.*
2. *Verbalt med påpekning av konsekvenser.*
3. *Verbalt påbud om fysisk begrensning.*
4. *Fysisk inngripen som fysisk begrensning (Strand, 1990, s. 88)*

En kan se at intervensjonene går fra svak bruk av makt til sterk bruk av makt. Vatne (2006) hevder at intervensjonene er rettet mot at pasienten skal endre atferd ut fra slik hjelperen oppfatter situasjonen. Dette innebærer en ytre styring av pasienten ved ytre restriksjoner. Grensesettingen blir da ensidig, dvs. den går fra hjelper til pasienten og dette gir ubalanse i maktforholdet dem i mellom i den forstand at hjelperen har mer makt. Terapeutisk grensesetting er utført på basis av legitim autoritet, det innebærer faglig kompetanse, dialog, og bør være etisk forsvarlig og menneskevennlig. Motsetningen til dette er den illegitime autoriteten som bygger på maktprinsipper, er monologisk, og innehar en menneskefiendtlig ideologi (Strand, 1990).

Vatne (2006) skriver at tilnærmingene presentert av Strand innebærer både kontroll og terapi. Det blir poengtert at det ikke er konkretisert hvordan grensesetting kan gjennomføres terapeutisk og forholdet mellom kontroll og terapi synes derfor uavklart. Vatne (2006) konkluderer med at en kan se den samme tvetydigheten i norsk litteratur som i internasjonal, hvor målet er kontroll og terapi, på en og samme tid. Praksis og teoretisering rundt grensesetting synes derfor å ligge i spennet mellom kontroll (begrensning), og vekst (avgrensning, struktur og innsikt), som er rettet mot indre styring.

4. Metode

Denne studien har en induktiv tilnærming. En analyse basert på en induktiv tilnærming går fra det spesifikke til det generelle (Elo & Kyngäs, 2008). I denne studien skal en ved bruk av kvalitativ metode å få utdypende, detaljert og erfaringsbasert kunnskap om skjerming. Dette foregår ved at personalet forteller om sine erfaringer og opplevelser med skjerming. Disse erfaringene og opplevelsene får man tak i ved at personalet får et semistrukturert skjema hvor de beskriver et skjermingsforløp. Gjennom disse beskrivelsene får en tilgang til hvordan personalet fra sin livsverden forstår skjerming, fra indikasjoner, målsetninger, til metoder/tiltak og avslutning. Det å få tak i personalets erfaringer innebærer at en får tilgang til deres tanker, følelser og refleksjoner (Kvale & Brinkmann, 2009). Studien er deskriptiv i den forstand at den ønsker å beskrive fenomenet skjerming slik det fremstår. Skjerming er et begrep som i liten grad er definert. Derfor har man valgt å inkludere et eksplorativt design, dette kan bidra til formuleringer av nye begreper og sammenhenger (Brink & Wood, 1998). Et eksplorativt design tar utgangspunkt i et fenomen (skjerming) av interesse og undersøker hele innholdet i dette fenomenet (Polit & Beck, 2008).

4.1 Vitenskapsteoretisk bakgrunn

Hermeneutikk og fenomenologi er teorier som er sentrale innenfor den kvalitative metoden. Både Husserl og Gadamer har påpekt at den postmoderne hermeneutikken og fenomenologien er utviklet på bakgrunn av en misnøye med den positivistiske filosofiens mekaniske perspektiv. Hermeneutikken og fenomenologien har utgangspunkt i en form for livsverdenperspektiv – med dette mener Husserl den verden som personer daglig lever i, erfarer, snakker om og tar for gitt (Thomassen, 2006). For å gå i dybden, tolke og forstå grunnleggende menneskelige særegenheter og fenomener i datamaterialet, og samtidig være i stand til å gi en nøyaktig beskrivelse, har man valgt å bruke en hermeneutisk-fenomenologisk metode i denne studien (Hummelvoll, 2012b).

Fenomenologi handler om å beskrive fenomenet man studerer mens hermeneutikk handler om å oppnå forståelse gjennom tolkning. Den fenomenologiske tradisjonen beskrives som fordomsfri, refleksiv, deskriptiv og nøytral i forhold til objektet. Husserl ga opphav til livsverdenfenomenologien. ”*Han ville nå to mål; dels en sikker og utvetydelig kunnskap, dels kunnskap om opplevd erfaring*” (Olsson & Sørensen, 2003, s. 110). Fenomenologien ønsker å

beskrive menneskets opplevelser og erfaringer i livsverden mest mulig forutsetningsløst. Erfaringen skal beskrives akkurat slik den oppleves der og da i øyeblikket av den enkelte person (Thornquist, 2003).

”Hermeneutikk” kommer fra det greske *hermeneuein*, som betyr å tolke eller fortolke (Thomassen, 2006). Den hermeneutiske arbeidsmåten beskrives innenfor rammen av en tolkningsteori, hvor forforståelse, fortolking og mening utgjør sentrale begreper. Det handler om å fortolke og forstå hvordan menneskets liv og eksistens kommer til uttrykk i det talte og skrevne språket (Olsson & Sørensen, 2003). Hensikten er å fange opplevelser, uttrykke, fortolke og forstå sammenhenger og muligheten til å forklare. Gjennom fortolking prøver en å komme til en dypere forståelse – blant annet ved hjelp av spørsmål med ordene hva, hvor, hvordan og hvorfor. I all hermeneutisk tolkning er forforståelsen vårt produktive utgangspunkt som gjør at forståelsesprosessen i det hele tatt kan komme i gang. Hvis en ikke har noen forforståelse av hva fenomenet skjerming handler om gir det liten mening å gjennomføre en studie om skjerming. En må ha en viss forståelse av tema eller fenomenet for å komme i gang med en studie. Utgangspunktet fra et hermeneutisk ståsted er derfor å reflektere over, tydeliggjøre og kreativt ta i bruk vår forforståelse (Thomassen, 2006).

4.2 Utvalg og datainnsamling

Akuttnettverket har gjennomført en større datainnsamling om skjerming fra mange avdelinger i Norge. Deler av dette er brukt i denne studien.

65 forskjellige døgnavdelinger/poster i psykisk helsevern som bruker skjerming ble invitert til å delta. Det er hovedsakelig akuttposter, men også psykose- og rehabiliteringsposter, døgnposter i DPS og barn- og ungdomspsykiatriske døgnposter (BUP døgn). Disse postene skal beskrive fortrinnsvis minst tre skjermingsforløp på et semistrukturert spørreskjema som er utarbeidet for dette. I informasjonsskrivet til postene oppfordres det til at beskrivelsene bør gjøres av de fagpersoner som beslutter og gjennomfører skjermingen, og at den bør kvalitetssikres av den som koordinerer prosjektet i avdelingen, i samarbeid med en tverrfaglig gruppe. I praksis vil det si at døgnpostens behandlere (leger og psykologer) og miljøpersonalet (vernepleiere, sykepleiere, sosionomer, osv) gjennomfører beskrivelsene og at de i etterkant kvalitetssikres av koordinator ved avdelingen, som gjerne er fag/kvalitetsutvikler eller lignende.

Skjema som brukes for å beskrive skjermingsforløp er delvis strukturerte. Poenget er å få en systematisk beskrivelse av et skjermingsforløp. Skjema har fem hovedpunkter: 1. Bakgrunn og begrunnelse, 2. Målsettinger med skjermingen, 3. Skjermingstiltak, 4. Etske aspekter, 5. Avslutning av skjerming. I tillegg er det et avsnitt hvor informantene kan beskrive det som eventuelt ikke er dekket i disse hovedpunktene. Det understrekes at man er ute etter en så konkret og detaljert beskrivelse som mulig; hva pasienter og personalet sier og gjør, vurderinger som gjøres, beslutninger som tas, tiltak som gjennomføres, fysiske omgivelser der skjermingen foregår, og annet som er relevant. Det er ønskelig at situasjon og atferd beskrives så detaljert at andre kan se det for seg og være i stand til å gjennomføre tilsvarende skjerming basert på beskrivelsen (Ruud & Hynnekleiv, 2012). Informantene får også beskjed om at skjema ikke inneholder stikkord om alt som kan tenkes å være aktuelt, og at de derfor må ta med det de synes er relevant, selv om det ikke spørres om det. Det er med andre ord satt opp visse rammer når det gjelder hva slags informasjon en er ute etter, samtidig som det er forholdsvis åpent innenfor disse rammene. Målet var å få inn 150-200 beskrivelser, man fikk 149 fra 57 forskjellige poster. Åtte av postene leverte ingen beskrivelser.

Dette materialet er for stort for denne studiens omfang og en gjorde derfor et utvalg. Først ble det fjernet tre skjema som er beskrevet av den posten forskeren arbeider i. Det ble gjennomført et strategisk utvalg hvor en valgte alle skjema over 1000 ord. Dette er en kvalitativ studie hvor en ønsker å gå i dybden og finne særegenheter ved personalets beskrivelser. En tenker derfor at det er viktig å få tak i beskrivelser med en viss lengde. Det er størst sjanse for at disse gir nyttig og rik informasjon til studien. Det var 51 beskrivelser over 1000 ord, og av disse ble det gjort et randomisert utvalg av 20 skjema.

4.3 Dataanalyse

Det ble vurdert flere analysemetoder. Van Kaams fenomenologiske analyse var aktuell en stund (Van Kaam, 1966). På grunn av skjema sitt innhold ble Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse sett som mest hensiktsmessig.

De beskriver noen sentrale begreper og analysetrinn. *Manifest of content* er et begrep som referer til en analyse av hva teksten sier, en beskrivelse av de synlige og åpenbare komponentene. *Latent content* er en analyse av hva teksten snakker om, en tolkning av den underliggende meningen i teksten. *Unit of analysis* referer til det en skal studere, det kan være en person eller en tekst. Graneheim og Lundman (2004) anbefaler at *unit of analysis* er hele

intervjuer eller observasjonsprotokoller som er store nok til å bli betraktet som noe helt samtidig som det er lite nok med tanke på at det skal være analyserbart. Dette vil være tekstene som personalet ved de forskjellige enhetene skriver. *Meaning unit* referer til ord, setninger eller avsnitt som inneholder aspekter som er relatert til hverandre gjennom innhold og kontekst. *Condensing* handler om å korte ned på teksten samtidig som en beholder kjernen i forhold til hva det faktisk handler om. Det kan være å gjøre et avsnitt eller et par setninger til en kort setning eller noen få ord. Ved *abstraction* blir den kondenserte teksten abstrahert under høyere kategorier. Dette handler om å lage koder, kategorier og temaer på forskjellige nivå. *Content area* er deler av teksten som har med et spesifikt problem å gjøre. Det kan være tekst som er basert på teoretiske forutsetninger fra litteraturen eller deler av teksten som adresserer et spesielt emne i et intervju eller observasjonsguide. *Code* er etiketten man gir en *meaning unit*. Koder er verktøy til å tenke med, fordi det å merke *meaning unit* tillater at en tenker på dataene på en ny og annerledes måte. *Category* er en gruppe med innhold som deler noe felles. Krippendorff (1980) poengterer at kategorier må være uttømmende og gjensidig utelukkende. Dette betyr at ingen data som er relatert til hensikten skal bli ekskludert fra en kategori på grunn av manglende kategori som passer. Videre betyr det at ingen data skal falle mellom to kategorier eller passe i mer enn en kategori. *Theme* handler om å lage ulike temaer. Det er en måte å linke underliggende meninger sammen i kategorier. Et tema kan være en tråd av underliggende meninger, gjennom; kondenserte meningsenheter, koder og kategorier på et tolkningsnivå.

Det er viktig at leseren får best mulig oversikt over hvordan forskeren har kommet frem til sine resultater, dette innebærer å beskrive hvilke steg en har tatt i prosessen for å komme frem til de resultatene en har. Analysen fulgte i grove trekk følgende fremgangsmåte:

1. Gjennomlesing av alle beskrivelsene flere ganger slik at en ble kjent med materialet og fikk en følelse av helhet, som anbefalt av Creswell (2003). Samtidig som man tok notater i margin. Dette kunne for eksempel være forslag på koder og kategorier eller generelle tanker om analysen.
2. Systematisering av data ved å skrive ned alle meningsbærende enheter fra hver enkelt beskrivelse inn i et Word dokument. Hver meningsbærende enhet ble kondensert og fikk en kode, det ble 434 koder.
3. Meningsbærende enheter med kondensert tekst og kode ble skrevet ut. Hver og en meningsbærende enhet ble klippet ut og lagt på en stor plakat. Meningsbærende

enheter som hørte sammen ble lagt i samme gruppe på plakaten og etter hvert ble preliminare kategorier og underkategorier til.

4. Abstraksjon, også kalt aggregering. Dette er prosessen hvor koder, kategorier og temaer blir laget på forskjellige abstraksjonsnivåer.
5. Revidering og omprøving av kategorier og underkategorier. Denne delen inneholdt også eliminering av meningsbærende enheter som falt utenfor området problemstillingen handler om.
6. Validering mot empiri. Dette handler om å være sikker på at resultatene en finner har støtte i empirien. At det er bærekraftige resultater med jording i empirien er et kvalitetsstempel.
7. Presentasjon av kategorier og underkategorier. Hver kategori ble eksemplifisert med utsagn fra informantene for å vise innholdet som kategorien omfatter.

4.4 Etiske overveielser

Det er viktig å reflektere over etiske prinsipper i forskningen. Dette skal ifølge Hummelvoll (2012a) sikre informantenes autonomi, at ingen blir skadet av forskningen, at den er til nytte og at forskningen yter informantene rettferdighet. Det kreves samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning. Samtykket skal være frivillig, informert, uttrykkelig og dokumenterbart (Helseforskningsloven, 2008). Det ble i forkant av studien sendt ut informasjonsskriv til aktuelle enheter, dette var en invitasjon til å delta i studien. På bakgrunn av dette tok enhetene selv kontakt med akuttnettverket hvis de ønsket å delta i studien. Enhetene som ønsket å delta ble informert om at deltakelse er frivillig og at de når som helst kan trekke seg uten at dette får noen konsekvenser for dem. Det ble opplyst at all informasjon blir behandlet konfidensielt og presentert på en måte som gjør at informantene ikke kan identifiseres. Beskrivelsene blir lastet opp på en sikker server som er godkjent for oppbevaring. Studien har blitt godkjent av personvernombudet ved Akershus universitetssykehus. Det er liten sjanse for at noen tar alvorlig skade, blir urettferdig behandlet eller lider noen form for last på grunn av denne studien. Forskerens oppfatning er at denne studien ligger innenfor de etiske prinsippene i Helsinkideklarasjonen.

4.5 Metoderefleksjon

Begrepene som brukes for å beskrive troverdighet kan være forskjellige fra kvantitative og kvalitative forskningstradisjoner (Polit & Hungler, 1999). Graneheim og Lundman (2004) anbefaler å bruke begreper som er knyttet til den kvalitative tradisjonen når en rapporterer resultater fra en studie hvor kvalitativ innholdsanalyse benyttes. De beskriver begrepene *credibility* (troverdighet), *dependability* (pålitelighet) og *transferability* (overførbarhet) som forskjellige aspekter av begrepet *trustworthiness* (troverdighet, validitet). Det poengteres at selv om de velger å skille ut disse aspektene så er det viktig at de blir sett på som sammenvevd og forbundet med hverandre. Siden denne studien i stor grad er basert på Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse, har en valgt å forholde seg til begrepene de anbefaler.

