

Jan Stensland Holte

"Som en livbøye i et opprørt hav..."

Skjerming - teoretisk begrunnelse
og praktisk gjennomføring

Høgskolen i Hedmark
Rapport nr. 4 – 2001

Online-versjon

Utgivelsessted: Elverum

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

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

I rapportserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres FoU-arbeid og utredninger. Dette omfatter kvalifiseringsarbeid, stoff av lokal og nasjonal interesse, oppdragsvirksomhet, foreløpig publisering før publisering i et vitenskapelig tidsskrift etc.

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

Rapport nr. 4 - 2001

© Forfatteren/Høgskolen i Hedmark

ISBN: 82-7671-154-5

ISSN: 1501-8563



Høgskolen i Hedmark

Tittel: "Som en livbøye i et opprørt hav..." Skjerming - teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring.			
Forfatter: Jan Stensland Holte			
Nummer: 4	Utgivelsesår: 2001	Sider: 101	ISBN: 82-7671-154-5 ISSN: 1501-8563
Oppdragsgiver: Høgskolen i Hedmark, avdeling for sykepleierutdanning.			
Emneord: Skjerming, akuttpsykiatri, psykiatrisk sykepleie, psykose.			
Sammendrag: Denne studien er en del av Prosjekt Undervisningsavdeling og er et ledd i den videre utvikling av personalkompetansen knyttet til skjerming som metode på en akuttpsykiatrisk post (Akuttposten). Studien søker å kartlegge den eksisterende praksis ved Akuttposten med hensyn til intervensjonen skjerming. Skjerming er en utbredt metode ved behandling av akutte psykiatriske tilstander preget av psykotisk forvirring og eventuell fysisk utagering. Til sammen 15 ansatte med ulik formell kompetanse ble intervjuet for å utdype og synliggjøre personalets tanker og opplevelser knyttet til deltagelsen i denne behandlingsmetoden. Svarene ble tematisert i ulike hoved- og undertemaer som beskriver de utfordringer og dilemmaer som denne intervensjonen medfører. Analysen danner grunnlaget for å hente fram noe av den tause kunnskapen og handlingskompetansen hos personalet og bidra til utviklingen av et funksjonelt språk for praksis. Gjennom analysen drøftes personalets erfaringer opp mot forslag til en mer artikulert og begrunnet praksis.			



Høgskolen i Hedmark

Title:			
"As a life buoy in troubled water.."			
Seclusion - theoretical rationale and practical implementation.			
Author: Jan Stensland Holte			
Number: 4	Year: 2001	Pages: 101	ISBN: 82-7671-154-5
			ISSN: 1501-8563
Financed by: Hedmark College			
Keywords:			
Seclusion, acute psychiatry, psychiatric nursing, psychoses.			
Summary:			
<p>This study is a part of a four-year research collaboration between an acute ward in a psychiatric hospital (the Acuteward) and Hedmark College, which aims at furthering of competence in the clinical setting. The study maps and deepens the ongoing practice related to seclusion on the Acuteward as an intervention method connected to acute psychiatric illnesses such as psychotic disorders and/or aggressive behavior toward others.</p> <p>15 employees with varied formal education were interviewed to identify the staffs' reflections and experiences related to their implementation and management of the seclusion method.</p> <p>The analysis lays the foundation for describing the tacit knowledge and practical competence and a systematic reflection on seclusion and presents core and subthemes that describes the typical dilemmas and challenges that these interventions generate. The analysis also aims to develop a more functional language to describe this type of competence-in-action.</p> <p>Finally, the analysis leads to suggestions for a more articulated and functional practice.</p>			

Forord

Denne rapporten er en publikasjon fra Prosjekt Undervisningsavdeling og den andre om skjermingsintervensjonen. Igjen fokuseres personalets opplevelser og refleksjoner knyttet arbeidet med å finne den gode rollen og et funksjonelt språk som kan beskytte og styrke den psykotiske personen i sin sårbarhet og maktesløshet.

Omsorgen for mennesker med et mer eller mindre totalt sammenbrudd i den rasjonelle håndteringen av tanker, forestillinger og handlinger, og uten gode holdepunkter innenfor vår vanlige "fellesmenneskelige" virkelighetsoppfatning, har alltid vært preget av kulturens måte å forstå fenomenet på. Isolasjon som et forsøk på å møte disse menneskene på har dype historiske røtter, og kritikken mot denne typen behandling er dokumentert så langt tilbake som det 2. århundre e.kr.

En må anta at kortsiktige og raske løsninger for denne type lidelser verken er ønskelig eller realistisk, og at denne rapporten først og fremst bidrar til å trekke fram de særlige pleiemessige utfordringene vi her står overfor.

Det hadde ikke vært mulig for meg å gjennomføre arbeidet uten Sykehusets og Akuttpostens engasjement og velvillighet. En stor takk til de gode formelle bidragene gjennom intervjuer og tilbakemeldinger på undervisningen, og en ekstra takk til alle dere som har kommet med "innside" -betragtninger som dere har delt med meg mens vi satt sammen på skjerming eller i spontane refleksjoner etterpå !

En særlig stor takk går også til min uslidelige og alltid støttende veileder Jan Kåre Hummelvoll, som vet betydningen av å finne det gode balansepunktet mellom støtte og utfordring når det røyner på! Du har engasjert deg godt utover det som jag hadde forventninger om i et slikt samarbeid.

Jeg takker også for god hjelp til Heidi ved vårt bibliotek, som har vist solid og grundighet i sin støtte til meg.



*Så vondt at det ikke var til å bære
men heller ikke til å flykte fra
sprang språket og tanken lekk
og det evige strømmet inn i
øyeblikket*

Stein Mehren

Hamar i august 2001

Jan Stensland Holte

INNHold

Forord	7
Innledning.....	11
Hensikten med skjermingsprosjektet er å:	12
Teoretisk referanseramme	15
Undervisningsavdelingens teoretiske forankring.....	15
Sykepleieteoretisk forankring	15
Personen som perspektiv	17
Integritet	18
Bruken av tvang	20
Psyko-seforståelse	22
Lidelsesaspektet med relevans for psykisk lidelse.....	26
Miljøterapi.....	29
Grensesetting.....	31
Forskning om skjerming	34
Metode.....	41
1. Litteratursøk:	45
2. Undervisning:	46
3. Fokusgruppeintervju:	47
Etiske overveielser og studiens nytteverdi:.....	50
Presentasjon og tolkning av funn	55
Sammendrag og anbefalinger.....	71
Avslutning	81
Referanser:	85

Innledning

Denne rapporten er en integrert del av *Prosjekt Undervisningsavdeling* som er basert på handlingsorientert forskning, og er en videreføring av resultatene fra en tidligere intervjuundersøkelse med personalet ved to akuttavdelinger om skjerming (Holte 2000). Notatet fra denne undersøkelsen konkluderte med noen anbefalinger som personalet på Undervisningsavdelingen (heretter kalt Akuttposten) har arbeidet videre med på dagsseminarer, internundervisninger og gjennom daglig refleksjon over egen praksis stimulert gjennom prosjektet som helhet.

I denne studien presenteres en videreutvikling av personalets tenkning og handling knyttet til intervensjonen skjerming.

Hovedprosjektet har disse satsningsområdene:

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

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

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

Undervisningstemaene skulle primært dekke følgende:

- Miljøterapi
- Psykoseforståelse – inkludert menneskesyn og behandlingsgrunnsyn.

- Stemningslidelser – med vekt på mani.
- Målsetningsarbeid og "husregler" – som ledd i utviklingen av postkulturen og postideologien.

Skjermingsprosjektet vil begrunnes ut fra formål 2, og skal bidra til kunnskaps- og metodeutvikling for personalet i forhold til skjerming som metode. Arbeidet tilstreber å bygge en bro mellom det direkte forskningsrettede arbeidet og en systematisk kompetansebygging med vekt på kartlegging, undervisning, utprøving og fortløpende evaluering av praksis. Metodekunnskap er en vesentlig del av yrkeskompetansen sammen med kunnskap, ferdigheter, verdier og holdninger.

Gjennom utviklingen av dette skjermingsprosjektet legges stor vekt på et nært samarbeid med personalet i tråd med den uttalte teoretiske forankringen i Prosjekt Undervisningsavdeling slik at personalet utvikler et funksjonelt språk for praksis.

I tillegg til undervisning og uformelle samtaler er det etablert en ressursgruppe for skjerming med representanter fra begge akuttpostene.

Hensikten med skjermingsprosjektet er å:

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

Skjerming er en relativt hyppig anvendt metode i møtet med mennesker i en akutt psykotisk og/eller agitert tilstand som trenger et særlig beskyttet og beskyttende miljøbetingelser. Helse- og Sosialdepartementet har gjennom

sin NOU 1988:8 kartlagt intervensjonen og vedtok å regulere det som i dag går under betegnelsen skjerming, og begrunner det med at det kan oppleves som en svært inngripende prosedyre. De foreslår at det må fattes formelle vedtak av en psykiater for inntil 3 uker om gangen på lignende måte som et vanlig tvangsvedtak (Ot prp nr 11 1998-99). En slik endring setter et kritisk lys på rammene og innholdet av en slik intervensjon, og vil stille nye og økte kompetansekrav til personalet. Likeledes må en anta at prosedyrene knyttet til skjerming vil måtte kvalitetssikres. Utviklingen av kunnskaper, ferdigheter og holdninger i det særegne omsorgstilbudet på en skjermingsenhet vil være av betydningen for behandlingstilbudet som helhet. Som et ledd i et slikt arbeid søker dette prosjektet å stimulere til refleksjon over eksisterende praksis for å forbedre denne intervensjonsmetoden.

Forskningsspørsmål:

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

Rapporten tilstreber en fordypning av de perspektivene som ble avdekket i notatet (Holte 2000) for å videreutvikle en sammenhengende forståelse mellom menneskesyn, syn på lidelsen og konsekvensene for samhandlingen og miljøterapien.

Skjerming innebærer et alvorlig inngrep overfor den enkelte, og kan oppleves like negativt som isolasjon. Derfor er det svært viktig at kriterier, begrunnelser for vedtak og gjennomføring og etterarbeid blir gjort ut fra en god faglig begrunnelse og med et humanistisk engasjement for de detaljene som skaper den best mulige opplevelsen for den enkelte pasient.

For å begrense rapportens innhold velger jeg å ikke fordype meg i forstyrrelser som medfører relativt omfattende utagering der fokuset rettes på sikkerhetsproblematikk. Mennesker med manisk lidelse uten særlige persepsjonsforstyrrelser er også utelatt, da en må anta at skjermingsprosedyren her vil ha et lettere og mer frivillig preg. Hovedfokus vil dermed være mennesker i en klar psykotisk, desintergrert, og/eller regrediert tilstand med tydelige persepsjonsforstyrrelser, altså den gruppen som blir skjermet mot eget samtykke og oftest etter et formelt vedtak om skjerming.

Teoretisk referanseramme

Undervisningsavdelingens teoretiske forankring

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

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

En akuttpsykiatrisk post er særpreget av korte innleggelse der fokus er vurdering, testing/medisinering og stabilisering, og etablering av en funksjonell rolle innenfor modellen om sammenhengende psykiatritjenester (McGihon 1999). Undervisningsavdelingen skal synliggjøre tverrfaglig samarbeid både innen institusjonen og i forhold til primærhelsetjenesten og stimulere en systematisk kunnskapsutvikling gjennom forskning.

Sykepleieteoretisk forankring

Min faglige referanseramme er psykiatrisk sykepleie og derfor er det naturlig å benytte meg av J.K. Hummelvoll's definisjon av psykiatrisk sykepleie da denne forståelsen danner grunnlaget for postens holistisk-eksistensialistisk menneskesyn:

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

(Hummelvoll, 1997 s.39)

Denne definisjonen beskriver hele det feltet som favner sykepleierens ansvar og fokus, allikevel er avsnittet om "å styrke pasientens egenomsorg" og det spesifikke ansvaret vi har for "å virke som pasientens talsmann når pasienten ikke selv er i stand til å gjøre det" mest aktuelle i denne sammenhengen. Det er også en klar utfordring å gjøre skjermingssituasjonen til "et samarbeidende og forpliktende fellesskap" der man kan styrke selvrespekten og fremme opplevelse av mening. Definisjonen rommer også et mer psykoterapeutisk fokus der en går i en dialog og relasjon med personen i sin psykotiske virkelighet på en avgiftende og ego-styrkende måte. Selv om en har et uttalt holistisk-eksistensielt syn på mennesket er det både naturlig og nødvendig å benytte kunnskap hentet fra ulike fagområder som ikke har en slik grunnlagsforståelse for å utdype forståelsen av mennesket og lidelsen. Tendensen som den naturvitenskapelige tradisjonen har til å gjøre mennesket til objekt og ikke medsubjekt i kunnskapsutvikling er

framtrødende, og en må være klar over de farene for tingliggjøring slike reduksjonistiske modeller medfører.

Personen som perspektiv

Psykiatrisk behandling, og særlig den institusjonelle, innehar trekk som kan virke tingliggjrende og dehumaniserende, og psykiatrien kan med sin tilnærming ofte svikte med hensyn til å ivareta pasienten på en fullverdig mte (Be & Thomassen 2001 og Finnøy 2001). Et grunnleggende perspektiv som kan virke som en motvekt mot den belastende historien og sider ved den nåværende behandlingsskulturen, er forståelsen og fokuseringen av mennesket som person (Andersson 2000). Nina Karin Monsen har gjort en inspirerende og grundig analyse av personbegrepet eller personalismen (Monsen 1998). Hun mener at et rettssamfunn eller en velferdsstat må bygges på personbegrepet fordi begrepet virker formende og menneskeliggjrende. Hun beskriver sentrale faktorer som kjennetegner personbegrepet, nemlig menneskets iboende verdighet, hver enkelts særegenhet, den frie sjel, åndelighet, subjektivitet og følsomhet. Hun sier:

"Mennesker dypeste "behov" er ikke materielle goder eller status, men det å bli sett som person, elsket, verdsatt, respektert og rettferdig behandlet, og  få interesse og oppmerksomhet omkring seg som person samt selv være i stand til å møte andre på samme måten. Gjensidighet på det personlige planet og felles verdier som uttrykksfull kjærlighet, nærhet, omsorg og dyp kommunikasjon, er noe av det mest helsebringende og fruktbare som finnes." (Monsen 1998)

En dypere forståelse av personbegrepet kan virke som motvekt mot misbruk av makt, noe som kan gi seg utslag i kontroll av kunnskap og innsikt. Ofte kan det være slik at de som står utenfor, eller nederst i hierarkiet, ikke vet eller forstår nok til at de kan uttrykke sin vilje og styre

sine liv. Hun advarer mot den psykiske lammelsen som kan oppstå når et menneske av og til forhindres i å forstå, og minner om hvor viktig det er å gjøre vår ´merforståelse´ forståelig for våre medarbeidere og pasienter (Monsen 1998).

En annen viktig motvekt mot tingliggjøringen er å lytte til pasientenes fortellinger om hvordan psykiatrisk behandling oppleves. Utviklingen av evnen til å undre seg sammen med pasienten over lidelsen og de mange sammenhenger i livet, og hva det er for slags systemer som skulle hindre oss i dette, er det vesentlig å gripe tak i (Andersen og Karlsson 1998).

Marie Austrem har intervjuet både pasienter, pårørende og behandlere og synliggjør pasientopplevelser som det er viktig å ta med seg inn i behandlingshverdagen:

”En som må legges inn fordi han er psykotisk og hører stemmer, er likevel mottagelig for fornuft. Hvis en blir aggressiv er det ofte fordi en blir redd og kjenner seg trua.

Kroppen kan kjennes fremmed og da virker det truende om noen tar en i armen og drar. Det kjennes ut som om noen invaderer en.

Fagfolk må forstå hva psykose er for at de kan benytte den kunnskapen i behandlingen. De må forstå at det finnes en egen logikk i psykosen.