4.5.1 Troverdighet

Troverdighet handler om forskningens fokus og tillit til i hvor stor grad data og analyseprosessen undersøker det tiltenkte fokus. Det første spørsmålet om troverdighet oppstår når man skal ta en beslutning om fokus for studien, valg av kontekst, informanter og tilnærming til innsamling av data (Graneheim & Lundman, 2004). Patton (1987) skriver at hvis en velger deltagere med ulike erfaringer så øker en muligheten for å belyse problemstillingen fra forskjellige aspekter. Denne studien har informanter med ulik erfaring, forskjellige perspektiv og de arbeider innenfor forskjellige kulturer. Dette kan bidra til et rikt materiale som gir forskeren muligheten til å belyse problemstillingen fra forskjellige aspekter.

Å velge den mest hensiktsmessige metoden for datainnsamling og bestemme mengden av data en trenger er viktig for å etablere troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Fordelen med datainnsamlingsmetoden er at informantene ved skriftlige beskrivelser får god tid til å tenke seg om og en kan derfor anta at de mener det de skriver. Mengden av data som er nødvendig for å besvare en problemstilling på en troverdig måte varierer avhengig av kompleksiteten på de fenomenene som studeres og datakvaliteten (Graneheim & Lundman, 2004). Studiens omfang må tas med i betraktning, noe som gjorde at datamaterialet en hadde tilgang til (149 skjema) ble for stort for denne studien. Det ble derfor gjort et randomisert utvalg av 20 skjema. Sammenlignet med hele datamaterialet på 149 skjema er det en liten del som har blitt analysert, men det er brukt tid på å sette seg godt inn i materialet og gjort en grundig analyse. Det er mulig at det kommer frem sentrale funn i resten av materialet som ikke kommer frem i

de 20 skjema en har trukket ut. Det kan også være at noe av det en har funnet i disse 20 skjema i liten grad kommer frem i resten av materialet. En er av den oppfatning at studien har gjort et utvalg hvor en har fått tilgang til den mengden av data som er nødvendig for å besvare problemstillingen på en troverdig måte og at en har fått tak i de beskrivelsene med best datakvalitet sett opp mot studiens hensikt.

En annen kritisk faktor for å oppnå troverdighet er å velge den mest passende *meaning unit*. For store meningsbærende enheter vil være vanskelig å håndtere fordi de antageligvis inneholder flere forskjellige betydninger. Det er da store muligheter for at en mister meningen med teksten i løpet av kondensering og abstraksjon. Dette illustrerer at hvordan meningsbærende enheter, kondensering og abstraksjon er bygd opp, er et godt grunnlag for bedømming av funnene sin troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsbærende enheter i denne studien har vært alt fra en kort setning (noen få ord) til fire – fem linjer i noen tilfeller og har i all hovedsak inneholdt en betydning. Dette har bidratt til relevante kategorier som dekker materialet på en god måte. Det kan være at andre hadde valgt å kategorisere annerledes, det handler om at forskerens fortolkning av materialet er subjektiv. Til tross for dette er man av den oppfatning at kategoriene gir et godt svar på studiens problemstilling. Troverdighet er også et spørsmål om hvordan en bedømmer likheter og forskjeller mellom kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Dette har en løst ved å vise flere representative sitater fra beskrivelsene i hver underkategori. Sitatene skal gi et innblikk i hva informantene mener samtidig som de visualiserer likheter og forskjeller mellom kategoriene.

4.5.2 Pålitelighet

Dependability oversettes gjerne til pålitelighet og handler om å vurdere kvaliteten på data i kvalitativ forskning, spesielt med tanke på stabiliteten til data over tid. En kan si at det konseptuelt ligner stabilitetsaspektet ved reliabilitetsvurderinger i kvantitative studier (Polit & Hungler, 1999). Det finnes forskjellige måter å vurdere eller sikre påliteligheten til en studie. Polit og Hungler (1999) skriver at *inquiry audits* kan brukes til å etablere pålitelighet. Det handler om at forskeren må etablere en systematisk samling av materialer og dokumenter som vil gjøre det mulig for en uavhengig person å komme til konklusjoner om datamaterialet. Eksempler på dette er rådata, datareduksjon og notater fra analysearbeid. I denne studien er all rådata foreløpig oppbevart på et sikkert sted. Analysearbeid og notater som for eksempel

meningsbærende enheter, kondensering og koder er systematisert og lagret. *Stepwise replication* er en annen måte å vurdere påliteligheten på. Dette handler om at to forskjellige forskere eller forskerteam arbeider separat med datamaterialet for så å sammenligne resultatene i etterkant (Polit & Hungler, 1999). Det har ikke blitt gjennomført en systematisert *stepwise replication*. Derimot har deler av materialet blitt gjennomgått av andre studenter, veileder og kollegaer. I etterkant har de kommet med tilbakemelding og man har diskutert resultater sammen. En annen metode forskeren kan bruke for å øke påliteligheten av studien er å gjennomføre en *code-recode* prosedyre under analysearbeidet. Dette foregår ved at forskeren koder et segment av data og venter i to uker for så å kode de samme data på nytt og sammenligne resultatene (Krefting, 1991). Dette har blitt gjort ved flere anledninger i analyseprosessen og det har bidratt til en dypere analytisk forståelse av materialet. På denne måten har forskeren fått en mer systematisk oversikt over hva materialet egentlig handler om.

4.5.3 Overførbarhet

Trustworthiness inkluderer også spørsmålet om *transferability* (overførbarhet). Det handler om i hvilken grad funnene fra denne studien kan overføres til andre situasjoner, settinger og grupper (Polit & Hungler, 1999). Graneheim og Lundman (2004) skriver at forskeren kan gi forslag i forhold til overførbarhet, men at det er leserens avgjørelse hvorvidt funnene er overførbare til en annen kontekst. For å tilrettelegge for overførbarhet er det viktig at forskeren gir en klar og tydelig beskrivelse av kontekst, utvalg, informantene, datainnsamlingen og analyseprosessen. En rik og fyldig presentasjon av funnene sammen med passende sitater vil også være en styrke for studiens overførbarhet. Forskeren er av den oppfatning at denne studien har en god metodebeskrivelse hvor det blir presentert en redegjørelse som styrker studiens overførbarhet. Presentasjonen av funn er fyldig og inneholder passende sitater som illustrerer funnene på en god måte. Derfor mener man at denne studien har overførbarhetsverdi innenfor den konteksten den omhandler; skjerming på psykiatriske sykehus og kanskje spesielt på akuttposter. Det er viktig å være klar over at det ikke finnes en universell sannhet for hvordan et forskningsresultat skal anvendes, derimot handler det om å finne den mest sannsynlige og beste anvendelsen fra et bestemt perspektiv. Derfor vil *trustworthiness* i kvalitativ forskning handle om å etablere argumenter for de mest sannsynlige tolkningene. Tolkningene i denne studien er relevante sett opp mot studiens problemstilling og perspektiv. Det kan være at andre hadde tolket annerledes, blant annet

fordi de har en annen forforståelse. Derfor er det viktig at funnene blir presentert på en måte som gjør at leseren kan se etter alternative tolkninger – noe en har prøvd etter beste evne - dette bidrar til å øke *trustworthiness* (Graneheim & Lundman, 2004).

5. Resultatpresentasjon

Først blir det presentert en tabell med hovedfunnene, hvor tema, kategorier og underkategorier kommer frem. Etter en grundig analyse synes et tema med fire kategorier og tilhørende underkategorier å være dekkende for å belyse problemstillingen. Videre blir hver og en kategori og underkategori presentert i forskjellige underkapitler. Hver presentasjon av en hovedkategori starter med en tabell som viser kategori, underkategori og meningsbærende enheter gjengitt som sitater fra datamaterialet. På denne måten vil leseren få en overordnet oversikt over kategorien før den presenteres nærmere, dette bidrar til god flyt i presentasjonen. En oversikt over hovedfunnene skisseres i tabell 1:

Underkategori	Kategori	Tema
<p>Sikkerhet er den mest brukte begrunnelsen for skjerming og tiltak under skjerming.</p> <p>Pasienter blir skjermet fordi de skaper uro, opprører og krangler med medpasienter.</p> <p>Begrensninger er et viktig tiltak for å sørge for orden og trygghet.</p> <p>Upassende atferd blir grensesatt ved at personalet sier fra når en grense er nådd.</p>	Kontroll er viktigst	Skjerming er en tvetydig praksis.
<p>Stimulusbegrensning fremskynder bedring.</p> <p>Struktur bidrar til oversikt og mestring.</p> <p>Skjerming er en del av behandlingen.</p> <p>Skjerming innebærer intensiv personalkontakt.</p>	Behandling er en viktig del av skjerming.	
<p>Korte avskjermingsperioder gjennom dagen.</p> <p>Pasienten skjerms på rom med personal til stede.</p> <p>Skjerming innebærer opphold på eget skjermingsavsnitt.</p> <p>Beltelegging er en form for skjerming.</p>	Skjerming er isolering fra fellesskapet.	
<p>Skjerming av frivillig innlagte fører til etiske dilemmaer</p> <p>Personalet opplever skjerming som en etisk utfordring som berører dem.</p> <p>Personalet opplever at pasientene hovedsakelig er negative til skjerming.</p>	Etisk refleksjon er vesentlig	

Tabell 1. Hovedfunn; Skjerming er en tvetydig praksis

5.1 Skjerming er en tvetydig praksis

Etter en grundig analyse av materialet satt man igjen med en tanke om at skjerming er en tvetydig praksis. Kontroll blir sett på som det viktigste, men behandling er også en viktig del av skjerming. Det er enighet om at skjerming innebærer en form for isolering fra fellesskapet, men det er forskjellige forståelser når det gjelder hvilken grad av isolering skjerming innebærer. Isolering blir beskrevet i forskjellige grader; noen beskriver korte avskjermingsperioder gjennom dagen som skjerming, mens andre beskriver beltelegging som en form for skjerming. At skjerming blir beskrevet som tvetydig betyr at det kan forstås på flere måter. I praksis betyr dette at personalet ofte står i situasjoner som kan tolkes og forstås på flere måter. Dette innebærer vanskelige valg, og ofte dilemmaer hvor ingen av handlingsalternativene er å foretrekke. Med dette som bakgrunn er det enkelt å forstå at etisk refleksjon blir beskrevet som en vesentlig del av skjerming.

5.2 Kontroll er viktigst

Meningsenhet	Underkategori	Kategori
<p><i>I samtale hadde pasienten en truende atferd og lovet at personalet skulle sprenges.</i></p> <p><i>Målsettingen: 1. Hindre ytterligere vold mot personal. 2. Hindre ytterligere vold mot medpasienter og pårørende.</i></p> <p><i>Skjermingsvedtak fattes... vedtaket begrunnes ut fra at pasienten skadet en ansatt fysisk med å skalle han to ganger i ansiktet.</i></p>	<p>Sikkerhet er den mest brukte begrunnelsen for skjerming og tiltak under skjerming.</p>	Kontroll er viktigst
<p><i>En siste faktor for skjerming er at denne pasienten ville skape uro i fellesmiljø og dette ville gi mer uro i posten generelt og påvirke medpasienter på en negativ måte.</i></p> <p><i>Pasienten blir etter hvert økende urolig i form av at pasienten snakker mye om voldtekt, rus og forelskelse. Disse verbale utsagn opprører andre medpasienter.</i></p> <p><i>Hun slamrer høyt med dører slik at hun forstyrrer medpasienter. Hun krangler også høylydt med medpasienter.</i></p>	<p>Pasienter blir skjermet fordi de skaper uro, opprører og krangler med medpasienter.</p>	
<p><i>Begrense tilgang til risikogjenstander(knusbare gjenstander, lighter) og skape et oversiktlig og trygt miljø.</i></p> <p><i>Personalet tar seg av røyk og fyrteøy. Hun får røyke x 2 per time.</i></p> <p><i>Ved flere anledninger har pasienten vært opplevd som truende i kroppsspråk ved å knytte never ved avslag, spenne muskler og gå tett opp til personalet, bli "mørk" i blikket og lignende. Dette medførte at pasient mistet muligheten til å benytte radio på rom til han ble opplevd i et mer stabilt stemningsleie.</i></p>	<p>Begrensninger er et viktig tiltak for å sørge for orden og trygghet.</p>	
<p><i>De mange oppfordringene og korrigeringene på lite ordnet adferd ble møtt med sinne.</i></p> <p><i>Fikk beskjed om at han ikke kunne være inne i spisesalen med denne atferden. Pasienten gikk da i stua og fortsatte å være ufin.</i></p> <p><i>Når pasienten slo personal ble hun grensesatt i form av at pasienten ble holdt.</i></p>	<p>Upassende atferd blir grensesatt ved at personalet sier fra når en grense er nådd.</p>	

Tabell 2. Kontroll er viktigst

5.2.1 Sikkerhet er den mest brukte begrunnelsen for skjerming og tiltak under skjerming

Sikkerhet er den koden som gikk igjen flest ganger i analysen. Sikkerhet er et begrep informantene bruker i alle fem hovedpunktene av skjema hvor de beskriver skjermingsforløp. Det kommer spesielt frem som begrunnelse for skjerming og tiltak under skjerming, men brukes også en del under målsetting med skjermingen. Et eksempel kan illustrere dette: begrunnelsen for at pasienten skjermes er at det er en forhøyet risiko for vold når pasienten er syk, målsettingen er å hindre vold, og tiltak er fortløpende vurderinger av faren for vold. Sikkerhet blir også beskrevet innenfor punktet etiske aspekter, et eksempel på dette er en truende og aggressiv pasient som ønsker å gå tur. Informanten beskriver en etisk diskusjon rundt sikkerhetsaspektet hvor de veier sannsynligheten for at pasienten skal skade noen tilfeldige personer(samfunnsvernet) opp mot pasientens behov for fysisk aktivitet. Før vi ser nærmere på noen sitater fra informantene er det viktig å poengtere at sikkerhet som begrunnelse for skjerming og tiltak under skjerming handler om sikkerhet for både personalet, medpasienter og pasienten selv. Et sitat fra en informant viser en begrunnelse for skjerming som kan illustrere dette:

”I samtale hadde en truende atferd og lovet at personalet skulle sprenges”.

Informanten beskriver at pasienten truer personalet og dette er en av begrunnelsene for skjerming. På grunn av truende atferd blir tiltak under skjerming iverksatt der etter: *”begrense tilgang til risikogjenstander”*. Dette eksemplet illustrerer en situasjon hvor pasienten truer med vold mot personalet. Det blir derfor iverksatt skjerming med tiltak for å sikre situasjonen og for å forebygge. Det er ikke alltid en greier å forebygge vold, noe følgende sitat illustrerer: *”Skjermingsvedtak fattes... vedtaket begrunnes ut fra at pasienten skadet en ansatt fysisk med å skalle han to ganger i ansiktet”*. Her er vold som allerede er utøvd, begrunnelse for hvorfor en skjerner. Målsettingen med skjerming har av flere informanter blitt beskrevet å inneholde aspekter av sikkerhet. Følgende sitat illustrerer dette tydelig:

”Målsettingen: 1. Hindre ytterligere vold mot personal. 2. Hindre ytterligere vold mot medpasienter og pårørende”.

I beskrivelsene hvor en finner disse sitatene er det et hovedfokus på sikkerhet og kontroll. Det betyr ikke at det kun handler om sikkerhet, men at sikkerhet er det viktigste i de skjermingsforløpene de har beskrevet. Et eksempel på at det ikke handler om kun sikkerhet er at selv om målsettingen er å hindre vold, er det også en målsetting å observere psykotiske symptomer og sikre medisiner. Behandling er med andre ord en del av skjerming, noe vi kommer tilbake til senere. Til tross for dette er sikkerhet den mest brukte begrunnelsen for skjerming og tiltak under skjerming av informantene i denne studien.