De må lytte til hva folk synes er viktig når de er syke !”

(Austrem 1999)

Integritet

Margareta Andersson har klargjort og utdypet integritetsbegrepet i en artikkel basert sin doktoravhandling (Andersson 2000), og ser det som et nøkkelbegrep innen alle omsorgsteorier og internasjonale etiske koder og konvensjoner. Hun mener å påvise tre betydninger av begrepet:

Integritet som en tilstand av helhet innebærer alltid å gjenkjenne og respektere den enkeltes pasientens ønsker og egne opplevelser av sin

sykdom. Omsorgspersonalet skal være lydhøre overfor menneskets sårbarhet, og ha kunnskap om hvordan en bør reagere ved sykdom, samt vilje og evne til å sette seg inn i pasientens situasjon.

Integritet som en personlig sfære innebærer at grensene for den private sfæren alltid skal gjenkjennes og respekteres med hensyn til opplevelser og ønsker. En skal være lydhør for at følsomheten for overskridelser av denne sfæren er ulik for den enkelte og ofte kan en oppleve økt sårbarhet i lidelsen. En skal beskytte den personlige sfæren slik at pasienten utleveres overfor utenforstående.

Integritet som visse moralsk verdifulle karakteregenskaper eller moralsk integritet utledes som kriterier for hva som bør kjennetegne en god omsorgsarbeider:

1. Vilje og evne til å skaffe til veie relevante fakta av betydning for planlegging og gjennomføring av pleie ut fra lydhørhet for pasientens vurderinger og ønsker.

- Vilje til å skaffe seg de nødvendige kunnskaper relatert til det spesielle yrkesansvaret en innehar for å kunne tilby omsorg og pleie basert på vitenskap og erfaringskunnskap.
- Vilje og evne til å reflektere over pasientens opplevelse av sin sykdom og konsekvensene for hans/hennes livssituasjon, med utgangspunkt i en lydhørhet for pasientens sårbarhet.
- Lydhørhet for pasientens reaksjon på mulige krenkninger av egne grenser, kropp, og personlige opplysninger som er en nødvendig del av pleien.
- Vilje og evne til å gjøre pasienten delaktig i planlegging og gjennomføring av pleien.

2. Kunnskap om, og vilje til, å overholde det juridiske og moralske ansvaret en er gitt, kunnskap om lovbestemmelser, yrkesetiske retningslinjer, og

vise vilje til refleksjon i pleiesituasjoner, og evne til å ta stilling til det ansvar en reelt sett har i en slik rolle.

3. Moralsk selvstendighet, dvs evne og vilje til å ta ansvar for sine handlinger og ta beslutninger i situasjoner der etiske dilemmaer aktualiseres (Andersson 2000).

Bruken av tvang

Når et menneske ikke mestrer livet sitt, beveger seg i en selvdestruktiv retning uten nødvendig selvinnsikt, eller står i fare for å utsette andre for skade på grunn av sin psykiske tilstand, er det både etisk og juridisk nødvendig og legitimt å gripe inn. I Norge utøves allikevel flere inngrep mot personens eget samtykke enn andre land det er naturlig å sammenligne seg med, og dette har medført økt oppmerksomhet og bekymring fra ulike hold. Flere prosjekter er satt i gang for å snu denne utviklingen.

Britta Olofsson's doktoravhandling (Olofsson 2000) tar opp og kartlegger tenkning og opplevelse som pasienter og behandlere sitter inne med knyttet til hvordan pasienter og behandlere opplever å måtte bruke eller bli utsatt for tvangsbehandling.

Tvangsmedisinering (injeksjoner) var den type tvang som alle gruppene nevnte oftest, men de fortalte også om mer subtile former for tvang, slik som 'overtalelse' og gjennomgang av bagasje. Pasientene beskrev det "å ikke bli lyttet til" og "trussel om sanksjoner i tilfelle de ikke oppførte seg på en spesiell måte" som en form for tvang.

Pleierne opplevde tvangen som noe negativt, samtidig som de ville gi god omsorg og skape en god relasjon til pasienten. Denne konflikten gjorde det vanskelig å stille spørsmål til sine egne og kollegaenes tiltak og reflektere over alternativer til tvang.

Pasientene fortalte både positive og negative opplevelser av å ha blitt utsatt for tvang. Noen beskrev tvangen som nødvendig i de tidlige fasene, men at det var viktig at tvangen ikke varte for lenge.

Et tema som stadig kom tilbake var at de ville bli respektert som fullverdige mennesker. De ville bli sett som medmennesker med behov for hjelp og støtte og ikke som en pasient med en psykisk sykdom. De beskrev at tvangen førte til at de opplevde seg som dårligere mennesker, de følte seg degraderte og krenket av både psykiatripersonalet og politiet. De opplevde å ha blitt behandlet som 'gangstere og kriminelle' og gjorde seg refleksjoner over om de var samfunnsfiendtlige.

Pasientene fortalte at de savnet mer informasjon og delaktighet i sin egen pleie. De forsto ikke hvorfor de skulle behandles mot sin egen vilje når verden kjentes meningsløs og innholdsløs.

De positive opplevelsene var knyttet til at de opplevde delaktighet og medbestemmelse, og ble møtt med respekt og menneskelig varme.

Det å få kunnskap om hva som foregikk og hva som ble planlagt, og ha kjennskap til sine juridiske rettigheter, var viktig for å kjenne seg styrket og respektert.

Menneskelig kontakt, i form av nærhet og at personalet brydde seg om dem, lindret ubehaget og frykten de opplevde under tvangsbruken og gjorde dem trygge. De vektla også menneskelig kontakt fra personalet som en måte å forhindre tvang på.

At personalet virkelig brydde seg om dem, pratet rolig og hadde tid til dem, at de tok seg tid til å lytte isteden for først å handle, var svært viktig.

Sykepleierne fortalte at det var lettere å forhindre tvang når de hadde godt kjennskap og en god relasjon til pasienten. Det var da mindre smertefullt å benytte tvang og det kjentes som om de krenket pasienten mindre.

Pasientene beskrev årsaken til at de ble utsatt for bruk av tvang fra behovet om å beskytte pasienten da han ikke var i stand til å ta vare på seg selv, men også for å beskytte pårørende og medpasienter.

Men de nevnte også andre årsaker som "å følge regler" og "å straffe pasienten", og å gjøre arbeidet lettere for personalet og for å gjøre personalet tryggere.

En god relasjon både mellom pasienten og psykiatrispersonalet, men også mellom leger, sykepleiere og spesialsykepleiere, var avgjørende for hvordan alle tre parter opplevde bruken av tvang.

Olofssons studier understreker behovet for en åpen levende dialog og felles refleksjon mellom de ulike gruppene av psykiatrispersonalet og pasientene da de er gjensidig avhengig av hverandre behandlingen (Olofsson 2000).

Psyko-seforståelse

Hvordan vi som pleiere møter og forstår en person i et psykotisk sammenbrudd utledes av de modellene og begrepene vi har for å systematisere og forstå lidelsen. Det er nødvendig å ha en bevisst og reflektert forståelse av psykosens som lidelse/sykdom for å kunne gjennomskue og håndtere de livsbetingelsene personene lever under. Dette er grunnlaget for å nå inn til personen i samhandling og relasjonsbygging. Hvordan psykosens oppleves kan illustreres med følgende pasienterfaring:

”Vendepunktet for meg var å bli psykotisk. Jeg er nesten glad at jeg ble så syk, for da måtte jeg se på livet mitt med nye øyne og gjøre endringer. Jeg gikk ei uke uten å få sove. Da fikk jeg syner. Det er mange som opplever syner av ulike slag uten å bli mentalt syke. Men jeg tålte ikke de synene jeg hadde, derfor ble jeg syk. Da valgte jeg å gå inn i psykosens som jeg ikke visste hva var istedenfor å holde ut med det livet jeg visste hva var, for den virkeligheten var for tøff.

I psykosen skjer det noe viktig. Det er noe en skal forstå gjennom psykosen, det er noe som skal vise seg for deg for at du skal forstå. Når en har gått så dypt inn i det at en har forstått så er en kanskje kvitt problemet. Men så tar det så lang tid å bygge seg opp igjen, og det er hardt arbeid fordi en må jobbe med plattformen i seg selv og sine egne muligheter.

En lege snakket med meg som om det ikke var noe i veien med meg, og da fikk han fram den friske delen av meg. Det er nemlig slik at samtidig som en er psykotisk registrerer en veldig mye, mye mer enn det tilsynelatende ser ut som.

(Austrem 1999)

I en baselineundersøkelse fra Prosjekt Undervisningsavdeling beskrives akuttpsykiatrien ved ulike kjennetegn: det akutte, uforutsigbare og effektive preget, sammenkoblet med en klar dominans fra den medisinske modellen (Hummelvoll & Røsset 1999). Det er stadig mer vanlig å betrakte sykdomsmodellen som et hinder for å utvikle videre forståelse av mennesket i lidelsen og at den ved sitt reduksjonistiske perspektiv bidrar til objektivisering og mulig tingliggjøring av pasienten (Brudal 1999, Bøe & Thommasen 2000).

Hvis en lar forklaringsmodellene ligge, og velger en mer beskrivende innfallsport, så kan psykosen beskrives slik:

«Psykotiske tilstander er de typer av psykiske vansker som medfører en tilbaketrekning fra det vi kaller den fellesmenneskelige virkelighetsoppfatningen. Denne tilbaketrekningen kan ytre seg som passivitet eller hovedsakelig som en aktiv omtolkning av virkeligheten. Det er disse tilstandene som i folkelig dagligtale kalles galskap eller sinnssykdom.»

(Haugsgjerd, 1983)

Tar vi en mer eksistensiell innfallsport kan den beskrives som:

«Jeg ser dem som en retrettløsning som noen mennesker i en gitt livssituasjon tvinges til å foreta. Denne retretten innebærer et sammenbrudd eller en katastrofe i den indre verden - riktignok ikke nødvendigvis en uopprettelig katastrofe, men ikke desto mindre et psykisk jordskjelv som for alltid vil gjøre vedkommendes liv annerledes enn det var før.

Denne retretten er en tilflukt, et forsøk på beskyttelse. Men samtidig åpner den sinnet for krefter og prosesser i en selv som skaper nye problemer, nye angster, nye avgrunner og dette gjør veien tilbake desto vanskeligere å foreta.»

Haugsgjerd 1983

Dersom vi som pleiere skal kunne møte personen med en intensjon om å forsøke å nå inn til personen, bygge relasjon og fremme meningsdannelse må vi ha modeller som kan skape mening og sammenheng også for oss. Med andre ord må de både berøre og inkludere alle menneskets dimensjoner. Et annet viktig skille er hvilke vitenskapsteoretiske grunnleggende antagelser modellene henter sitt perspektiv og språk fra, med andre ord om de har fokus på å forklare (naturvitenskapelig) eller å forstå (hermeneutisk). Innenfor det naturvitenskapelige paradigmet søkes ofte en lineær årsaksforklaring, med fokus på biografien gjennom en anamnese, og ofte med fokus på en skade eller forstyrrelse ´inne i´ individet (sykdomsmodellen). Det hermeneutiske paradigmet på den annen side, vektlegger den personlige opplevelsen gjennom ´å leve i livet´ og at personen skaper seg selv og sin forståelse gjennom samspillet med den andre og omgivelsene i sin fortelling om seg selv (Bøe & Thommassen 2000, Lundby 1998).

Flere forskere og forfattere tilstreber en overlapping mellom disse forskningstradisjonene. Cullberg står hovedsaklig innenfor en forklaringstradisjon med hensyn til de biologiske modellene han presenterer, men åpner også for en klart humanistisk perspektiv. Han betoner at i psykosen er virkelighetsoppfatningen brutt og omverdenen tolkes på en slik måte at andre ikke forstår den (Cullberg 2000). Strand ser tilbaketrekningen fra den fellesmenneskelige virkeligheten som det sentrale og at den kan være vanskelig å forstå (Strand 1990). De aller fleste vil oppleve en person i en psykotisk tilstand som om vedkommende lever i en annerledes verden enn vår fellesmenneskelige - og denne verdenen kan virke fremmedartet og lite tilgjengelig. Vi som har ansvaret for mennesker i en slik tilstand må innstille oss på at vi må forsøke å håndtere flere ulike perspektiver og modeller på psykose samtidig, for å kunne skille mellom sykdomslidelsen og den opplevde lidelsen.

Brudal forsøker å integrere flere perspektiver og tydeliggjør en modell som innebærer tre likestilte og komplementære referanserammer som nettopp kan åpne for en slik mulighet (Brudal 1999):

a) Psykodynamiske/objektrelasjonsteoretiske som innbefatter ego-psykologien; der en er opptatt av å se psykosen som et svar på intense og uklare emosjonelle reaksjoner på relasjoner overfor familien og andre betydningsfulle andre, og symptomutformingen forstås i relasjon til ubevisste emosjonelle konflikter. b) Det systemiske perspektivet bidrar med å se på psykosen som et "svar" på et forstyrret familiemønster. Her kan en finne både åpenbare rolletilpasninger men også individet som bærer av ulike "familiehemmeligheter". c) Det eksistensielle perspektivet som særlig tydeliggjør særlig den eksistensielle ensomhet, fremmedgjøring og mangel på identitet. Her fokuseres også personens behov for å være en selv-historiebygger i letingen etter mening og identitet ved å ta et voksende og mer bevisst ansvar i valg og handlinger (Brudal 1999).

Axelsen beskriver sitt utgangspunkt i en kombinasjon med kommunikasjonteori med utspring i den systemteoretiske Paolo-Alto-tradisjonen og den eksistensielle narrative tradisjonen (Axelsen 1997 og 1999). Her tydeliggjør hun modeller som ser på de ulike psykotiske symptomene som viktige uttrykk for en nødvendig mestringsstrategi individet benyttet i en tidligere ´ryggen-mot-veggen-opplevelse´. Symptomene er derfor vesentlig informasjon for å forstå de opprinnelige traumene eller ´mangelproblematikken´, og kan derfor brukes til å nærme seg og forstå personen i sitt kaos. Denne kunnskapen kan brukes både til å ´avgifte´ psykotiske opplevelser, gi redskaper til å håndtere den utfordrende realitetsorienteringen, og angi retningslinjer for selve miljøterapien. Det er et krevende prosjekt å skulle håndtere ulike perspektiver (hvor enkelte har fokus på forklaring andre har fokus på forståelse), på en praktisk god måte både overfor pasienten, kollegaer og i det formelle dokumentasjonsarbeidet.

Dersom en vil favne og forholde seg profesjonelt til hele mennesket må en kunne skifte perspektiv og forklaringer, altså benytte seg av en eklektisk innfallsport, uten selv å miste tyngden i det sykepleiefaglige og eksistensielle perspektivet nemlig mennesket i lidelsen og lidelsens konsekvenser for selvfølelsen og det daglige livet (Hummelvoll 1997). Ved å lære seg å anvende ulike modeller på en selvstendig måte, kan det frigjøre oss i møtet med den unike personen i og bak lidelsen. Her er en vesentlig arena for å bidra til det viktige felles arbeidet med å få personen tilbake ´på sporet´ og i kontakt med sitt livsprosjekt (Hummelvoll et.al. 2000).

Lidelsesaspektet med relevans for psykisk lidelse

Sykepleieperspektivet her er møtet med mennesket i lidelsen. Det er vanlig innenfor sykepleieteori å beskrive og drøfte lidelsesperspektivet ut fra tre

kategorier (Lindstrøm 1997 og Eriksson 1993). De tre formene er: Lidelsen som sykdom, lidelsen som eksistensiell utfordring, og lidelsen som følge av pleie og behandling.

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

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

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

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

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

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

Å være lidende (å være i lidelsen) har særlige karakteristiske trekk som *Lidelsen som ufrihet*, det å være innesperret mot sitt eget samtykke, uten privatliv og privat rom. *Lidelsen som anger (ånger):* ”at jeg har vært

såpass syk, brukt penger ukritisk, bare til tull. Når jeg senere ble deprimert så angret jeg alt og hadde det svært vondt ved å tenke på det jeg hadde gjort.”