5.2.2 Pasienter blir skjermet fordi de skaper uro, opprører og kranbler med medpasienter.

Denne underkategorien handler om at pasienter blir skjermet av hensyn til andre pasienter. Det kan som overskriften sier være fordi de skaper uro, opprører eller kranbler med de andre pasientene. Begrunnelsen for skjerming er altså hensynet til andre pasienter; en urolig pasient blir skjermet fordi en ønsker å beskytte de andre pasientene. Følgende sitat illustrerer dette:

”Beskytte andre inneliggende pasienter i posten mot pasientens ukritiske og forstyrrende adferd”.

Et eksempel på dette er at mye uro i fellesmiljø fra en pasient vil påvirke medpasientene på en negativ måte. Følgende sitat er illustrerende: *”En siste faktor for skjerming er at denne pasienten ville skape uro i fellesmiljø og dette ville gi mer uro i posten generelt og påvirke medpasienter på en negativ måte”.* Informantene har beskrevet flere forskjellige begrunnelser for hvorfor noen blir skjermet av hensyn til andre pasienter. En informant beskriver en pasient som blir skjermet fordi hun gikk inn *”på andre pasienters rom da hun sa hun hørte lyder fra situasjoner hun måtte undersøke”.* En annen informant beskriver at en pasient blir skjermet fordi hun kom med ubehagelig uttalelser til andre pasienter:

”fortalte at barna hennes er døde”.

Andre eksempler er pasienter som er støyende på nattestid, urolig i fellesmiljø, roper, skriker, danser, løper og kler av seg og går rundt kun iført underbukse.

5.2.3 Begrensninger er et viktig tiltak for å sørge for orden og trygghet

Dette handler blant annet om å begrense hva pasienten har tilgang til inne på rommet under skjerming. For å oppnå orden og trygghet er det nødvendig å begrense tilgangen til risikogjenstander:

”Begrense tilgang til risikogjenstander(knusbare gjenstander, lighter) og skape et oversiktlig og trygt miljø”.

Det beskrives at pasienter i noen tilfeller kun får beholde det som anses helt nødvendig: *”Begrensninger som gjøres i forhold til pasienten er at hun ikke får ha annet enn det som anses helt nødvendig hos seg”.* En informant sier: *”Individuelle vurderinger gjøres i forhold til hvor mange eiendeler pasienter kan ha tilgang til, og i dette tilfelle hadde ikke pasienten tilgang til annet enn egne klær som han hadde på seg”.* Det er individuelle vurderinger og hvor mange gjenstander pasienten får ha tilgang til avhenger av sikkerhetsrisiko. Et eksempel på dette er en truende pasient som mister tilgang på radio inntil han er i mer stabilt stemningsleie. Flere informanter beskriver en begrensning av røyk og fyrstøy. Fyrstøybegrensning virker å være begrunnet i kontrollaspektet med tanke på å sørge for orden og trygghet. Begrensning av røyk er ikke begrunnet noe nærmere enn at det for eksempel beskrives som et tiltak at pasienten får røyke x 2 per time. Vedtak om begrenset forbindelse med omverden er også beskrevet av flere informanter, jamfør psykisk helsevernloven § 4,5. Hovedsakelig handler dette om å begrense pasientens telefonbruk, noen informanter beskriver også begrensning av internett og brevsending. Begrunnelsene for dette er at pasientene har et økende telefonbruk, er verbalt høylydt i telefonen, ukritisk og truende. Følgende to sitater er illustrerende for dette:

”Etter to dager i avdelingen med økende telefonbruk og trusler, anser vi det som relevant å begrense hennes tilgang til mobiltelefon. Et vedtak mot telefonbruk fattes, og pasienten kan kun bruke avdelingens telefon etter konkrete avtaler”.

”Avgjørende for bestemmelsen var at vi ikke ønsket at pasienten skulle selge egen leilighet i en sykdomsfase som hun senere muligens kunne angre på eller ikke stå inne for”.

En informant poengterer at pasienten har lov til å ringe advokat og kontrollkommisjonen til tross for vedtak om begrenset forbindelse med omverden. Det er viktig å skille denne kategorien fra stimulusbegrensning og struktur, som har til hensikt å behandle og bedre pasienten. Begrensning er en kontrollfunksjon og brukes som et tiltak for å oppnå orden og trygghet, det er sikkerhet og ikke behandling som er hovedfokus.

5.2.4 Upassende atferd blir grensesatt ved at personalet sier fra når en grense er nådd

Dette handler om at personalet setter grenser for pasienten når det gjelder hva som er lov og ikke lov og når en grense er nådd. Det kan være at de sier fra om atferd som ikke er akseptabel: *”Fikk beskjed om at han ikke kunne være inne i spisesalen med denne atferden”*. Grensesettingen kan forekomme både i forkant og i etterkant av at grensen er nådd, en informant beskriver en situasjon hvor grensesetting forekommer i etterkant: *”Når pasienten slo personal ble hun grensesatt i form av at pasienten ble holdt”*. Ikke all atferd blir grensesatt ved å si fra når en grense er nådd, noen informanter beskriver det å overse pasienten, ignorering og avledning. Dette brukes spesielt i forbindelse med vrangforestillinger. Følgende sitat illustrerer dette på en fin måte:

”Pasienten kom ofte med tydelige paranoide utsagn, som at han var statsministerens livvakt, at han blir overvåket, at personalet ikke er den de sier de er, at vi har implementert en ”chip” i kroppen hans, og beskyldte personalet for blant annet å være nazister, psykopater og lignende... når personalet opplevde at pasienten kom med disse beskyldningene ble de ofte ”ignorert”, og det ble forsøkt å snakke om noe annet. Dersom det var 2 personale med pasienten forsøkte disse å starte en ny samtale seg i mellom og samtidig inkludere pasienten”.

En informant nevner et etisk aspekt ved grensesetting: *”Grensesetting kan være nødvendig, men det må ikke utvikle seg til en distansering i forhold til pasienten. Det er derfor avgjørende at personalet ikke avviser pasienten, selv om personalet ikke aksepterer den avvikende atferden”*. Det handler om å møte pasienten som et medmenneske og sørge for en god relasjon. Til tross for dette blir grensesetting i denne sammenheng hovedsakelig forstått

som en kontrollmekanisme hvor personalet ved hjelp av grensesetting kontrollerer hva slags atferd som blir tolerert og ikke.

5.3 Behandling er en viktig del av skjerming

Meningsenhet	Underkategori	Kategori
<p><i>Begrense stimuli i et oversiktlig og begrenset miljø for på den måten å fremskynde bedringsprosessen.</i></p> <p><i>Hjelpe pasienten til å beskytte seg for inntrykk, for på den måten dempe angst og utrygghet.</i></p> <p><i>Senke mengde stimuli for å redusere symptom og lidelsestrykk, hindre sykdomsutvikling og fremje bedring.</i></p>	<p>Stimulusbegrensning fremskynder bedring.</p>	<p>Behandling er en viktig del av skjerming.</p>
<p><i>Innføre rutiner og struktur i pasientens hverdag som kan bidra til å senke pasientens ambivalens i forhold til valg og gi en følelse av oversikt og mestring.</i></p> <p><i>Utover dag 2 lages det en mer strukturert tilnærming i forhold til pasienten, for å se om det kan hjelpe på hans økte redsel og manglende kontroll. Man lager en dagsplan med konkrete avtaler om måltider, samtaler og medisininntak.</i></p>	<p>Struktur bidrar til oversikt og mestring.</p>	
<p><i>Pasienten kom hele tiden med en del psykotiske utsagn som for eksempel direkte kommunikasjon med gud</i></p> <p><i>Under samtale gav pasienten uttrykk for at hun hørte stemmer som kom fra helvete og at hun var redd for at hun ikke fikk komme til himmelen.</i></p> <p><i>Pasienten bekreftet at hun så noen foran seg, visstnok en navngitt person som skal ha blitt drept.</i></p>	<p>Skjerming er en del av behandlingen.</p>	
<p><i>Personalet vekslet mellom å være sammen med han, eller stå tilgjengelig rett utenfor døren.</i></p> <p><i>Vi mener også at pasienten kan ha behov for den tettere personaloppfølgingen vi kan tilby på skjermet avsnitt, og at dette kan hjelpe han.</i></p> <p><i>Ved bruk av skjerming tenker man at man sikrer at pasienten har tilgjengelig personell hele tiden. Vi tenker at det kan gi følelse av trygghet.</i></p>	<p>Skjerming innebærer intensiv personalkontakt.</p>	

Tabell 3. Behandling er en viktig del av skjerming.

5.3.1 Stimulusbegrensning fremskynder bedring

I etterkant av sikkerhet er dette en av kodene man fant flest ganger i materialet. En kan med trygghet si at flertallet av informantene beskriver stimulusbegrensning som en del av skjerming. Det handler om at rolige omgivelser med et oversiktlig og begrenset miljø kan bidra til indre samling, dempe angst og fremskynde bedringsprosessen. Dette kommer tydelig frem i følgende sitat:

”Begrense stimuli i et oversiktlig og begrenset miljø for på den måten fremskynde bedringsprosessen”.

Stimulusbegrensning blir av informantene beskrevet som både begrunnelse, mål og tiltak under skjerming. Følgende sitat illustrerer en begrunnelse for skjerming: *”Det ble av behandlingsmessige hensyn vurdert som nødvendig med en viss begrensning av inntrykk på bakgrunn av pasienten sin tilstand og det ble dermed fattet vedtak om skjerming etter § 4.3 i PHL”.* En informant skriver følgende som et mål ved skjerming: *”Mål: Hjelp pasienten til å beskytte seg for inntrykk, for på den måten dempe angst og utrygghet”.* Følgende sitat illustrerer et tiltak iverksatt under skjerming: *”Det ble innført hvile 1 time x 4 i løpet av en dag for å forhindre at pasient får for mye stimuli og reagerer med å utagere fysisk”.*

Stimulustenkningen er i fokus ved avslutning av skjerming. Dette handler om at flere informanter ved avslutning av skjerming beskriver en gradvis tilvenning til fellesmiljø og stimuli:

”Rammene som er satt i form av oppfølging, skjerming, turer, miljøtider reduseres gradvis over tid, med tanke på å eksponere pasienten for mer stimuli”.

Pasientene blir gradvis utprøvd i fellesmiljø for å se om de er i form til å håndtere stimuli. Hvis det går dårlig så strammer personalet inn igjen, går det bra så øker de omfanget gradvis. Personalet benytter seg av stimulustenkningen for å være sikker på at pasienten er såpass i bedring at han/hun mestrer de stimuli det innebærer å være i et fellesmiljø før de avslutter skjerming.

En informant beskriver et etisk aspekt hvor de har en skeptisk holdning til for mye stimulusbegrensning over tid. Det handler om en pasient som har vært skjermet over lang tid og dette har ført til diskusjoner vedrørende om de skal begrense stimuli ytterligere eller om de skal øke stimuli. De er usikre og stiller seg følgende spørsmål: *”Vet vi egentlig at økt uro skyldes økt stimuli?”*.

5.3.2 Struktur bidrar til oversikt og mestring

Informantene beskriver at rutiner og struktur bidrar til å senke pasientens ambivalens og gi en følelse av oversikt og mestring. Det handler blant annet om å lage en strukturert tilnærming som følgende informant beskriver:

”Strukturere hverdagen gjennom dags-, kvelds- og nattplaner, da pasienten har vanskeligheter for å ivareta strukturen på egenhånd”.

Planen inneholder dagens gjøremål og er en konkret avtale som pasienten skal gjennomføre; det kan være måltider, samtaler, medisiner og aktiviteter som turer, spill eller tegning. Struktur kan også handle om å begrense gjenstander inne på rom hos pasienten.

”Et annet mål med skjermingen er å hjelpe pasient til å etablere struktur rundt seg. Begrense hvor mye som skal inn på skjermingsenheten av ting, veilede og hjelpe ifh til orden på skjermingsenheten”.

Det er som tidligere nevnt viktig å skille struktur fra begrensning. Begrensning er en kontrollfunksjon. Struktur er en behandlende funksjon i den forstand at det skal bidra til oversikt og mestring, dette gir økt selvinnsikt og gjør pasienten i bedre stand til å håndtere og leve med sykdommen sin.

5.3.3 Skjerming er en del av behandlingen

Dette handler om at en del informanter oppgir psykotiske symptomer og psykiske lidelser for øvrig som en begrunnelse for skjerming. Følgende sitat er et eksempel på en begrunnelse for skjerming:

”Den aktuelle pasienten oppleves å ha en kaotisk tankegang, mange vrangforestillinger og mye paranoiditet”.

Vrangforestillinger og paranoia er de psykotiske symptomene som blir brukt mest av informantene som begrunnelse for skjerming. En pasient tror at personalet er agenter i hemmelige organisasjoner som CIA og PST, en tror hun blir avlyttet på rommet og en annen er redd KGB skal betale legen for informasjon og nekter derfor å svare på spørsmål. Følgende sitat illustrer et annet eksempel på vrangforestillinger: *”Han sier at bror og tidligere kjæreste voldtar barna hans og at han kan høre at dette pågår.. det må presiseres at pasienten ikke har eller har hatt noen barn”.* En annen pasient har mer seksuelt orienterte vrangforestillinger:

”Pasienten tror at hun skal bli voldtatt og at personal skal klippe av henne kjønnsdeler”.

Forhøyet stemningsleie er en begrunnelse for skjerming og informantene beskriver i denne forbindelse manglende søvn. Skjerming forstås i denne forbindelse som et sted pasienten kan slappe av og hvile for å hente seg inn igjen: *”Skape ro slik at pas får sove”.*

5.3.4 Skjerming innebærer intensiv personalkontakt

Skjerming innebærer en form for tilgjengelighet hvor personalet enten er sammen med pasienten eller tilgjengelig innen kort avstand, følgende sitat illustrerer dette:

”Personalet vekslet mellom å være sammen med han, eller stå tilgjengelig rett utenfor døren”.

De fleste av informantene beskriver en lignende personalkontakt, men en informant beskriver at de ved skjerming er sammen med pasienten hele døgnet: *”Personalet er sammen med pasienten hele døgnet, også når pasienten sover, pasienten skal ikke være alene på skjermingen”.* Det blir vurdert at tilgjengelig personell kan gi en følelse av trygghet, en informant beskriver det på følgende måte: *”Ved bruk av skjerming tenker man at man sikrer at pasienten har tilgjengelig personell hele tiden. Vi tenker at det kan gi følelse av trygghet”.* Informantene mener at den tette personaloppfølgingen og tryggheten dette innebærer kan hjelpe pasientene. De beskriver videre at det er viktig med kontinuitet når det gjelder hvem

som følger opp pasienten. Det handler om at pasienten ikke skal ha for mange personal å forholde seg til. De fleste beskriver at det er to personal som følger opp pasienten i løpet av en vakt og at de byttet på å være hos pasienten for eksempel annen hver time.

”Det var to personer hver vakt som hadde ansvar for pasienten annenhver time”.

En informant beskriver det som et etisk aspekt at det er flere personal som bytter på å sitte inne hos pasienten. Informanten beskriver at personalet ved deres post har spurt seg selv om de ikke hadde gjort pasientens opplevelse tryggere og mer forutsigbar hvis de ikke byttet personal hver time. De undret seg også på om bytte av personal gjorde at pasienten ble mer sårbar og utsatt for stimuli. De vurderer det dit hen at pasienten kunne bli raskere trygg på noen bestemte personer i personalgruppen hvis de ikke hadde byttet så ofte. Samtidig ser de at det er et dilemma fordi pasientens behov må veies opp mot den psykososiale belastningen det er for personale å sitte på skjerming over lengre tid.