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

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

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

Lidelsen som håpløshet (håpløshet): Livslidelser, manglende kontroll, blamering, påført familien skade, oppgitthet, få barn? (Eriksson 1993).

Det kan være betydningsfullt å være bevisst denne lidelsesdimensjonen i pasientarbeidet for å fremme innlevelse, og kunne bidra til å sette ord på mye av den fortvilelsen pasienten opplever når det oppstår reaksjoner som utprøving av grenser, selvskading, og eventuell fysisk utagering.

Lidelsen som følge av pleie og behandling,

Pasienten kan også påføres lidelse gjennom behandlingsprosedyrer. Faren for å oppleve krenkelse ved å bli innlagt mot sin egen vilje, ved begrensning av informasjon, bevegelsesfrihet, nedsatt påvirkningsmulighet overfor saker som angår en selv, medisinsk intervensjon med relativt store livsbegrensende bivirkninger, og en generell stigmatisering i det å være innlagt ved en institusjon (Lindstrøm 1997).

Her er også det området hvor vi som miljøpersonale har stor påvirkningsmulighet og ansvar for å komme med vesentlige og positive bidrag som kan hjelpe den psykotiske og forvirrede personen.

Miljøterapi

Skjerming er en spesialisert terapeutisk intervensjon, men det er viktig å se på den som en naturlig forlengelse av den generelle miljøterapien ved posten. De sentrale prinsippene som er styrende for postens miljøterapeutiske arbeid er Gundersons grunnleggende miljøvariabler (Bratheland et al 1998). Gunderson konkretiserer miljøbegrepet på denne måten:

Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. De skapes av bidrag fra både pasienter og personale innenfor en fysisk bygningsmessig og rommessig ramme, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For pasientene – mennesker med psykisk sykdom – er miljøterapi å være og handle i (og utenfor) avdelingsmiljøet over tid.

(Bratheland et.al. s.5)

Det er en allment anerkjent at poststrukturen ved en akuttpost i størst mulig grad må skape trygghet og forutsigbarhet både for pasienter og personale slik at miljøet blir mindre ”flytende” og at pasienten skal føle seg trygt knyttet til omgivelsene. Gunderson trekker særlig fram 5 variabler (eller prinsipper) som skal være styrende og som skal tydeliggjøre en progresjon i behandlingen fra det beskyttende til det utfordrende (moderlige og faderlige prinsipp) og som knyttes opp mot andre tverrfaglige behandlingstilbud (Bratheland et al 1998).

Den grunnleggende intervensjonen er **beskyttelse** (containment) som innebærer bevisste, planlagt handlinger og ytringer i miljøet som sikrer fysisk velvære. De skal lette belastningen med utilstrekkelig selvkontroll eller allmaktsfølelser som er karakteristiske trekk ved en psykose eller manisk tilstand.

Hensikten er primært å hindre at pasienten skader seg selv eller andre, minske faren for fysisk forfall, og styrke pasientens indre kontroll. De konkrete intervensjonene vil da naturlig være å skjerme pasienten, sørge for sikre omgivelser og gi fysisk omsorg. Sammen med beskyttelse er det svært viktig å formidle **støtte** (support) der en tilstreber å bidra med bevisste, planlagte handlinger og ytringer som fører til at pasienten føler seg bedre/er mer fornøyd, og som hever selvaktelsen. De konkrete tiltakene kan være støtte/følge til aktuelle tjenester (mat, innkjøp), tilgjengelighet, oppmerksomhet, råd, beroligelse/trøst og oppmuntring. Hensikten er at miljøet oppleves som et trygt tilfluktssted som skal føre til at følelsen av angst og fortvilelse avtar.

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

Eksempler på dette kan være døgplan, ukeplan, faste møter (informative, pedagogiske, terapeutiske), bruk av avtaler og kontrakter og økonomistyring. Disse to prinsippene skal fremme en grunnleggende trygghet der relasjonsoppbygging inngår som et vesentlig element. I denne fasen må hele personalgruppen opptre tydelig og forutsigbart i alle samspillssituasjoner.

Gundersons fem variabler eller prinsipper bryter ikke med tidligere benyttede prinsipper (Hummelvoll 1995 og Strand 1990), men har en noe annerledes innfallspport og en annen systematikk relatert en mer objektiv

eller observerbar innfallsport til selve miljøet, og mangler fokus på personen i miljøet og den terapeutiske relasjon.

Grensesetting

Grensesetting er et hyppig anvendt prinsipp og virkemiddel overfor mennesker med svært ulike problemer og forstyrrelser. Særlig overfor psykotiske mennesker er det anerkjent som et nødvendig virkemiddel (Strand 1990).

Grensesetting kan defineres slik:

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

(Strand 1990)

Å stå i en tilspisset situasjon der pasienten har store problemer med realitetstesting, der en ikke finner fotfeste i en felles virkelighetsoppfatning, stiller store krav til omsorgsutøveren. Han bør ha relevant kunnskap, en innfølelse og sensitiv situasjonsforståelse, og en høy grad av personlig integritet.

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

Sikkerhet har å gjøre at personalet må ta ansvar for at adferd som kan skade liv og helse blir forhindret eller stanset, samtidig med at personalet må respektere at innestengt energi må kunne frigjøres.

Struktur kan ofte skape trygghet fordi den psykotiske pasienten ofte mangler både oversikt og forutsigbarhet over det som foregår i samhandlingssituasjoner, og har derfor nedsatt evne til å opprettholde kontroll.

Beskyttelse mot stigmatisering og blamering er nødvendig der pasienten viser utflytende, ukritisk og truende adferd som skremmer bort andre mennesker. Slik adferd kan lett føre til stigmatisering som er en ekstra belastning som øker etter hvert som innsikt i og oversikt over egen adferd øker.

Læring bør være et fokus da grensesetting bør gjøres med den hensikt at pasienten skal kunne lære slik at han får internalisert egne grenser og mer frihet og selvstyre i sin måte å reagere på omgivelsene (Strand 1990). Grensesetting skal aldri være en form for straff, som da ofte kan oppleves som krenkende og eventuelt retraumatiserende for personen, men det er ofte situasjoner der grensesetting benyttes som utløser økende uro eller utagering (Bjørkly 1995).

Skjerming

Undervisningsavdelingen er en akuttavdeling og skjerming som metode anvendes relativt ofte særlig knyttet til personer med ulike forvirringstilstander og overfor personer med en manisk lidelse. Bjørkly antyder at skjerming ofte beskrives på en mer administrativ måte uten å få fram det terapeutiske elementet. Han konkluderer med at diskusjonen mellom å se på skjerming som en mer administrativ sanksjonering for å oppnå sosial orden opp mot en adferdsterapeutisk "time-out" prosedyre skaper en fastlåsing og et hinder for tydelig utvikling av faglige kriterier og fokus i forhold til denne prosedyren (Bjørkly 1995). Skjerming beskrives som en intervensjonsmetode som tar utgangspunkt i den akutt-psykotiske pasientens behandlingsbehov. Den skjer ved at et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø (som regel pasientens rom) og den har elementer av grensesetting og struktur. Samtidig skal den være stimulusbegrensende uten å være depriverende (i Lorentzen et.al. 1984).

Den overordnede hensikten med skjerming er:

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

(i Lorentzen et.al. 1984).

Strand trekker fram at skjerming egentlig er

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

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

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

- **Pasienten greier ikke å forholde seg til så mange personer og stimuli**
Skjerming kan bidra til å redusere det indre kaos
- **For å beskytte pasienten og medpasienter**
Ved å sette grenser rundt pasienter får han lettere oversikt og kontroll med situasjonen
Når pasienten ikke greier å følge opp behandlingstilbudet, kan skjerming motivere at hans selvfølelse reduseres
- **Ved uro, engstelse og ukritisk adferd skaper skjerming trygghet for pasienten**

(Hummelvoll 1997)

Flere av sykepleierne understreket at kvaliteten av skjermingssituasjonen var utslagsgivende, og at selve det å begrense krav og stimuli ikke kunne isoleres fra måten denne begrensningen ble gjort på. Oftest ble intervensjonen forbundet med skjerming i en egen skjermingsenhet eller på pasientens rom (Strand 1990).