5.4 Skjerming er isolering fra fellesskapet

Meningsenhet	Underkategori	Kategori
<p><i>...vi velger å inngå en avtale med pasienten om at hun trenger å slappe av og ta det litt med ro... vi foreslår at hun skal være 30 min på rom, og 30 min i fellesarealene: altså foreslår vi en form for skjerming for pasienten som hun selv går med på.</i></p> <p><i>Pasienten blir ført inn på eget rom fulgt av 3-4 ansatte og minnes på hvilken atferd som forventes. Blir bedt om å være på rommet i 30 min.</i></p> <p><i>Å be pasienten gå på rommet fungerte som en slags begrensning av atferd og en kortvarig avskjerming fra medpasienter i miljøet.</i></p>	<p>Korte avskjermingsperioder gjennom dagen.</p>	
<p><i>På dette tidspunktet, kun et par timer inn i dagvakt (første dagen av oppholdet) vurderes det dit hen at pasienten trenger å bli skjermet på rom.</i></p> <p><i>Ble først skjermet på rom med flere personal til stede og kunne delvis forholde seg til å være på rommet.</i></p> <p><i>Pasienten skal ikke bevege seg ut over terskelen til rommet, pasienten anses da som ikke å være inne på skjermingen. Dersom dette inntreffer skal personal oppfordre pasienten til og gå tilbake. Dersom pasienten ikke går tilbake skal personal lede pasienten inn på skjermingsenheten.</i></p>	<p>Pasienten skjermes på rom med personal til stede.</p>	<p>Skjerming er isolering fra fellesskapet.</p>
<p><i>Skjermingstiltakene for denne pasienten innebar å måtte være på skjermet avsnitt hele døgnet.</i></p> <p><i>Av sikkerhetsmessige grunner ble det anset nødvendig å få rom på skjermet avsnitt i avdelingen...</i></p> <p><i>Pasienten ble tatt imot på skjermet enhet.</i></p>	<p>Skjerming innebærer opphold på eget skjermingsavsnitt.</p>	
<p><i>Denne gangen gjør pasienten sterk motstand og prøvde å nikke personalet. Blir lagt i bakken og beltefiksert... § 4.8 vedtak</i></p> <p><i>...slo en gang en kvinnelig pleier da han gikk forbi henne. Alarm utløst, og pasient ble skjermet på teknisk rom(belterom) i noen timer til pasient i større grad virket i kontroll over egen atferd.</i></p>	<p>Beltelegging er en form for skjerming.</p>	

Tabell 4. Skjerming er isolering fra fellesskapet.

5.4.1 Korte avskjermingsperioder gjennom dagen

Flere informanter beskriver korte avskjermingsperioder gjennom dagen som en form for skjerming. Dette kan være planlagte og strukturerte avskjermingsperioder eller det kan være tilfeldige avskjerminger ved uønsket atferd. De fleste som beskriver å skjerme på denne måten har fattet skjermingsvedtak, noen har derimot skjermet for eksempel 30 min på rom og 30 min i fellesarealet uten at de har fattet vedtak. Følgende sitat er et eksempel på dette:

”...vi velger å inngå en avtale med pasienten om at hun trenger å slappe av og ta det litt med ro... vi foreslår at hun skal være 30 min på rom, og 30 min i fellesarealene: altså foreslår vi en form for skjerming for pasienten som hun selv går med på”.

Korte avskjermingsperioder gjennom dagen er den minst inngripende type skjerming som beskrives av informantene. Det fungerer som en slags begrensning av atferd uten å måtte iverksette ytterligere isolering, en informant sier følgende: *”Å be pasienten gå på rommet fungerte som en slags begrensning av atferd og en kortvarig avskjerming fra medpasienter i miljøet”.*

5.4.2 Pasienten skjermes på rom med personal til stede

Når korte avskjermingsperioder gjennom dagen ikke er tilstrekkelig for å ivareta pasientens tilstand og hensynet til andre pasienter, skjermes pasienten på rom med personal til stede: *”Da pasienten hadde ukritisk adferd (gjentakelse av truende og groteske fraser) ute i fellesmiljøet slik at medpasienter kunne høre, ble han bedt av personalet om å gå på rommet”.* Personalet er enten til stede inne på rommet eller sitter rett utenfor døren. Det er kun en informant som beskriver skjerming på rom uten å ha fattet vedtak om skjerming, følgende sitat illustrerer dette:

”Pas går med på frivillig skjerming då personalet foreslo det for henne. Ho har vore sjuk før og skjøner begrunninga for dette”.

Målsettingen med å skjerme på rom blir av en informant beskrevet på følgende måte: *”Målsettingen for skjerming på rom var å hjelpe pasienten med å trekke seg unna miljøet der det fantes flere pasienter, mye lyder, aviser, ukebladet og TV – noe som gjorde at hun ikke*

klarte å slappe av". Graden av isolering ved skjerming på rom varierer avhengig av sykdomstilstand; noen har tilgang til fellesmiljø i korte perioder og gå turer, mens andre må oppholde seg på rommet hele tiden. Følgende sitat illustrerer en skjerming hvor pasienten må oppholde seg på rommet:

"Pasienten skal ikke bevege seg ut over terskelen til rommet, pasienten anses da som ikke å være inne på skjermingen. Dersom dette inntreffer skal personal oppfordre pasienten til og gå tilbake. Dersom pasienten ikke går tilbake skal personal lede pasienten inn på skjermingsenheten".

5.4.3 Skjerming innebærer opphold på eget skjermingsavsnitt

Siste sitat i forrige kapittel illustrerer at hvis det blir for vanskelig å skjerme pasienten på rom, skal personale lede pasienten inn på eget skjermingsavsnitt. Det er flere som beskriver at skjerming innebærer opphold på eget skjermingsavsnitt, men det er viktig å nevne at det er flere som ikke nevner noe om eget skjermingsavsnitt. De beskriver at de ikke har lokaler som gjør det mulig å skjerme på eget avsnitt, noen beskriver muligheten til å låse dører og lage en slags skjermingsenhet nederst i den vanlige posten når dette er nødvendig. Noen pasienter blir tatt imot på skjermingsavsnittet ved innleggelse:

"Pasienten ble tatt imot på skjermet enhet".

Andre pasienter blir innlagt i vanlig post og deretter flyttet til skjermingsavsnitt hvis dette er nødvendig: *"Han ble deretter flyttet fra rommet sitt i posten til skjermingsenheten"*. Graden av isolering blant pasientene som er på skjermingsavsnittet er forskjellig; for noen innebærer det å være på skjermet avsnitt hele døgnet, mens andre for eksempel har tilgang til fellesmiljø under måltider. De aller fleste informantene som beskriver skjerming på skjermingsavsnitt oppgir å ha fattet vedtak om skjerming. En informant beskriver en pasient som har vært skjermet en måned. Personalet mente at det ikke lenger var faglig gode nok argumenter til å fornye vedtaket, pasienten ønsket derimot ikke å forlate skjermingen og flytte til vanlig post. Informanten beskriver videre at personalet var enige i at det fortsatt kunne være gunstig å skåne medpasienter fra pasientens støyende atferd – selv om dette ikke var god nok grunn til å

fornye vedtaket – derfor ble det et videre opphold på skjermingsavsnitt etter ønske fra pasienten, uten vedtak om skjerming.

5.4.4 Beltelegging er en form for skjerming

Noen av informantene beskriver beltelegging som en form for skjerming. Bakgrunnen for at dette blir nødvendig er som regel at pasienten er svært aggressiv og/eller truende og at det blir utøvd vold mot personalet. Følgende sitat illustrerer dette:

”...slo en gang en kvinnelig pleier da han gikk forbi henne. Alarm utløst, og pasient ble skjermet på teknisk rom (belterom) i noen timer til pasient i større grad virket i kontroll over egen atferd”.

Dette er den formen for skjerming hvor graden av isolering er høyest. I praksis innebærer det at pasienten blir festet i belter og disse beltene blir festet til en seng, sengen står ofte på et strippet rom og der ligger pasienten med et personal til stede. Det er alltid kontinuerlig observasjon av personalet ved beltelegging:

”Fastvakt så lenge pasienten ligger i belteseng”.

Noen av informantene beskriver at det blir fattet § 4,8 vedtak i henhold til psykisk helsevernloven som regulerer bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold, andre skriver ingenting om vedtak er blitt fattet eller ikke. En informant beskriver et etisk aspekt ved beltelegging. Personalet hadde diskusjoner rundt lovverket om hvor lenge pasienten kunne ligge fullt fiksert i belteseng. Det var uenighet rundt dette, fordi noen av personalet følte seg utrygge. Spesielt kvinnene siden pasienten ble opplevd underliggende sint og responderte dårlig på kvinner.

5.5 Etisk refleksjon er vesentlig

Meningsenhet	Underkategori	Kategori
<p><i>Pasienten ble innlagt frivillig etter § 2.1. På bakgrunn av pasienten sin tilstand vurderte man opphold på skjermingsenheten som en god og nødvendig behandling for pasienten. Det kan imidlertid være et dilemma å skjermes pasienter som er frivillig innlagt.</i></p> <p><i>Pasienten er frivillig innlagt, men hun behandles som hun er tvangsinnlagt. Hun snakker om at hun vil skrive seg ut fordi hun er så lei av å være her. Dilemma er at hun er for syk til å bli utskrevet.</i></p>	<p>Skjerming av frivillig innlagte fører til etiske dilemmaer</p>	
<p><i>Det var heller ikke alltid lett å stå og fysisk holde igjen døren, når pasienten så tydelig ønsket å komme ut av rommet.</i></p> <p><i>Sier etterpå at han er berørt av hendelsen. Det at man blir berørt tenker vi er positivt. På den måten kommer det frem at vi har en god holdning, refleksjon og ettertanke over hva vi gjør med våre pasienter. Vi er klar over at vi har en del makt i vår jobb, og det er helt nødvendig at vi ikke misbruker denne.</i></p> <p><i>Vedrørende tvangsmedisinering av pasient som setter seg til motverge, så er dette også noe som berører personalet.</i></p>	<p>Personalet opplever skjerming som en etisk utfordring som berører dem.</p>	<p>Etisk refleksjon er vesentlig</p>
<p><i>Pasienten er helt tydelig og sier direkte at tiltakene oppleves som en straff fra personalets side.</i></p> <p><i>Tidvis har pasienten ment at skjermingen ikke kan harmonisere med norsk lov eller menneskerettigheter. Pasienten har også kommet med uttalelser som vitner om stor frustrasjon sett opp mot en følelse av å bli styrt og kontrollert som et barn. Likevel har en sett at innimellom og mot slutten av skjermingen, så har pasienten gitt uttrykk for at det å bli skjermet kan føles trygt og være noe helt konkret å forholde seg til.</i></p>	<p>Personalet opplever at pasientene hovedsakelig er negative til skjerming.</p>	

Tabell 5. Etisk refleksjon er vesentlig

5.5.1 Skjerming av frivillig innlagte fører til etiske dilemmaer

Det er flere som nevner at det er et etisk dilemma å skjermes pasienter som er frivillig innlagt etter § 2.1 i psykisk helsevernloven. Å være frivillig innlagt innebærer at du i teorien kan forlate institusjonen når du selv ønsker det. Et konkret dilemma som blir nevnt er at til tross for frivillig innleggelse så kan tilstanden til pasienten være såpass alvorlig at vedkommende trenger skjerming. Pasienten blir da plassert på et skjermingsavsnitt med låste dører og ingen eller begrenset tilgang til fellesmiljø. Idealet om at pasienten skal kunne skrive seg ut og forlate posten når vedkommende ønsker det, er plutselig ikke like enkelt lenger i praksis. Pasienten er som en informant skriver:

”frivillig innlagt, men behandles som hun er tvangsinnlagt”.

Hun ønsker å skrive seg ut fordi hun er lei av å være innlagt, dilemma er at hun er for syk til å skrives ut. Informanten skriver at det er *”fare for at hun vil bli lagt inn igjen etter kort tid, og da med tvangsparagraf”* hvis hun skrives ut. I dette konkrete tilfellet ble pasienten påminnet dette og ønsket da selv å være frivillig innlagt. En annen informant beskriver en situasjon hvor en frivillig pasient i enorm redsel gjentatte ganger ønsket å få forlate avdelingen. *”Han ble spurt gjentatte ganger om han ønsket utskrivelse, og hver gang sa han nei”*. Informanten beskriver videre at *”det var kontinuerlige diskusjoner og vurderingen rundt hva som kunne være best for pasienten”*. Det er tydelig at skjerming av frivillig innlagte pasienter som ikke er farlig nok til konvertering (jamfør psykisk helsevernloven § 3,4), men likevel alt for dårlige til å skrives ut, fører til etiske dilemmaer.

5.5.2 Personalet opplever skjerming som en etisk utfordring som berører dem

Informantene beskriver at ulike situasjoner og hendelser under skjerming berører personalet. En informant beskriver at det er belastende å se at pasienten er plaget når man ikke har en god løsning:

”Det var ikke alltid enkelt å stå utenfor og se hvor plaget pasienten var, uten å kunne komme til en god nok løsning”.

De beskriver at det aldri er ønskelig med tvangsmedisinering eller annen form for tvang og at *”frivillighet forsøkes så lang det er mulig”*. Til tross for dette beskriver informantene situasjoner hvor personalet må stå og fysisk holde igjen døren til pasientens rom og tvangsmedisinering av pasienter som setter seg til motverge. De beskriver at dette er situasjoner som ikke er enkle og at de blir berørt i slike situasjoner. De mener at det å bli berørt er positivt, at det får frem at de har gode holdninger og at de er reflekterte både i forkant og i etterkant av situasjoner hvor tvang og makt blir utøvd:

”Det at man blir berørt tenker vi er positivt. På den måten kommer det frem at vi har en god holdning, refleksjon og ettertanke over hva vi gjør med våre pasienter”.

Dette innebærer å være bevisst maktforholdet mellom pasient og personalet i psykisk helsevern, noe følgende sitat illustrerer: *”Vi er klar over at vi har en del makt i vår jobb, og det er helt nødvendig at vi ikke misbruker denne”*. Personaler beskriver skjerming som en etisk utfordring som berører dem, samtidig beskriver de å ha en grunnleggende god etisk holdning å møte disse etiske utfordringene med.

5.5.3 Personalet opplever at pasientene hovedsakelig er negative til skjerming

Personalet opplever at pasientene hovedsakelig er negative til skjerming. De negative opplevelsene gjenspeiles blant annet i beskrivelser av pasienter som var helt tydelige på at skjerming opplevdes som straff og pasienter som gir uttrykk for at de er uenige i å bli skjermet:

”Pasienten selv var svært uenig i skjerming som behandling...”

Informantene beskriver at pasientene gir uttrykk for sine opplevelser både muntlig og gjennom sine handlinger, noen er også motstridende. Et eksempel på dette er at pasienten som hadde fortalt at han var uenig i skjerming som behandling, samarbeidet godt under skjerming. Pasienten som var helt tydelig på at skjerming opplevdes som straff handlet også deretter, følgende sitat illustrerer dette:

”trakk seg inn på eget rom og ble oppfattet som fiendtlig ovenfor ansatte i dagene som fulgte”.

En informant beskriver en pasient som tidvis har ment at skjermingen ikke kan harmonisere med norsk lov eller menneskerettigheter og at pasienten har *”kommet med uttalelser som vitner om stor frustrasjon sett opp mot en følelse av å bli styrt og kontrollert som et barn”*. Til tross for dette har pasienten iblant og mot slutten av skjerming, gitt uttrykk for at det å bli skjermet kan føles trygt og at det kan være noe helt konkret å forholde seg til. Personalet har med andre ord flere forståelser av hvordan pasientene opplever å bli skjermet; de opplever hovedsakelig at pasientene er negative til skjerming, men de opplever også at noen er positive eller nøytralt innstilt.

6. Diskusjon

Funnene blir drøftet i samme rekkefølge som de ble lagt frem under resultatpresentasjonen. Kategoriene blir drøftet hver for seg, noen av underkategoriene blir samlet i felles kapitler for å skape bedre flyt. Studiens hovedfunn blir drøftet i et eget kapittel før man avslutter med noen etiske betraktninger.

6.1 Kontroll er viktigst

6.1.1 Begrensninger er et viktig element ved sikkerhetstenkningen

At personalet beskriver sikkerhet som den mest brukte begrunnelsen for skjerming og tiltak under skjerming stemmer overens med Norvoll (2007) sitt utsagn om at skjermingsmetoden det siste tiåret i økende grad har blitt relatert til volds- og sikkerhetsaspektet. Det handler om å forhindre utagering ved å redusere eskalerende uro og løse problemer i tilknytning til aggresjon, utagering og vold. Sikkerhetstenkningen gjenspeiler lovverket i den forstand at psykisk helsevernloven legitimerer skjerming ved utagerende atferd (Psykisk helsevernloven, 1999). Det er verdt å undre seg over at sikkerhet beskrives å ha en såpass sentral betydning for skjerming og tiltak under skjerming. Er det slik at sikkerhet prioriteres foran pasientens bedring og hva slags betydning har eventuelt dette for skjermingsmetoden. Det kan virke som personalet er bevisst sin maktbruk i den forstand at skjerming er sikkerhetsmessig nødvendig av hensyn til både medpasienter, personalet og pasienten selv. Sikkerhet for andre personer utenfor institusjonen er i fokus når personalet veier sannsynligheten for vold mot tilfeldige personer opp mot pasientens behov for frisk luft og fysisk aktivitet i form av å gå en tur. Her er personalet bevisste i sin maktbruk og veier tilfeldige personers sikkerhet opp mot pasientens behov. Det betydelige fokuset på sikkerhet bidrar til å knytte skjermingsmetoden nærmere en kontrollfunksjon og dette gjør at spenningen mellom skjerming som kontroll og behandling øker.

Begrensninger blir i denne studien beskrevet som en kontrollfunksjon. Det er blant annet begrensninger når det gjelder hva personalet gir til pasienten av postens eiendeler, for eksempel at pasienten ikke får tilgang til radio før stemningsleie er stabilt. Man begrenser også tilgang til pasientens personlige eiendeler. Det gjøres individuelle vurderinger (av hvor

mye som skal begrenses) og et eksempel er at pasienten kun får tilgang til egne klær vedkommende har på seg. Det kan virke som det blir gjort rutinemessig gjennomgang av eiendeler for å sikre at vedkommende ikke har noen risikogjenstander. Personalet beskriver ikke noe konkret om dette, men det er naturlig å anta at pasientene i utgangspunktet/ved innleggelse har tilgang til sine eiendeler og at det derfor er nødvendig med en gjennomgang for å sikre at pasienten ikke har risikogjenstander. Her inntreer psykisk helsevernloven § 4-6, som omhandler undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon. Det er underlig at personalet ikke beskriver dette, da det er en alvorlig inngripen. Det er en inngripen hvor det ifølge loven alltid skal fattes vedtak, selv om pasienten samtykker til tiltaket. I lovens forstand er det ikke tillatt med rutinemessige ransaking av bagasje, pasientrom eller kroppsvisitasjon i forkant av skjerming. Det er også slik at det skal være en begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand er eller vil bli forsøkt innført i institusjonen før en kan fatte vedtak (Helsedirektoratet, 2012b).

Det er derfor påfallende at det gjennom sitater kommer tydelig frem at personalet begrenser risikogjenstander – noe som krever en gjennomgang av pasienten, eiendeler og rom - uten at det står noe om hvordan en foretar denne begrensningen i praksis. Det får meg til å undre om institusjonen er klar over de strenge reglene ved gjennomgang av rom, eiendeler og kroppsvisitasjon eller om de unngår dem ved å basere seg på pasientens samtykke. Det siste er som nevnt ikke lov da vedtak skal fattes uansett, selv om pasienten samtykker. Hvis det er tilfelle at en eller flere av disse institusjonene unngår vedtak ved å basere seg på pasientens samtykke, er de nok likevel ikke alene om dette. Ifølge helsedirektoratet foregår det nemlig rutinemessig ransaking ved en del av landets akuttpsykiatriske avdelinger og direktoratet sendte derfor våren 2013 et brev til blant annet alle landets helseforetak hvor de redegjør for hvordan loven skal tolkes og poengterer at vedtak skal fattes uavhengig av samtykke eller ikke (Helsedirektoratet, 2013).

Flere informanter beskriver vedtak om begrenset forbindelse med omverden hvor det hovedsakelig handler om å begrense telefonbruk. Retten til fri kommunikasjon med omverden er et av de viktigste aspektene ved den menneskelige frihet (Sosial- og helsedepartementet, 1999). Det er derfor et sentralt funn at flere beskriver en begrensning i denne rettigheten ved skjerming. Denne og andre begrensninger tydeliggjør at skjerming innebærer tiltak hvor pasientene får store begrensninger i tilgang til hverdagslige og grunnleggende rettigheter. Dette gjelder alt fra røyk, radio, telefon, internett, tv, sende brev, tilgang til egne eiendeler,

osv. Bakgrunnen for disse begrensningene er at personalet ønsker orden og trygghet. Flere av tiltakene gjennomføres med hjemmel i psykisk helsevernloven og hvis nødvendig kan personalet benytte seg av fysisk makt for å få gjennomført vedtakene. Tiltakene som ikke er hjemlet i lovverk, som for eksempel røyketider, administreres gjennom husregler og opprettholdes ved at brudd på husregler i form av uro og utagering hvis nødvendig kan håndteres med ytterligere tvang hjemlet i loven. Det er en rundgang hvor personalet har store virkemidler til sin disposisjon og bruker dem til den hensikt å kontrollere pasienten på best mulig måte. En kan undre seg i hvor stor grad pasientens personlige integritet og medvirkningsmuligheter er vurdert av personalet i disse situasjonene. Det kommer tydelig frem i psykisk helsevernlovens § 4-2 og psykisk helsevernforskriftens § 15 at restriksjoner og tvang ikke skal være mer inngripende enn det som er strengt nødvendig for å ivareta de hensyn som ligger til grunn for tiltaket. Pasientens syn skal så langt det er mulig tas hensyn til og tiltak skal kun benyttes om det gir en så gunstig effekt at det oppveier ulempene med tiltaket.

6.1.2 Skjerming av hensyn til andre pasienter og grensesetting er sentrale elementer ved skjerming som kontrollfunksjon

At pasienter blir skjermet fordi de skaper uro, opprører og krangler med medpasienter er et funn som gjenspeiler lovverket; tiltaket gjøres av hensyn til andre pasienter. Atferden til pasientene som skjermes er ikke så ille at de er farlige eller utgjør en sikkerhetsrisiko, men atferden påvirker de andre pasientene på en negativ måte. Det kan være at uroen pasienten skaper i fellesmiljø bidrar til at de andre pasientene blir dårligere og at det kan forlenge bedringsprosessen. En angstfylt person med mistenksomhet og grensepsykotiske symptomer blir antageligvis ikke bedre av å høre fra en medpasient at barna er døde. Norvoll (2007) mener at urokriteriet knytter skjermingsmetoden mer eksplisitt til avvikende og urolig atferd, og til skjerming som en ordningsskapende metode på postene. Denne studien bekrefter dette utsagnet.

Hummelvoll (2004) skriver at hvis en har en urolig, manisk eller psykotisk pasient som skaper uro, må en ta stilling til om det er mer etisk forsvarlig å overføre pasienten til en skjermet enhet enn å la ham være i miljøet og samarbeide med de andre pasientene. Det må videre tas stilling til på hvilket grunnlag det eventuelt skal skje. Hvis pasienten får lov til å være i

miljøet må personalgruppen til en viss grad drøfte pasientens situasjon åpent med medpasientene. Det er viktig å huske at personalet har en klar forpliktelse til å ta vare på og beskytte den enkelte pasients integritet og verdighet, derfor må de gjøre en etisk vurdering av hvor grensen for avsløring av enkeltpasienters individuelle situasjon og problemer går. Det må understrekes at det er viktig med grundige og reflekterte diskusjoner før en velger å skjerme en pasient, det er tross alt et stort inngrep i bevegelsesfriheten til pasienten. Personalet bør derfor jevnlig stille spørsmål ved hva som er godt for den enkelte pasient og vurdere i hvilken grad det er riktig å la dette gå foran den øvrige pasientgruppens behov (Hummelvoll, 2004). En må også huske at pasienten skal gis så stor innflytelse som mulig før skjerming iverksettes (FPH, 2011). Det virker som personalet har gode begrunnelser for hvorfor de skjerner basert på eksemplene de gir.

Denne studien støtter til en viss grad tidligere teori og forskning om grensesetting som en tvetydig praksis; som både behandling og kontroll, dog legges hovedvekten i studien på kontrollaspektet. Dette kan ha sammenheng med hensikten bak grensesettingen. En kan se hovedsakelig to hensikter; Det første er sikkerhet. Et eksempel på dette er når personalet holder en pasient som nettopp har slått et personal. Beskyttelse mot stigmatisering er den andre hensikten, eksempelvis når personalet kommer med oppfordringer og korrigeringer på ukritisk atferd og begrenser tilgang til fellesområder. Vatne (2006) skriver at formålet med disse hensiktene er å oppnå kontroll, sikkerhet og trygghet gjennom å hindre at pasienter eller andre skal komme til skade/krenkes. Dette innebærer en ytre styring av pasienten gjennom ytre restriksjoner; det handler om å få pasienten til å endre atferd ut fra slik personalet oppfatter situasjonen. En kan da si at grensesettingen blir ensidig, dvs. den går fra hjelperen til pasienten og dette gir en ubalanse i maktforholdet i den forstand at hjelperen har mer makt.

6.2 Behandling er en viktig del av skjerming

6.2.1 Stimulusbegrensning fremskynder bedring

Stimulusbegrensning er et av de mest sentrale funnene, og etter sikkerhet er det den koden som kommer igjen flest ganger i materialet. Den brukes som både begrunnelse, mål, og tiltak, hvilket stemmer godt overens med tidligere teori og forskning. Jamfør Norvoll (2007) og flere lærebøker som beskriver de profesjonelle skjermingsideologiene, for eksempel Lorentzen, von Krogh og Island (1984). Et spennende funn er at stimulusbegrensning også blir beskrevet

i forbindelse med avslutning av skjerming. Det handler om en prosess hvor pasienten gradvis blir eksponert for stimuli. Eksempelvis vil pasienten litt etter litt få mer tid i fellesmiljø, turer ut, osv, for å se om pasienten kan mestre disse stimuli. Hensikten er å være sikker på at vedkommende kan mestre fellesmiljø med de stimuli det innebærer før en avslutter skjerming. Holte (2003) skriver også at skjerming bør trappes ned gradvis og at det bør hvile på en fortløpende dialog mellom pasient, personalet og behandler. Noen informanter beskriver at den gradvise tilnærmingen starter tidlig i skjermingsforløpet; det betyr at pasienten kanskje er fullt skjermet kun et par dager før de lar pasienten få økende stimuli i form av turer ut, spille bordtennis, hente mat i fellesmiljø, osv. Dette kan tyde på at visse stimuli i begrenset mengde ses på som positivt under skjerming. Det kan tolkes dit hen at stimulusbegrensning er en grunnleggende del av tankegangen ved postene, men at noen viser å tenke litt annerledes enn tradisjonelt. Dette innebærer blant annet en fleksibel tankegang i forhold til ulike typer stimuli. Selv om stimulusbegrensning er hovedtanken rundt skjerming som behandling, så tillater de positive stimuli som kan bidra til mestring og en følelse av mening i hverdagen for pasienten. Dette funnet kan til en viss grad ses i sammenheng med Andersen (2011) sitt funn; *alternativer til skjerming* som har til hensikt å endre skjermingspraksisen fra passivitet og rigiditet til aktivitet og dynamikk.

En av informantene er skeptisk til stimulusbegrensning over tid og stiller spørsmålstegn til om økt uro faktisk skyldes økt stimuli. I litteraturen er det beskrevet at stimulusbegrensning skal hjelpe pasienten til å få mer oversikt over situasjonen og redusere forvirring, angst og uro (Norvoll, 2007). Dette betyr at reduisering av stimuli skal bidra til mindre uro og en naturlig antagelse er da at økt stimuli bidrar til mer uro. Det er uansett viktig at personalet er reflekterte og stiller spørsmål ved måten behandlingen blir gjennomført på. Det er nemlig ved å stille spørsmål til etablerte diskurser at en kan endre praksis til det bedre. Det er viktig å være seg bevisst at stimulusbegrensning i praksis kan være en balansegang; hvis det blir for mye kan det oppleves som isolasjon for pasienten og skjermingen blir stimulusdeprimerende. Det er spennende å sammenligne denne informantens utsagns med beskrivelsene om en noe annerledes tankegang rundt stimulusideologien. En kan undre seg om det er en begynnende endring innenfor praksisfeltet som går i retning en mer fleksibel tankegang når det gjelder stimuli eksponering.

6.2.2 Struktur og intensiv personalkontakt styrker skjermingsmetodens terapeutiske fokus

At skjerming innebærer elementer av struktur stemmer overens med tidligere litteratur, jamfør blant annet Vaglum, Jørstad og Karterud (1984) og Norvoll (2007). Forskjellen mellom denne studiens funn og tidligere litteratur er at struktur i større grad er knyttet til behandling fordi struktur blir beskrevet som noe som bidrar til oversikt og mestring; det skal gi økt selvinnsikt og gjøre pasienten i bedre stand til å leve med sykdommen sin. I tidligere litteratur - for eksempel hos Norvoll (2007) – er struktur beskrevet i samme kategori som grensesetting og korrigerende av atferd og blir skapt ved blant annet omfattende husregler og et strukturert og begrenset miljø på skjerming. Struktur slik det er beskrevet i litteraturen kan minne om det som i denne studien har blitt definert som begrensninger; kontrolltiltak for å sørge for orden og trygghet. I denne studien forstås derimot struktur som et viktig element ved skjerming som *behandling*.

Underkategorien *skjerming er en del av behandlingen* handler om at skjerming iverksettes av behandlingsmessige hensyn. Dette gjenspeiler et av vilkårene i lovverket, jamfør psykisk helsevernloven § 4-3. Bakgrunnen for skjerming kan være psykotiske symptomer og skjerming blir iverksatt som et behandlingsmessig tiltak for disse symptomene. I studien sies ikke noe konkret om hva denne behandlingen innebærer, men det kommer tydelig frem at skjerming er en behandling som brukes ved forskjellige psykotiske tilstander og ved forhøyet stemningsleie. Tidligere forskning og litteratur bekrefter også at skjerming er en metode som brukes ved psykotiske og urolige tilstander, jamfør ideologien om stimulusbegrensning (Norvoll, 2007).