Gjennomføringen av skjermingen kan ses både i relasjon til vanlige skjermingsprosedyrer og måter å forholde seg på ved gjennomføringen av disse. Det kan være en fordel å utvikle egne prosedyrer slik at man kan få innarbeidet visse grunntrinn man mestrer og kan bevege seg utfra, men prosedyren må aldri bli en rigid samling regler av typen ´alle er like for loven´ og derved en begrensning for individuell tilpasning og improvisasjon (Strand 1990).

Forskning om skjerming

Her presenteres en del av resultatet av litteratursøket (1980-2000) gjennom internasjonale databaser.

Av norske undersøkelser finnes ingen publiserte utenom Hummelvolls presentasjon av sykepleieres forståelse av og begrunnelse for skjerming (Hummelvoll 1997).

Det finnes ved sykehuset en ikke-publisert rapport gjennomført på Akuttposten over ett år (Myhrer 1993). Til sammen 29 pasienter ble intervjuet noen dager før utskrivelse eller overflytting til en annen avdeling. Pasientene fikk svare på 18 spørsmål om hvordan de opplevde å bli skjermet, gjennomført under veiledning av en erfaren sykepleier. Svarene viste stor bredde i opplevelsene, og som positive erfaringer ble det trukket fram: trygghet ved at personalet var der hele tiden, en fast kontakt i personalet å prate med som opplevdes nær, noen opplevde ro og tid til å tenke seg om, og at de fikk god hjelp til det de trengte.

Av negative opplevelser trekkes fram: at det var for strengt, for mange regler, noen opplevde personalet som ´for militært´, noen opplevde tvang ved å måtte legges i belter, en følelse av å være innestengt, å bli snakket til som et lite barn og alt for mange personer å forholde seg til.

Da respondentene ble spurt om hva personalet kunne gjøre for at skjermingstiden skulle oppleves som bedre, understrekes det behov for at personalet er mer fleksible, tar mer hensyn til den enkelte pasient der og da, behov for å bli beskyttet mot for mange spørsmål og for mange betjening, og et behov for mer fast oppfølging av kjente personale (Myhrer 1993).

Resultatene ble ikke bearbeidet og diskutert teoretisk, men de minner mye om svar som kommer fram ved andre pasientundersøkelser (Mann et.al. 1993., Meehan et.al. 2000 og Wilson 1993).

I Norge finner vi lite ny litteratur om skjerming, og ny litteratur om institusjonsbehandling av psykoser, men en gjennomgang av håndtering om aggresjon med fokus på sikkerhetsproblematikk har kommet (Hanssen 1999). Så i hovedsak er det Stål Bjørkly (1995) som har forsket og publisert arbeider om skjerming, men da knyttet til en spesiell intervensjonsmetode mer rettet mot mestring av klienter med utageringsproblematikk. Han er kritisk til at skjermingsmetoden i litteraturen ofte beskrives med stor tyngde i forhold til den administrative gjennomføringen, og med lite vekt på innholdet og den terapeutiske bruken. Bjørkly konkluderer med at diskusjonen mellom å se på skjerming som en mer administrativ sanksjonering for å oppnå sosial orden, opp mot en adferdsterapeutisk "time-out" prosedyre skaper en fastlåsning og et hinder for tydelig utvikling av faglige kriterier og fokus i forhold til denne prosedyren. Hans metode beskriver en systematisk bruk av skjerming innenfor en sikkerhetspost, der intervensjonen brukes bevisst som en time-out prosedyre for å sortere utageringsituasjoner sammen med pasienten. Tilnærmingen har en klar adferdsorientert forankring (Bjørkly 1995).

I internasjonal litteratur er miljøbehandlingen av psykotiske mennesker oftest knyttet opp mot isolasjon (seclusion) men også intensivering av en-til-en kontakt og medikamentell behandling. Med isolasjon menes at den psykotiske pasienten låses inne i et nakent rom, bare utstyrt med en seng, vanligvis i en periode ca en til to timer, og sjekkes ca hvert 15. minutt. Intervensjonen er meget omdiskutert innenfor fagmiljøene og beveger seg i spenningen mellom å være "an embarrassing reality" opp mot en "therapeutic intervention" (McBride).

Litteraturen kan kort systematiseres i fem hovedområder av forskningsarbeid.

Utbredelse og ulike faglige begrunnelser for tiltaket. Isolasjon av psykotiske mennesker er utbredt og benyttes ved spesialistenheter i England, Canada, USA, Australia og Europa. Til og med i "ikke-psykiatiserte" land som Laos, benyttes isolasjon og fysisk holding, lenking, som en siste utveg ved psykotisk forvirring eller utagering (Fisher 1994, Mason 1994). Det er også utført flere grundige litteraturanalyser (Fisher 1994, Lendemeijer et. al. 1997). 'Seclusion' ses på som en anerkjent intervensjon og begrunnes slik:

Seclusion is necessary for prevention of injury, isolation from interpersonal contact that can exacerbate paranoid agitation, and reduction of sensory overload... and is a safe and effective part of active treatment if not misused. (Fisher 1994)

Begrunnelsen som benyttes er at intervensjonen kan stanse uhensiktsmessig adferd, utvikle en mer 'veljustert adferd', reduserer sansestimuli, oppøver kontroll og fremmer beskyttelse, men den kan oppleves som straff (Fisher 1994, Lendemeijer et. al. 1997). Kartleggingen av intervensjonen er utdypet i forhold til den begrunnelsen som ligger bak og som utløser tiltaket sett både fra pasient og personalperspektivet (Kirkpatric 1989, Outlaw & Lowery 1994).

Effektvurderinger av skjerming (seclusion). Effekten av tiltaket er meget omdiskutert og det er benyttet ulike tilnærminger for å forsøke å måle den. Det er gjort en større sammenligning mellom to forholdsvis like avdelinger, der den ene benyttet isolasjon, og den andre istedenfor intensiverte en-til-en oppfølging. Cashin fant ingen forskjell på den tiden pasienten brukte til å gjenvinne kontroll. Konklusjonen pekte på at isolasjon kan være den mest effektive intervensjonen under visse omstendigheter, men at det er stort behov for videre forskning på vesentlige variabler (Cashin 1996). Det kan se ut til at selv om pasientene blir roligere og opptrer mer samlet, er det vanskelig å vite om effekten er et uttrykk for medgjørighet og underkastelse, eller en reell antipsykotisk effekt. Enkelte diskuterer også om isolasjon kan øke forekomsten av hallusinasjoner (Kennedy et. al. 1994, LeGris et. al. 1999).

Sykepleiernes holdninger. Det er kartlagt hvilke holdninger sykepleiegruppa har til dette omdiskuterte tiltaket og de varierer, fra en trygg overbevisning for at dette er det beste og mest humane tiltaket vi kan gi denne gruppen, til å se på som en alvorlig inngripen i personens autonomi og et hinder for selvstendigjøring eller empowerment (Alty 1997, Muir-Cochrane 1996). I Alty's undersøkelse var sykepleierne smertelig klar over farene ved bruk av isolasjon men de mente at med de riktige indikasjonene er det en nødvendig intervensjon. Flere av sykepleierne argumenterte for å beholde eller utvide antall isolater samtidig som de hadde begrensede erfaringer med alternative løsninger. Forskningen antydte at sykepleierne trengte undervisning og opplæring i bruken av isolasjon og alternative løsninger (Alty 1997). Muir-Cochrane benyttet grounded theory i en kartlegging om hvordan sykepleierne forsto isolasjonens 'hvorfor og hvordan'. Han mener at hvis prosedyren skal opprettholdes, noe som er svært omdiskutert, er det helt nødvendig at de som benytter prosedyren skal ha et grundig kjennskap til hvorfor og

hvordan det skal gjennomføres for å dempe det sterkt kontrollerende aspektet intervensjonen viser. Han mener også at prosedyren bryter med sykepleiens holistiske og individualiserte omsorgsideologi (Muir-Cochrane 1996). Gibson trekker opp vesentlige problemstillinger i en oversiktsartikkel der hun antyder at bruken av isolasjon kanskje kunne reduseres betraktelig eller fjernes helt dersom det var mange nok og kompetente ansatte i posten (Gibson 1989). Wilson ser på de faglige og etiske dilemmaene som isolasjon medfører og ser på de alternativene som finnes, bl.a. "open-side-room" (ligner en del på vår skjermingsmetodikk), økt medisiner og terapeutisk holding. Forskeren konkluderer med at isolasjon er nødvendig som en siste utveg men at det må arbeides for å finne bedre alternativer med større vekt på terapeutiske kvaliteter (Wilson 1993).

Pasientopplevelser. Pasientperspektivet har i løpet av 90-tallet kommet mye sterkere fram som et forskningsperspektiv og kilde til et dypere forståelse av fenomenet. En del undersøkelser viser at et klart flertall av pasientene beskriver sine opplevelser av å bli isolert med begreper som:

"helpless, punished, depressed, humiliated, lonely, locked in, degraded, frustrated, angry, afraid, guilty, worried".

(Martinez et. al.1999).

Kvalitetsforbedringstiltak: Baradell beskriver det teoretiske grunnlaget for isolasjonen og de kriteriene som er utviklet for denne intervensjonen, og holder opp mot denne alternativet med å intensivere en-til-en oppfølgingen som et mer humanistisk orientert omsorgstilbud. De ulike fasene i den alternative metodikken beskrives utdypende (Baradell 1985). Ventura gjør rede for et program for en systematisk opptrapping av en-til-en kontakt for å forebygge isolasjon ved to større psykiatriske avdelinger

som ledd i å skape et detaljert og standardisert nasjonalt program (Ventura et. al. 1992).

Metode

Studien er en del av *Prosjekt Undervisningsavdeling*, som er et fireårig forsknings- og utviklingssamarbeid mellom Høgskolen i Hedmark, Avdeling for sykepleierutdanning og et psykiatrisk sykehus - representert ved Akuttposten. Prosjektet har publisert flere delstudier knyttet til miljøterapi og omsorg overfor maniske pasienter (Hummelvoll et.al. 2001) og samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten (Holst 2001). Den foreliggende rapporten er en videreføring av et tidligere notat med fokus på hvordan personalet ved to akuttposter erfarte og begrunnet intervensjonen skjerming (Holte 2000). Studien fokuserer på en videreutvikling av personalets kompetanse knyttet til miljøtiltaket skjerming overfor personer i en psykotisk fase. Rapporten følger i store trekk den samme handlingsorienterte forskningstradisjon som er benyttet i tidligere arbeider innenfor rammene av Prosjekt Undervisningsavdeling.

Kontekst: Studien er gjennomført på Akuttposten som har til sammen 22,6 stillinger (fire psykiatriske sykepleiere, ni sykepleiere, fem hjelpepleiere og fire assistenter). De representerer samlet et bredt spekter både i faglig sammensetning og tid ansatt ved posten, fra et halvt til 13år. Det er tilknyttet en avdelingsoverlege og to assistentleger (80%) en sosionom og en halv stilling for aktivitør og legesekretær.

Posten har plass til ti pasienter. Den skal ta seg av, vurdere og behandle mennesker med akutte behov for psykiatrisk spesialistkompetanse, og skal sammen med en annen akuttpost dekke den lovpålagte øyeblikkelig-hjelpfunksjonen i fylket. Pasientene har en bred alderssammensetning og er for det meste preget av mennesker som er i en krisesituasjon med

hovedsakelig psykotiske reaksjoner, både knyttet til stemningslidelser og mer akutte reaktive, schizoaffektive eller schizofrene lidelser.

Akuttfunksjonen medfører at man må sørge for å ha plass for nye hjelpetrengende pasienter. Pasientsirkulasjonen er som følge av dette relativt stor. Inngangsterskelen er relativt høy og derfor vil de pasientene som kommer oftest ha et uttalt omsorgsbehov på grunn av den komplekse problematikken de representerer (Hummelvoll & Røsset 1999).

Design: Det overordnede design for hele forsknings- og utviklings-samarbeidet er handlingsorientert, hermeneutisk aksjonsforskning, og fordi temaet som det forskes på er relativt lite utforsket både i psykiatrisk forskning og i psykiatrisk sykepleie, har denne rapporten et beskrivende, utforskende og kvalitativt design. For å belyse problemstillinger i praksisfeltet er handlingsorientert forskningssamarbeid et relevant design da hensikten er forskning for praksis, i praksis og sammen med praksis. Metoden beskrives som:

"en nøye planlagt diskusjon med den hensikt å få kunnskap om en velavgrenset problemstilling i et tillatende og ikke-truende miljø, og er kjennetegnet av at gruppen består av mennesker som har visse felles egenskaper, og som gir undersøkelsen data av kvalitativ natur under en fokusert diskusjon"

(Sørfonden & Finstad 2000).

En slik tilnærming har sitt teoretiske fundament i en humanistisk orientering og personalet betraktes som selvbestemmende. Personalet på Akuttposten er involvert som medforskere og som med-subjekter og det innebærer at refleksjoner som medfører forandringer skjer parallelt med forskningen (Hummelvoll et.al 2000). Baselinedata er vesentlig for å klargjøre sine forutsetninger og som det tas utgangspunkt i når personalet

sammen med forskerne bestemmer hvilke forskningstema de ønsker å belyse (Hummelvoll & Røsset. 1999).

Fasene for det handlingsorienterte forskningssamarbeidet går gjennom fire ulike faser (Hummelvoll et.al. 2000) som består av en veksling mellom refleksjon, utprøving, og ny kritisk refleksjon for å skape den dialektikken som kan fremme en reflektert og bevisst praksis.

Fasene i det handlingsorienterte forskningssamarbeidet

Fase 1: Forskeren og med-forskerne blir i denne fasen enige om forskningstema og avklarer noen tentative problemstillinger. Med-forskerne kan velge å utforske enkelte aspekter ved deres erfaringer, prøve ut nye ferdigheter, metoder eller tilnærminger, eller endre rammene for sin praksis. I denne fasen anvendes primært anbefalt kunnskap (propositional knowledge). I denne studien var temaområdet skjerming, både dens teoretiske begrunnelse og praktiske gjennomføring, og forskningsspørsmålene er presisert i introduksjonskapittelet. Gjennom undervisning høsten 1999 og våren 2000 ble det undervist om skjerming særlig med vekt på grunnleggende begreper omkring denne intervensjonen. Datagrunnlaget fra tidligere kvalitative intervjuer ble presentert sammen med en del grunnleggende forståelse av psykose og miljøterapi, knyttet til Gundersons miljøvariabler. Datasamlingsmetoden var litteratursøk og fokusgruppeintervju (Hummelvoll et.al. 2000).

Fase 2: I denne fasen anvender deltagerne ideer og prosedyrer i sin daglige virksomhet. De anbefalte holdninger og handlinger ble gjennomført sammen med en observasjon og registrering av egne og hverandres adferd (Holte 2000). I denne fasen legges det særlig vekt på praktisk kunnskap. Både undervisningstimene og en del av veiledningen var preget av refleksjon og dialog og dannet basis for kunnskapsutvikling.

Fase 3: Medforskerne vil i denne fasen være fordypet i praksis og kan enten kjenne seg opprømte over ny interesse og engasjement i forhold til pasientgruppa, eller kjenne seg utmattet i forhold til hverdagens problemer og vansker. Enkelte vil kunne glemme at de deltar i et forskningsprosjekt, ved at de glemmer undervisningen eller avtalt rapportering. Denne fasen er avgjørende for forskningsprosessen, fordi denne typen full fordypning i den daglige praksis kan åpne for hva som skjer med dem og med sine kollegaer. En slik åpenhet kan bidra til at de opplever og forstår erfaringer på en ny måte ved å 'parantessette' sine tidligere erfaringer. Denne fasen involverer primært erfaringskunnskap.