Intensiv personalkontakt innebærer at personalet enten er sammen med pasienten eller tilgjengelig innen kort avstand. Behandlingsaspektet er at tett oppfølging fra personalet gir pasienten en trygghet og beskyttelse. Dette kan hjelpe pasienten til å få mer oversikt og selvinnsikt i sin situasjon, som igjen bidrar til bedre mestring av sykdommen. Holte (2001, 2003) berører noe av det samme når han sier at ”vokterrollen” må erstattes av ”omsorgsrollen” med fokus på nærhet og forståelse for pasientens indre verden, basert på dialog. Norvoll (2007) sin ideologi ”*skjerming som beskyttelse og støtte*” er nært knyttet til kategorien intensiv personalkontakt, fordi det er en ideologi hvor tettere oppfølging fra personalet er en essensiell faktor. Kontinuitet i personalkontakten blir også beskrevet som

viktig, det handler om at gode relasjoner blir bygd raskere hvis pasienten kun forholder seg til noen få personal. Borg og Topor (2007) er inne på det samme når de skriver at kontinuitet handler om å møte samme person eller et fåtall personer over lengre tid. Relasjonen mellom personalet og pasienten er en grunnleggende faktor i en virksom miljøterapi (Stensrud, 2007). Det er derfor viktig med intensiv personalkontakt som er preget av kontinuitet for å kunne utøve god miljøterapeutisk behandling under skjerming. Intensiv personalkontakt må derfor sies å være et sentralt element ved skjerming som behandling og fokuset på trygghet og beskyttelse for pasienten bidrar til å nedtone kontrollaspektet og spenningen mellom skjerming som behandling og kontroll(tvang).

6.3 Skjerming er isolering fra fellesskapet

6.3.1 Korte avskjermingsperioder og skjerming på rom

Korte avskjermingsperioder kan best sammenlignes med det som i litteraturen beskrives som delvis skjerming (Hummelvoll, 2004). Det samsvarer også med lovverket fordi psykisk helsevernloven § 4-3 sier at skjerming innebærer å holde pasienten helt eller *delvis* atskilt fra medpasienter og personell (Psykisk helsevernloven, 1999). Det er viktig å bemerke seg at informantene beskriver korte avskjermingsperioder som en form for skjerming, og da må en handle deretter. Dette innebærer å fatte vedtak hvis skjermingen opprettholdes utover 24 timer. At personalet foreslår en form for skjerming som pasienten selv går med på, er ikke god nok begrunnelse til ikke å fatte vedtak. Når skjerming iverksettes skal det fattes vedtak uansett, selv om pasienten samtykker (Helsedirektoratet, 2012b). Vi har tidligere sett at rapportering av vedtak om skjerming er svært mangelfull og at en kan mistenke en del mørketall. Dette begrenser muligheten til å benytte rapporterte data til analyseformål og det har også betydning for arbeidet med å redusere tvang. Selv om dette er den formen for skjerming som er minst inngripende, er det likevel viktig at det følges opp på en faglig god måte og at vedtak blir fattet i henhold til lov. Det er viktig å poengtere at et vedtak sikrer pasientens rettssikkerhet i den forstand at lovens bestemmelser er knyttet opp mot materielle vilkår, til personellkompetanse (faglig ansvarlig for vedtak), saksbehandlingsregler og klagerett til kontrollkommisjonen. Disse rettssikkerhetsgarantiene bortfaller hvis tiltaket baseres på pasientens samtykke.

Skjerming på rom er en type skjerming som er beskrevet både i lovverk og tidligere litteratur. I psykisk helsevernforordningen står det at skjerming kan innebære at pasienten henvises til opphold på eget rom. At det står eksplisitt i lovverket kan være en grunn til at så mange bruker denne beskrivelse. Denne sammenhengen har en også sett ellers i materialet; at begrunnelsene for skjerming samsvarer ganske ordrett med lovverket. Det er bra at en forholder seg til loven, men faren med det er at man blir instrumentell. Derfor er det viktig å være bevisst at en alltid skal ha utdypende, gode og faglig reflekterte begrunnelser for hvorfor en skjerner. De fleste virker å ha dette, men det er viktig å poengtere det slik at loven ikke blir brukt som legitimering av skjerminger som ikke er nødvendige. Skjerming på rom er den type skjerming som blir beskrevet flest ganger i materialet. Det er en informant som beskriver skjerming på rom uten å fatte vedtak, dette er alvorlig og man viser til diskusjonen i forrige avsnitt hvor dette blir redegjort for.

6.3.2 Skjerming på eget skjermingsavsnitt og beltelegging

Opphold på eget skjermingsavsnitt er en type skjerming man finner beskrevet tidligere i både litteratur og lovverk. Det står for eksempel i psykisk helsevernforordningen at skjerming kan innebære at pasienten henvises til opphold i lokaler som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i avdelingen (skjermet enhet). Det er viktig å være bevisst at opphold på eget skjermingsavsnitt i utgangspunktet krever at en fatter vedtak hvis skjerming opprettholdes utover 12 timer. Det må vurderes om skjermingen innebærer en betydelig endring av pasientens omgivelser eller bevegelsesfrihet, dette betyr at en må sammenligne pasientens situasjon under skjerming og uten slike tiltak. Ifølge psykisk helsevernforordningen vil sentrale momenter i denne vurderingen være hvilke restriksjoner pasienten blir underlagt, for eksempel om det settes strenge begrensninger for tilgang til bestemte ting eller utgangsmuligheter, og hvordan lokalet skjermingen gjennomføres i er innredet (Helsedirektoratet, 2012b). I praksis vil det være mest ryddig å fatte vedtak innen 12 timer når en pasient skjermes på skjermingsavsnitt, teoretisk sett er det mulig å avvete i 24 timer hvis pasientens situasjon blir endret i liten grad. Det kan for eksempel være at pasienten har tilgang til fellesmiljø under alle måltider, muligheter til å gå tur på området med følge når en ønsker det og at skjermingslokale egentlig er ganske likt avdelingen for øvrig. Da kan en - hvis det er ønskelig - avvete i 24 timer før en fatter vedtak. Det er ryddig og faglig profesjonelt å fatte vedtak rasktest mulig i etterkant av at skjerming er iverksatt.

Det er et spennende funn at beltelegging blir beskrevet som en form for skjerming, fordi i lovens forstand er beltelegging beskrevet som et tvangsmiddel, jf psykisk helsevernloven § 4-8 a. Erfaringsmessig ville en selv ha beskrevet beltelegging som et tvangsmiddel det iblant er nødvendig å bruke under skjerming for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre. At det er et tiltak en bruker kun hvis det er uomgjengelig nødvendig – et tiltak som også brukes utenom skjerming – men som ikke er en del av selve skjermingen. Etter å ha analysert resultatene i denne studien forstår man hvorfor informantene tenker på beltelegging som en del av skjerming, faktum er at beltelegging blir benyttet ved en del skjerminger. Det virker også å være slik at pasienten i forbindelse med beltelegging ofte blir skjermet en kort periode i etterkant, selv om vedkommende ikke var skjermet i forkant av beltelegging. Bakgrunnen for dette er å skape en gradvis og trygg overgang fra belter til fellesmiljø og omgang med andre pasienter. Hvis dette er tilfelle bidrar det til å knytte beltelegging nærmere skjermingsbegrepet. Til tross for dette er det ryddig å si at beltelegging er noe som forekommer under skjerming og at det ikke er en del av selve skjermingen. Hvis en skal bevare skjerming som et fruktbart begrep er det viktig at det ikke blir utvannet ved at det blir et slags ”catch all” begrep. At noen av informantene beskriver beltelegging som en del av skjerming forsterker kontrollaspektet ved skjermingsmetoden. Beltelegging er det tiltaket under skjerming hvor isolering er høyest. Det er viktig å være klar over at tvangsmidler kun skal benyttes i nødrettslignende situasjoner og at det er forbudt å bruke det i behandlingsøyemed (Helsedirektoratet, 2012b). Når beltelegging blir nødvendig er det viktig å ha fokus på relasjonen og arbeidet med å være tilstede på en god og hensiktsmessig måte gjennom hele belteleggingsprosessen. Det handler om å vise omsorg, å forklare på en god måte hvorfor en handler som en gjør og være tilstede som et medmenneske for pasienten. Dette bidrar forhåpentligvis til å ufarliggjøre belteleggingsprosessen i den grad det er mulig og at en har et godt utgangspunkt for videre miljøterapeutisk arbeid.

6.4 Etisk refleksjon er vesentlig

6.4.1 Skjerming av frivillig innlagte fører til etiske dilemma

Det er et grunnleggende rettssikkerhetsprinsipp at en pasient som legger seg inn på frivillig basis skal kunne skrive seg ut når vedkommende ønsker det. Dette gjelder også om pasienten blir skjermet. En bør faktisk være ekstra bevisst under skjerming fordi pasienten kan føle seg

underlagt tvang. Utgangsdøren er gjerne låst og pasienten blir ofte henvist til rom. Når personalet sier at pasienten behandles som tvangsinnlagt til tross for en frivillig innleggelse kan en også undre seg over hvor enkelt det er å si fra at en vil ut. Det kan være at pasientene er redd for å bli utsatt for ytterligere tvang og derfor velger å samarbeide. Når personalet skriver at en frivillig innlagt pasient blir behandlet som om hun var tvangsinnlagt kan en stille spørsmål til hvor godt de kjenner lovverket. Mener de pasientens opplevelse eller mener de at de tvangsbehandler en pasient til tross for at de ikke har hjemmel i lovverk til dette? Det er viktig at personalet er oppdaterte på lovverket for å unngå dette. I psykisk helsevernloven § 3.4 er det et forbud mot overføring fra frivillig til tvunget psykisk helsevern. Det såkalte konverteringsforbudet er begrunnet i hensynet til at pasienter ikke skal unngå å oppsøke behandling i det psykiske helsevernet i frykt for å bli tvangsinnlagt. Dette betyr at selv om pasientens psykiske tilstand oppfyller kravene for tvunget psykisk helsevern i psykisk helsevernloven § 3.3, kan institusjonen ikke nekte pasienten utskrivelse hvis vedkommende er innlagt på frivillig paragraf. Hvis institusjonen skal kunne overføre pasienten fra frivillig til tvunget psykisk helsevern må pasienten utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (Psykisk helsevernloven, 1999). Hvis pasienten ikke utgjør en slik fare må institusjonen skrive ut pasienten når han ber om utskrivelse.

Det oppstår en rettslig problemstilling når en frivillig innlagt pasient som blir skjermet ønsker å forlate institusjonen. I utgangspunktet skal pasienten ha en reell rett og mulighet til å forlate institusjonen hvis vedkommende ønsker det. Det er helt naturlig at dette fører til dilemmaer for personalet. Selv om pasienten ikke utgjør en alvorlig fare for eget eller andres liv, kan det være at han er såpass dårlig at de er alvorlig bekymret for å skrive han ut. Personalet står da i en situasjon hvor de må velge mellom to eller flere alternativer, hvor ingen av alternativene synes å gi en tilfredsstillende løsning på problemet. De har et etisk dilemma, det oppstår når to eller flere etiske regler, prinsipper eller plikter kommer i konflikt med hverandre (Hummelvoll, 2004). Her er det hovedsakelig to etiske plikter som kommer i konflikt med hverandre. På den ene siden handler det om plikten til å følge lovverket, hvilket er en plikt som handler om å være sann/du skal ikke lyve, det er ikke lov å bryte loven. På den andre siden handler det om plikten til alltid å hjelpe et menneske i nød. For personalet er det tydelig at pasienten lider, og de mener det vil bli enda verre ved utskrivelse. De ønsker derfor å hjelpe.

Det er flere informanter som ikke sier noe om hva slags handlingsalternativ de valgte. En informant sier at pasienten ble påminnet at det er fare for at hun vil bli lagt inn igjen etter kort tid og da med tvang hvis hun skriver seg ut. Pasienten valgte da å bli værende på institusjonen. Ved å fortelle pasienten dette oppnådde personalet målet sitt og fikk pasienten til å bli på skjerming for videre behandling og ivaretagelse. Det er mulig at personalet har tenkt konsekvensetisk og vært utilitaristiske i den forstand at de mente dette var det handlingsalternativet som førte til maksimalt gode konsekvenser (Barbosa da Silva, 2006). Et sentralt spørsmål er i hvor stor grad det faktisk er snakk om frivillighet. Det er nærliggende å tenke at personalet bruker sin makt for å unngå at pasienten skriver seg ut. Weber (1990) skriver at makt ikke trenger å utøves for at den skal være til stede, men gjenvinnes i selve muligheten for å få gjennomført viljen sin. Det er nettopp det personalet gjør her ved å få pasienten til å forestille seg hva som vil skje hvis hun skriver seg ut; nemlig en tvangsinnleggelse. Det kan tenkes at pasienten har bitre erfaringer med tvangsinnleggelse fra tidligere og ønsker å unngå dette for enhver pris. Til tross for at hun ønsker å skrive seg ut blir hun værende for å unngå en uønsket tvangsinnleggelse på senere tidspunkt. I praksis blir dette en innleggelse som egentlig ikke er frivillig fordi personalet har brukt sin makt og manipulert pasienten til å være innlagt på institusjonen; manipulasjon er en form for misbruk av makt som kan føre til at pasienten får en opplevelse av å bli utsatt for tvang, *opplevd tvang* (Haugom, 2012). En må være klar over at dette kan være en form for makt personalet ikke er bevisste på, de handler ofte i pasientens beste. All tvang må registreres ved at det blir fattet et vedtak om tvangsinnleggelse når pasienter er ved en institusjon i mot sin vilje. Det er viktig med statistikk som stemmer og så få mørketall som mulig hvis en skal kunne redusere bruk av tvang i psykisk helsevern.

I lignende tilfeller har det ved noen institusjoner blitt praktisert at en formelt skriver pasienten ut fra institusjonen (opphever det frivillige vernet), etterfulgt av en uavhengig vurdering av for eksempel legevakt. Det kan være at legevakt kommer til institusjonen og vurderer eller at en møtes på et såkalt nøytralt lokale på institusjonsområdet. Her er det viktig å være klar over at psykisk helsevernloven som hovedregel sier at det ikke kan iverksettes en prosess for etablering av tvunget vern, herunder forutgående legeundersøkelse i henhold til lovens § 3-3 første ledd nr. 2 og § 3-1, før det frivillige vernet er opphevet i form av en utskrivelse som innebærer en realitet for pasienten. En utskrivelse kan vanskelig vurderes som reell dersom pasienten hentes tilbake rett utenfor institusjonen, noen kvartal unna eller dersom pasienten

blir transportert direkte til legevakt for legeundersøkelse (jf. § 3-1) og deretter tilbake til institusjonen (Helsedirektoratet, 2012b).

Kravet til realitet innebærer ikke en forutsetning om at pasienten faktisk forlater institusjonen før etableringsprosessen iverksettes, men vedkommende må få en anledning. Hvis pasienten velger å forlate institusjonen er den beste løsningen å sikre at pasienten får forsvarlig oppfølging fra andre instanser i helsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Loven sier at det må være anledning til å iverksette relativt raske tiltak for å få etablert tvunget psykisk helsevern i de tilfeller der pasienten vurderes å oppfylle vilkårene for dette (Helsedirektoratet, 2012b). Dette betyr at personalet ved institusjonen kan samarbeide med de instansene som skal følge opp pasienten, så sant taushetsplikten gjør dette mulig. På den måten sørger de for forsvarlig oppfølging og ivaretagelse av pasienten ved utskrivning, samtidig som de sørger for at tvunget psykisk helsevern blir opprettet relativt raskt om det er nødvendig. Hvis pasienten ønsker å være ved institusjonen, men motsetter seg behandling, vil kravet til realitet oppfylles ved at pasienten informeres om sin rett til å forlate institusjonen og gis rimelig tid til å overveie dette (Helsedirektoratet, 2012b). Her er det viktig å spille med åpne kort og gi pasienten tydelige beskjeder slik at en ikke misforstår hverandre. Når rimelig tid er gitt vurderes dette å være en reell utskrivelse og legevakt kan komme til institusjonen for vurdering av eventuelt tvunget psykisk helsevern.

6.4.2 Personalet opplever skjerming som en etisk utfordring som berører dem

Det er en normal reaksjon å bli personlig berørt i de situasjonene personalet beskriver. Dette er situasjoner hvor de fleste mennesker nok ville kjent på vanskelige følelser. Det å holde igjen døren når noen gjør alt de kan for å komme seg ut er utfordrende både fysisk og psykisk. Å tvangsmedisinere en pasient som gjør alt han kan for å unngå dette er en alvorlig situasjon hvor det er helt naturlig å bli berørt. Det hadde vært merkelig hvis personalet ikke hadde sagt noe om hvordan disse situasjonene påvirker dem. Når personalet beskriver å bli berørt på den måten de gjør, viser de en etisk bevissthet i alvorlige situasjoner hvor både tvang og makt blir utøvd mot pasienter. Personalet beskriver at de er klar over at de har en del makt og nødvendigheten av ikke å misbruke den. Dette er viktig, fordi det psykiske helsevesenet har en spesiell mulighet til å utøve makt med store virkemidler for atferdskontroll til sin rådighet (Norvoll, 2002). Det kan være fornuftig å reflektere rundt dette med jevne mellomrom for å

bevisstgjøre sine egne og kollegers handlinger i ulike situasjoner. På denne måten kan man bli enda bedre til å identifisere og forebygge maktbruk i psykisk helsearbeid.

En annen situasjon som berører personalet er at de synes det er ubehagelig å se hvor plaget pasienten er når man ikke har en god nok løsning. Dette er et etisk dilemma hvor det ikke finnes noen optimal løsning, uansett hva en velger så følger det med noen onder. Det er for eksempel vanskelig å finne en tilfredsstillende løsning når pasienten utagerer og går til angrep på personalet; man må forsvare seg for å unngå å bli skadet, men man ønsker heller ikke å tvangsmedisinere, beltelegge eller skade pasienten. Personalet beskriver at de forsøker frivillighet så langt det er mulig, imidlertid må man iblant benytte seg av tvangsmidler for å sikre både personalet, andre pasienter og pasienten selv. Hvis man vurderer håndtering av disse situasjonene ut ifra dydsetikken legges det vekt på at en streber etter å være et menneske med gode karakteregenskaper og dyder (Barbosa da Silva, 2006). At personalet blir berørt i disse situasjonene underbygger en slik etisk holdning. Beskrivelser av situasjoner hvor de ikke har en god nok løsning er et bevis på at de er etisk reflekterte og innser at det ikke finnes noe fullt tilfredsstillende og optimalt handlingsalternativ. Dette tyder på at personalet har en *klokskap* som ikke hadde vært til stede om de bare hadde handlet uten å reflektere over hva som er mest forsvarlig. Aristoteles mente at *klokskap* var den viktigste dyden fordi den hjelper en til å bedømme, avveie og velge den gyldne middelvei mellom to helt etisk uakseptable handlinger (Barbosa da Silva, 2006). *Klokskap* må derfor sies å være en nødvendig og viktig dyd i utførelsen av psykisk helsearbeid ovenfor pasienter som blir skjermet.

6.4.3 Personalet opplever at pasientene hovedsakelig er negative til skjerming

At personalet opplever pasientene som hovedsakelig negative til skjerming stemmer forholdsvis godt overens med tidligere forskning. Holte (2003) skriver for eksempel at personalet er ganske samstemte om at skjerming må oppleves som straff for pasienten. At personalet opplever pasientene som negative til skjerming betyr ikke nødvendigvis at pasientene har eksakt samme opplevelse. Tidligere forskning viser at pasientens opplevelse av skjerming er forskjellig. Noen har positive opplevelser, andre negative, og det er også vanlig med motstridende opplevelser (Karlsson, 2004). De motstridende opplevelsene kommer til uttrykk i denne studien når informantene beskriver pasienter som muntlig forteller at de er uenig i skjerming som behandling, samtidig som de samarbeider godt under gjennomføring av skjerming. Det får en til å undre over hvorfor pasientene samarbeider selv om de er negativt

innstilt til skjerming; kan det være at de er redd sanksjoner og ikke tør annet enn å samarbeide?

En informant beskriver en pasient som er negativ til skjerming og mener det ikke kan harmonisere med menneskerettigheter, for så å endre mening underveis i behandlingen og gi uttrykk for at det føles trygt og er noe helt konkret å forholde seg til. Det kan være flere grunner til at pasienten først er negativ til skjerming for så å skifte mening i løpet av innleggelsen. Det kan selvfølgelig være at pasienten først er veldig dårlig og at han derfor er ambivalent, at han ofte skifter mening. I dette tilfellet er det spesielt mot slutten av oppholdet at pasienten endrer mening. En mulig grunn kan derfor være den behandlingsmessige effekten av skjerming, fordi den tette personalkontakten som skjerming innebærer betyr at det over tid vil bli etablert nære relasjoner. Disse kan selvfølgelig være både gode og dårlige avhengig av hvordan personal og pasient kommer overens. Det kan tenkes at pasienten i starten av oppholdet var både urolig og redd og hadde en følelse av å få sin personlige integritet krenket. En god relasjon som bidro til trygge omgivelser kan underveis ha endret pasientens meninger og i slutten av oppholdet gir pasienten uttrykk for at det å bli skjermet kan føles trygt og at det kan være noe helt konkret å forholde seg til. Den behandlingsmessige effekten er at pasienten ved tett personalkontakt føler seg såpass trygg at han ser effekten av å kunne bli skjermet i trygge omgivelser og ha noe konkret å forholde seg til i en dårlig fase av sin sykdom. En kan si at pasienten har fått økt selvvinnsikt.

6.5 Skjerming er en tvetydig praksis

I diskusjonsdelen har en så langt sett at miljøpersonalet beskriver og vurderer skjerming på forskjellige måter. Mye av funnene stemmer overens med tidligere teori mens noe er spesielt i den forstand at det er lite beskrevet tidligere. Den tydelige spenningen mellom behandling og kontroll må sies å være en del av hovedfunnet i denne studien. Dette er et funn som stemmer godt overens med tidligere forskning og litteratur; både Vatne (2006) og Norvoll (2007) skriver om dette. Utfordringen blir å finne en balansegang i denne spenningen, hvor en balanserer sikkerhetshensynene med en tillitsbasert, god og fruktbar miljøterapi. Krogstad (1998) skriver at psykiatrien i alle fall har to til dels motstridende funksjoner: hjelperfunksjonen og kontrollfunksjonen. Dette handler om at psykiatrien ønsker å være en kontrollfunksjon på vegne av samfunnet samtidig som de også ønsker å være i en hjelperolle hvor en skal sikre pasienten god behandling. Disse to motstridene funksjonene kommer

tydelig frem i denne studiens funn. En kan derfor si at studiens funn bringer frem et sentralt dilemma for miljøterapi under skjerming; nemlig det å skape et miljø som sikrer vekst og behandling samtidig som en ivaretar behovet for struktur og sikkerhet.

Et sentralt element i denne forbindelse er at når en har fokus på sikkerhet, blir det ofte brukt tvang og makt; det har vi sett eksempler på tidligere. Dette har stor innvirkning på relasjonene mellom personalet og pasientene. I utgangspunktet er makt og tvangsbruk ikke ønskelig i seg selv, men i visse situasjoner må den utøves for å forhindre verre skade for personen selv eller omgivelsene (Norvoll, 2002). Makt og tvang kan være både positivt og negativt. Det kan være positivt hvis det brukes til å hjelpe pasienten ved å forhindre skade og gi vedkommende trygghet. Hvis personalet benytter seg av makten sin for å få gjennomslag for behandlingstiltak, kan det ofte være negativt. Unntaket kan være i de tilfellene personalet handler med utgangspunkt i en genuin eller ønsket paternalisme (Holte, 2003). Når personalet benytter seg av makten sin på en negativ måte kan det føre til en tingliggjøring av pasienten. Man får en relasjon preget av et subjekt-objekt forhold. Disse relasjonene kjennetegnes av at det ikke er noen gjensidighet; en snakker til, og ikke med den andre (Barbosa da Silva, 2006). Relasjoner hvor den ene parten blir betraktet som et objekt, kjennetegnes ved at en av partene(personalet) har større makt, det er en asymmetrisk relasjon. Pasientene blir stående i en avmaktposisjon. Dette kan være tilfelle når kontroll er det styrende element under skjerming. Da er det vanskelig å gjennomføre en god miljøterapi. Pasienten må derfor myndiggjøres og en må ivareta elementene ved behandling, til tross for at kontroll blir beskrevet som viktigst.

Relasjonen er beskrevet som en grunnleggende faktor i miljøterapi (Stensrud, 2007) og er et viktig element ved behandling under skjerming. Derfor er relasjonskompetanse viktig. For å unngå objektivering er det viktig at personalet forstår og samhandler med pasientene på en god og hensiktsmessig måte. Det handler om å kjenne seg selv, den andre, og ikke minst forstå hva som skjer i samhandlingen dere i mellom (Røkenes & Hanssen, 2002). Dette er viktig fordi det er de menneskelige møtene som er helt avgjørende for bedringsprosessen, og instrumentaliseringen(objektivering) av relasjonene utgjør en trussel for disse møtene (Kogstad, 2011). Personalet på skjerming må fokusere på at det er ”jeg” som skal møte ”du” – ikke ”det” (Buber, 1992). Sammen må en arbeide om noe tredje, nemlig saksforholdet. Dette krever en *treledda relasjon* hvor både pasienten og personalet er deltaker; ”Vi har her ein treledda relasjon, mellom den andre, meg og sakstilhøve som er slik at vi deler sakstilhøvet

med hverandre” (Skjervheim, 1996, s. 1). En må inngå reelle samarbeidsrelasjoner hvor pasienten har stor innflytelse på tilbudet (Borg, 2004). Dette krever at både personalet og pasienten tar et brukerperspektiv. For pasienten sin del krever dette at vedkommende ser verdien av og har mot og krefter til deltakelse og en aktiv rolle. Avmaktsrollen er et hinder som må overvinnnes. Det betyr at personalet må anerkjenne at det er pasienten selv som erfarer konsekvensene av den psykiske lidelse; gjennom sine egne subjektive opplevelser. Dette innebærer at det er pasienten som vet best hva som skal til for å få et bedre liv (Borg, 2004). En må myndiggjøre pasienten; den asymmetriske relasjonen må bevege seg mer i retning en symmetrisk relasjon. Dette betyr ikke nødvendigvis at personalet skal ha mindre makt, men pasientens kunnskaper må benyttes ved at en etablerer relasjoner hvor pasienten har mer reell makt og medvirkning. Den kommunikative makten bør være et ideal hvor personalet og pasienten i fellesskap søker de riktige normene for sosialt fellesskap – deriblant behandlingsregime - under skjerming (Engelstad, 1999). Å bygge opp virksomme relasjoner er viktig i arbeidet med å myndiggjøre pasienter. Dette er relasjoner hvor spørsmålet om hvem som definerer kunnskapen i større grad er oppe til forhandling. Dette betyr at institusjonen ikke er styrt av diskurser hvor det er personalet som definerer virkeligheten; hva som er sant. Det er ikke personalet som sitter med modellmakten og den symbolske makten. Derimot kommer pasienten og personalet sammen frem til hva som er sant og hva som er riktig behandling. Dette skjer gjennom relasjoner hvor pasienten blir sett og møtt som en person med evner og ferdigheter og ikke som en kronisk psykiatrisk pasient (Borg, 2004)

6.6 Avsluttende etisk betraktning

Etiske aspekter har vært gjennomgående i studiens funn i den forstand at informantene har beskrevet etiske aspekter ved flere av underkategoriene i tillegg til at det også er en egen hovedkategori som omhandler etikk. Etikken blir viktig i spennet mellom kontroll og behandling, blant annet fordi kontrollaspektet fører med seg bruk av makt og tvang. Dette kan som vi så i forrige kapittel føre til at personalet forholder seg til pasientene som objekter. Hvis en analyserer dette med Kant sitt kategoriske imperativ som referanseramme kan en tenke seg at disse relasjonene fører til at pasienten blir betraktet som et middel og ikke et mål i seg selv. Pasienten blir et middel for personalets yrkesutøvelse i den forstand at personalet vet hva som er riktig behandling og tvinger dette over på pasienten. Dette er i strid med det kategoriske imperativ som sier at mennesket er et formål i seg selv. Ifølge Kant har mennesket en verdi i seg selv. Kant mente at ting kan være et formål for mennesket, men

mennesket kan ikke være formål for noe høyere. Derfor eksisterer mennesket, og overhodet ethvert fornuftig vesen som formål i seg selv, og ikke kun som middel til tilfeldig bruk for andre (Storheim, 1980). Mennesket er som fornuftige vesener i stand til å være selvlovgivere. Dette betyr at mennesket kun adlyder de etiske lover og prinsipper som det gir seg selv – lover og prinsipper mennesket selv er opphav til i kraft av å være et fornuftsvesen (Henriksen & Vetlesen, 2006). Autonomi blir av Kant koblet til fornuften. Det som menes med dette er at mennesket er i stand til å tenke ut og ta stilling til ulike handlingsalternativer, å velge et av alternativene og realisere det (Barbosa da Silva, 2006). Med dette som bakgrunn kan en tenke at mennesket(pasienten) er i stand til å ta stilling til og velge mellom ulike behandlingsalternativer. Studiens funn viser at dette ikke er like enkelt i praksis; psykotiske, maniske, alvorlig depressive og suicidale pasienter kan ha svekket evne til å hevde sin autonomi og ta fornuftige valg. Dette handler om at alvorlig dårlige pasienter i en periode ikke vet hva som er sitt eget beste og er avhengig av at personalet ivaretar dem. Når personalet skal ta avgjørelser på vegne av pasienter er det viktig at disse er forankret i det Holte (2003) beskriver som en genuin eller ønsker paternalisme. Den er preget av en lyttende, undrende og dialogøkende holdning. Det er viktig å være klar over at personalet kun vikarierer når de ivaretar pasientens autonomi; straks pasienten er i stand til det skal vedkommende selv ta over styring. I praksis kan dette skje gradvis – fordi pasientens bedring foregår gradvis – ved at pasienten får stadig større selvbestemmelse. Når pasientens autonomi er på utlån til personalet er det viktig å ivareta menneskeverdet og pasientens personlige integritet. Filosofen Tore Frost (2007) er kritisk til de som knytter egenverdet opp mot autonomi. Konsekvenser av dette er ifølge Frost at vår egenverdi som menneske ikke lenger vil ha karakter av å være absolutt (Barbosa da Silva, 2006). Frost (2007) mener derfor at vi i større grad må rette fokus mot hva som styrker integriteten i stedet for hva som ivaretar autonomi. Poenget er at autonomien i perioder kan vike, at personalet må ta over. Respekten for den personlige integriteten derimot viker aldri plass.

Studiens funn viser at det er viktig med etisk refleksjon for å manøvrere seg gjennom daglige dilemma. For å unngå at makt blir negativt og brukt uhensiktmessig er det viktig at personalet er seg bevisst sitt ansvar når det gjelder hvordan de benytter den makten de er i besittelse av. Personalet står daglig ovenfor dilemmaer i forhold til når og hvordan de skal bruke makt. Derfor må det jobbes med å utvikle et godt vurderingsgrunnlag og en kritisk refleksjonspraksis hos personalet (Norvoll, 2002).

7. Konklusjon

Miljøpersonalet på psykiatriske sykehus beskriver og vurderer skjerming på forskjellige måter. Studiens hovedfunn viser at skjerming forstås som en tvetydig praksis; det kan forstås på flere måter. Det er en gjennomgående spenning mellom kontroll og behandling, hvor kontroll beskrives å være den viktigste faktoren. Det blir beskrevet viktige behandlingsmessige/terapeutiske elementer som intensiv personalkontakt, stimulusbegrensning og struktur. Sikkerhet, begrensninger, grensesetting og skjerming av urolige pasienter er kontrollfunksjoner som beskrives å være viktigere enn de behandlingsmessige elementene. Isolering blir av personalet beskrevet som et sentralt element ved skjerming og de beskriver forskjellige grader; korte avskjermingsperioder, skjerming på rom, skjerming på eget skjermingsavsnitt og beltelegging. Etisk refleksjon beskrives å være en vesentlig del av skjerming. Det handler blant annet om at personalet opplever skjerming som en etisk utfordring som berører dem. Skjerming av frivillig innlagte er eksempelvis et etisk dilemma som byr på utfordringer. Personalet beskriver også at de opplever pasientene som hovedsakelig negative til skjerming. I spenningen mellom kontroll og behandling oppstår det flere utfordringer for personalet. Bruk av makt og tvang er den viktigste og dette påvirker behandlingsrelasjonen. Et sentralt dilemma blir å skape et miljø som sikrer vekst og behandling samtidig som behovet for struktur og sikkerhet blir ivaretatt. Dette må gjøres ved å myndiggjøre pasienten og ha fokus på de behandlingsmessige elementene. Pasienten må møtes som et medmenneske som selv vet hva som skal til for å få et bedre liv (Borg, 2004).

Forskeren er av den oppfatning at denne studien har besvart hensikt og problemstilling i den forstand at en har presentert funn som viser hvordan miljøpersonalet ved psykiatriske sykehus beskriver og vurderer skjerming. En har også presentert og drøftet sentrale etiske implikasjoner ved skjerming. Terapeutiske grunner ved skjerming har også blitt presentert. En kan undre seg over hvilken særegen *terapeutisk* effekt skjerming har siden flere av de terapeutiske elementene også må sies å være elementer som enkelt kan iverksettes i et vanlig postmiljø uten nødvendigvis å måtte skjerme pasienten. Eksempelvis intensiv personalkontakt og struktur.

7.1 Anbefalinger for videre forskning

Denne studien handler om personalets beskrivelser og vurderinger av skjerming og har gitt et godt bilde av deres erfaringer med skjerming. Videre forskning bør fokusere på å løfte frem tidligere pasienters opplevelser med skjerming. Dette er en type forskningsbasert kunnskap det ikke finnes mye av i dag. Det er naturlig å tenke at en da kan finne andre viktige aspekter og dette kan bidra til en bredere forståelse av skjerming. Pasientenes ulike opplevelser av skjerming og personalets beskrivelse av spenningen mellom kontroll og behandling gir også grunn til å peke på behovet for mer forskning rundt skjermingens terapeutiske effekt. Beskrivelsene av frivillig innlagte pasienter som skjermes og behandles som de er tvangsinnlagt gir grunn til å peke på behovet for mer forskning rundt forebyggende strategier i fellesmiljøet hvor relasjonen mellom pasient og personal bør være en del av forskningen.

Det er forskerens håp at denne studien er et lite bidrag i diskusjonen om hva skjerming egentlig er og hvordan det utøves. En håper videre at funnene kan bidra til en mer reflektert og bevisst praksis. Dette vil komme pasientene til gode.

Litteraturliste

- Andersen, K. (2011). *Skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling: en studie av noen sykepleieres erfaringer*. Oslo: K. Andersen.
- Askheim, O. P., Starrin, B., & Heyerdahl, C. H. (2007). *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barbosa da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjerkan, A. M., Lilleeng, S., & Pedersen, P. B. (2009). *Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne, 2003 og 2007* (Vol. A11409). Trondheim: SINTEF.
- Bjørkly, S. (1995). Open-area seclusion in the long term treatment of aggressive and disruptive psychotic patients, an introduction to a ward procedure. *Psychological Reports*, 76, 147 – 157.
- Bjørkly, S., Knutzen, M., Furre, A., & Sandvik, L. (2011). *Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2009* (s. 78 s.): Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helseregion Sør-Øst CY - Oslo.
- Borg, M. (2004). Endringsagenter og barrierebrytere. Behov for en ny hjelperolle? . *Ergoterapeuten*, Nr. 6.
- Borg, M., & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforl.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolisk makt: artikler i utvalg*. Oslo: Pax.
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C., & Carr-Walker, P. (2004). Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Education Today*, 24, 435-442.
- Brink, P. J., & Wood, M. J. (1998). *Advanced design in nursing research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Buber, M. (1992). *Jeg og du*. Oslo: Cappelen.
- Clemetsen, D., & Bernt, J. F. (1988). *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke* (Vol. 1988:8). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Delaney, K. R. (1997). Milieu Therapy: A Therapeutic Loophole. *Perspectives in Psychiatric Care*, 33(2), 19-28.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Engelstad, F. (Red.). (1999). *Om makt: teori og kritikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften). FOR-2011-12-16-1258.
- Forskrift om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvunget psykisk helsevern av 3. november 2000, § 4, g.
- Foucault, M. (1995). *Seksualitetens historie, 1, Viljen til viten*. Halden: EXIL.
- Foucault, M. (1999). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal.
- Frost, T (2007). *Selvbestemmelse eller medbestemmelse*. Presentert ved forelesning på Høgskolen i Hedmark, Elverum, Norge.
- Geanellos, R. (2000). The milieu and milieu therapy in adolescent mental health nursing. *The international journal of psychiatric nursing research*, 5(3), 638-648.

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Haugom, E. W. (2012). *En drøftning av sammenhengen mellom behandlingsrelasjonen og opplevd tvang i psykisk helsevern*. Elverum: E. W. Haugom.
- Helse- og omsorgsdepartement (2006). *Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.* (Ot. prp nr 65, 2005-2006). Oslo: Departementet.
- Helsedirektoratet (2010). *Bruk av tvang i psykiskhelsevern for voksne i 2009*. (Rundskriv IS-1861). Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet (2012a). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2011*. (Rundskriv, IS-2035). Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet. (2012b). *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer*. (Rundskriv IS-9/2012). Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet.(2013). *Rutinemessig ransaking av pasienter i det psykiske helsevernet*. Lokalisert på:
<http://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMHO/Helse%20og%20omsorg/Brev%20fr%C3%A5%20andre/2013%20Helsedirektoratet%20-%20Vedr%C3%B8rende%20rutinemessig%20ransaking%20av%20pasienter%20i%20Odet%20psykiske%20helsevernet.pdf?epslanguage=nn>
- Helseforskningsloven, LOV-2008-06-20-44. (2008).
- Helsetilsynet (2006). *Bruk av tvang i psykisk helsevern*. (Rep. No. 4/2006).
- Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Holte, J. S. (2000). *Skjerming: teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring* (Vol. nr 2-2000). Elverum: Høgskolen.
- Holte, J. S. (2001). *"Som en livbøye i et opprørt hav..." : skjerming - teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring* (Vol. nr 4-2001). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Holte, J. S. (2003). *Skjerming : utvikling av en begrunnet praksis* (s. S. 117-146). Oslo: Universitetsforl.
- Holte, J.S. (2003): *Skjerming – utvikling av en begrunnet praksis*. I: Hummelvoll, J.K. (red): *Kunnskapsdannelse i praksis*. Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012a). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012b). *Paradigmebegrepet og vitenskapssyn*. [Utdelte forlesningsnotater]. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Husum, T. L., Pedersen, P. B., Hatlig, T. (2005). *Analyse av tvang i psykisk helsevern*. (Rapport nr.: STF78 A055022). Oslo: SINTEF Helse.
- Høibraaten, H. (1999): *Kommunikativ makt og sanksjonsbasert makt hos Jürgen Habermas*. I:Engelstad, F. (red): *Om makt. Teori og kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Karlsson, B. (2004). *Mani som fenomen og lidelse : pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo.
- Kogstad, R. (2011). *Fortellinger fra andre posisjoner : med brukererfaring fra psykisk helsefeltet og en gyldig stemme i politikk og kunnskapsdannelse* (Vol. no. 1170). Oslo: Unipub.
- Krefting, L. (1991). Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. *The American journal of occupational therapy*, 45(3), 214-222.

-
- Krippendorff, K. (1980). *Content Analysis. An introduction to its methodology.* : The Sage Commtext Series. London: Sage Publications Ltd.
- Krogstad, J.G. (1998). Psykiatri og makt: noko å mase om? I: Andersen, A.J.W. og Karlsson, B. (red.). *Psykiatri i endring - forståelse og perspektiv på klinisk arbeid.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lorentzen, S., von Krogh, G., & Island, T. K. (1984): Problemer knyttet til skjerming av urolige pasienter. I: Vaglum, P., Jørstad, J., & Karterud, S. (red): *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri : fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. nr 65, 2005-2006. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Norvoll, R. (2002). *Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom : bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter* (Doktorgradsavhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Nysveen, K., Granerud, A., Nordby, K., & Brattrud, T. L. (2011). *Miljøterapi i psykisk helsevern - et prosjekt verdig.* Vallset: Oplandske bokforl.
- Olsson, H., & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation* (Vol. 4): SAGE Publications, Incorporated.
- Paulsrud, K., et al. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern.*(NOU 2011:9). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice:* Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: principles and methods.* Philadelphia: Lippincott.
- Psykisk helsevernloven, LOV-1999-07-02-62.
- Redaksjonen/Leder (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2, 98 – 103.
- Ruud, T. & Hynnekleiv, T. (2012). *Hva er skjerming? Prosjekt for utvikling av kunnskapsbasert og pålitelig måling av skjerming i døgnavdelinger i psykisk helsevern.* Akuttnettverket. Lokalisert på: <http://www.akuttnettverket.no/~media/Files/Skjerming/Skjermingsprosjektbeskrivelse%2009aug2012.ashx>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2002). *Bære eller bryte.* Bergen: Fagbokforl.
- Sailas, E. E. S., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illness. . *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).
- Sandmo, E. (1999): Michel Foucault som maktteoretiker. I:Engelstad, F. (red): *Om makt. Teori og kritikk.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays.* Oslo: Aschehoug.
- Sosial- og helsedepartementet (1999). *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern : psykiatriloven.* (Ot. prp nr 11, 1998-199). Oslo: Departementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern.* Oslo: Direktoratet
- Stensrud, B. (2007). *Miljøterapi: virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelser* (Masteroppgave). Elverum: Høgskolen i Hedmark.

-
- Storheim, E. (1980). *Menneskeverd, frihet og plikt: hovedlinjer i Kants etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Bygdøy: Statens utdanningscenter for helsepersonell.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforl.
- Vaglun, P., Jørstad, J., & Karterud, S. (1984). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri : fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Van Kaam, A. (1966). *Existential foundations of psychology*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.
- Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne : sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost* (Vol. 2003:4). Molde: Høgskolen i Molde.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne : relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Weber, M. (1990). *Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo: Gyldendal.

VEDLEGG 1: SEMISTRUKTURERT SKJEMA

SKJERMINGSPROSJEKTET høsten 2012: Veiledning og skjema for utfylling

Systematisk beskrivelse av et skjermingsforløp eller en annen situasjon der en pasient holdes atskilt fra andre pasienter, med eller uten vedtak om skjerming

Helseforetak		Formelt vedtak om skjerming er gjort	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Avdeling		Varighet av skjerming	døgn	timer	minutter
Døgnpost		Kontaktperson med telefonnummer			

Prosjektledelse som kan kontaktes

Prosjektleder Torleif Ruud, e-post torleif.ruud@ahus.no

Prosjektkoordinator Bodil Skiaker, telefon 6796 8995, e-post bodil.skiaker@ahus.no

Innsending av utfylte skjema skal gjøres av lokal koordinator ved avdelingen. Utfylte skjema oppbevares lokalt inntil en har mottatt informasjon om sikker metode for innsending.

Veiledning for systematisk beskrivelse av et skjermingsforløp

1. Kvaliteten på beskrivelsene av skjermingene er avgjørende for hvor vellykket prosjektet blir. Skriv derfor konkret, detaljert og så fullstendig som mulig under hvert punkt.
2. Hver døgnpost beskriver i løpet av tidsrommet 10.09.12 – 09.12.12 tre eller gjerne flere skjermingsforløp. Poster med færre enn tre, beskriver de skjermingene de har.
3. Hver beskrivelse gjøres sammen med behandlere og miljøpersonale som har vært med på beslutning og gjennomføring av skjermingen. Det er ønskelig at beskrivelsen skal være fra mer enn en person. Alle bør lese den utsendte prosjektbeskrivelsen.
4. Det skal ikke registreres datoer eller opplysninger som kan identifisere pasienten.
5. Beskrivelsen skrives i DETTE registreringskjemaet. De ulike delene av skjemaet kan forkortes eller forlenges etter behov ved å slette linjer eller skrive nye linjer. Utfylt skjema skal leveres som en Word-fil, ikke som papirskjema utfyllt med håndskrift.
6. Deler av beskrivelsen kan hentes fra journalnotater og registrerte rapporter, men disse må suppleres med mer presis og utfyllende informasjon tilpasset skjemaets tema.
7. Skjermingstiltak og forløp beskrives konkret og detaljert. Dette gjelder hva pasienter og personale sier og gjør, vurderinger som gjøres, beslutninger som tas, tiltak som gjennomføres, fysiske omgivelser der skjermingen foregår, og annet som er relevant.
8. Beskriv situasjon og atferd helt konkret, slik at andre kan se det for seg. Ikke bruk mer eller mindre abstrakte ord som f.eks. agitert, utagerende, aggressiv, psykotisk og urolig.

9. Skjemaet er delvis strukturert, men inneholder ikke stikkord om alt som kan tenkes å være aktuelt. Ta med alt som dere synes er relevant, også om det ikke spørres om det.
10. Det er lokal koordinator i avdelingen som sender inn utfylt skjema. Prosjektmedarbeidere vil eventuelt ta kontakt om det er ønskelig med mer konkretisering av det som er skrevet.
11. Lokal koordinator og de som fyller ut skjemaet kan kontakte prosjektledelsen ved spørsmål eller behov for avklaringer.

Bakgrunn og begrunnelse for at pasienten blir skjermet eller holdt atskilt fra andre pasienter: Gi så detaljert beskrivelse av situasjon og hendelser som dere anser som nødvendig for at andre skal kunne identifisere en lignende situasjon eller hendelse.

Målsettinger for skjermingen: Gi så detaljert beskrivelse av målsettingene for skjermingen som dere anser som nødvendig for at andre skal kunne bruke dem på samme måte. Om målsettingene forandres underveis i forløpet, skal dette også beskrives.

Skjermingstiltak: Beskriv hvor pasienten er, hvilke begrensninger som gjøres, hvem som er sammen med pasienten, og hva personalet gjør sammen med pasienten. Tenk at andre ut fra beskrivelsen skal kunne gjennomføre samme skjerming og opplegg som dere har gjort. Dersom det har vært ulike tiltak i ulike faser, bør de ulike fasene og tiltakene beskrives. En kort beskrivelse av lokaler, fysiske omgivelser eller annen kontekst er også ønskelig.

Etiske aspekter: Beskriv etiske vurderinger, hvordan disse har virket inn på hva som er blitt tenkt og gjort, og hvordan dette er blitt oppfattet av pasient og personale. Noen ganger blir moralske anskuelse ekstra vanskelig fordi man opplever dilemmaer mellom verdier som ikke lar seg forene. Oppstod slike moralske utfordringer eller dilemmaer i løpet av skjermingen? Beskriv hvordan dette er blitt taklet i praksis og hva som har vært utslagsgivende for valgene

som er blitt gjort. Beskriv også grad av enighet mellom personale og pasienter, så vel som enighet eller uenighet mellom personale.

Avslutning av skjerming: Beskriv varigheten av skjermingen, begrunnelsen for avslutning av skjermingen, og hvordan avslutningen praktisk ble gjennomført.

Beskriv eventuelt annet som ikke er dekket i avsnittene ovenfor