Fase 4: Her går en tilbake til de opprinnelige forskningsspørsmålene etter en passende periode i fase 2 og 3, og ser på disse i lys av erfaringene som er kommet fram. Forskningsspørsmålene kan enten reformuleres, avvises eller en kan formulere nye. Selve forskningsopplegget kan også modifieres slik at de på en best måte kan fange opp de erfaringene som er gjort. Denne fasen vektlegger en kritisk granskning av den anbefalte kunnskapen og praksis som ble valgt i fase 1. I denne aktuelle studien ble denne fasen dekket ved at man gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer (à to timer) med tre ulike grupper med ulik yrkesbakgrunn over en periode på 3 uker. Deretter fulgte en dataanalyse og det foreløpige resultatet ble lagt fram og drøftet med veileder og en av personalet.

I dette prosjektet følger en femte fase som en konsekvens av den foreliggende rapport. Det er en forutsetning at hele personalet leser rapporten og at man på et definert tidspunkt (oktober 2001) starter den nye, begrunnede praksis som personalet som medforskere har blitt enige om. Rapporten blir presentert på et dagsseminar (august 2001) og enkelte temaer vil bli fulgt opp i undervisningen sammen med en refleksjon og dialog med det formål å etablere og forfine praksisforståelsen knyttet til intervensjonen skjerming (Hummelvoll et. al. 2000).

Konkretisering av datasamlingsmetoder og analyse

Flere metoder er benyttet i aksjonsforskningen; 1. litteraturstudier, 2. undervisning og 3. fokusgruppeintervjuer.

1. Litteratursøk:

Litteratursøket har skjedd med fokus på perioden fra 1980 – 2000, både på **BIBSYS** med søkeordene: *skjerming, miljøterapi ved akutte psykoser, psykosebehandling*, og på Medline, **Cinahl, WebSPIRS, First-search, Embase Psychiatry** med søkeordene: *seclusion, patient-isolation, psychotic disorders, social isolation*.

Det kommer fram at 'seclusion' som best kan oversettes med isolering, er en meget vanlig benyttet prosedyre ved behandling av inneliggende pasienter med fysisk utagering eller med en kraftig hallusinose. Begrepet 'seclusion' er viet relativt stor oppmerksomhet. Litteraturen kan kort deles inn i **a) utbredelse og ulike faglige begrunnelser for tiltaket:** (Fisher 1994, Gibson 1989, Kilpatric 1989, Lendemeijer et. al. 1997, Mason 1994 og Outlaw & Lowery 1994) **b) effekt vurderinger av skjermingen:** (Cashin 1996, Kennedy et. al. 1994 og LeGris et. al. 1999), **c) sykepleiernes holdninger:** (Alty 1997 og Muir-Cochrane 1996), **d) pasientopplevelser:** (McBride 1996, Meehan et.al. 2000 og Wilson 1993), og **e) etiske refleksjoner og kvalitetsforbedringstiltak:** (Baradell 1985, LeHane & Rees 1996, Ventura et. al. 1992, og Visalli & McNasser 1997). Da den internasjonale litteraturen ikke skiller mellom isolering og terapeutiske prosedyrer knyttet til tettere personaloppfølging, er det vanskelig å trekke direkte veksler på denne litteraturen i forhold til den norske forståelsen av skjermingsmetoden selv om en del av erfaringene er overførbare.

2. Undervisning:

I løpet av høsten 1999, og våren og høsten 2000 har temaet om skjerming blitt presentert i Akuttpostens undervisningsopplegg ved flere anledninger. Hensikten med undervisningen har vært å stimulere videre kompetanseutvikling hos personalet ved å kombinere teoretiske refleksjoner med samtale om praktiske erfaringer og utfordringer knyttet til skjermingsintervensjonen. En del av det teoretiske grunnlaget har vært en systematisk framstilling av psykiatriske sykepleieres tenkning og praksis knyttet til samarbeid med psykotiske, og avklaring av de miljøterapeutiske grunnprinsippene som skjermingsintervensjonen hviler på. Ulike kompendier og sammendrag av denne undervisningen ble delt ut i posten og benyttet til videre arbeid.

De pedagogiske refleksjonene som lå til grunn for undervisningen fulgte de rammene som allerede var innarbeidet med vektlegging av utviklingen av yrkeskompetanse som består av tre dimensjoner: kunnskap, metodisk kompetanse, verdier og holdninger (Hummelvoll & Røsset 1999, Hummelvoll et. al. 2000). Undervisningsopplegget skal inkludere ny forskning og drøfte om resultatene er relevante og anvendbare i posten. Det er avgjørende for kompetanseutvikling at den erfaringsbaserte kunnskap blir fokusert og kritisk gransket både i personalgruppen og hos den enkelte yrkesutøver. Dialogen blir hovedmetoden og holdningen til undervisningen skal preges av deltagerstyrt læring. Den pedagogiske ide er at undervisningen skal bidra til økt bevissthet i forhold til mulighetene som finnes i posten for kunnskapsutvikling, og gjennom systematisk bruk av refleksjon frigjøre, omdanne og verbalisere denne kunnskapen slik at den kan deles med andre. Undervisningen skal på denne måten bidra til å at den enkelte utvikler et eget språk for praksis (Hummelvoll & Røsset 1999).

3. Fokusgruppeintervju:

Forberedelser og gjennomføring.

Fokusgruppeintervjuer er en stadig mer benyttet metode innenfor handlingsorientert forskning. Metoden ble valgt da den harmonerer godt med den refleksive prosessen som personalet (med-forskerne) nå har vært igjennom de siste tre årene. Metoden kombinerer gruppedynamiske og kvalitative forskningsmetoder for å frambringe god 'datakvalitet' på en økonomisk og tidsbesparende måte (Morgan 1990, Morrison & Peoples 1999). Fokusgruppeintervjuer vurderes som velegnet for undersøkelser av menneskers erfaringer, ønskemål eller vanskeligheter (Tillgreen & Wallin 1999) eller når man ønsker en dypere forståelse av meningsdannelse og holdninger til spesielle emner i en gruppe (Maunsbach & Delholm - Lambertsen 1997).

Det er vesentlig å være klar over at innen kvalitativ forskning er en bevisst at data skapes sammen med respondentene og at validiteten styrkes ved en grundig beskrivelse av framgangsmåten, og at personale opplever gjenkjennelse.

Forberedthet og kjennskap til feltet og fenomenet er en forutsetning for å finne holdbare data og det er viktig å utvikle en temaguide som benyttes til strukturering og fokusering av temaet (Tillgreen et.al. 1999, Sørfonden et.al. 2000).

Gjennomføring: I denne studien inviterte forskeren til sammen 15 personer (syv sykepleiere, tre spesialsykepleiere, to hjelpepleiere og tre assistenter) til å delta i tre grupper med to timers varighet. Bare en av deltagerne hadde mindre erfaring enn ett år i avdelingen, og de fleste fra tre til fem år. To av deltagerne deltok i to grupper. Utvalget ble bevisst foretatt (purposive sampling) av avdelingsledelsen med en vektlegging på spredning av formalkompetanse og tid ansatt i posten, slik at de representerte et snitt av personalgruppens kompetanse (Morrison et.al 1999).

Under samtalen søkte man å sammenfatte kunnskaper om skjerming og erfaringer knyttet til det spesielle samværet med en psykotisk person inne på en slik enhet. Forskeren fungerte som moderator og med veileder som observatør ved to av gruppene og postens prosjektkoordinator som observatør ved den tredje. Følgende åpne intervjuguide ble benyttet som holdepunkter:

"Å være på skjerming "

- Hvordan er det å være på skjerming? Kan det sammenlignes med noe ?
- Å finne plassen din, hva vil det si?
- Hva er vår egentlige oppgave eller vår rolle?
- Finnes det en god/riktig måte å være der på?

"Å være sammen med den skjermede"

- Hva særpreger det første møtet med en ny pasient?
- Hva legger du spesielt vekt på for å få kontakt?
- Hvordan viser du respekt?
- Hvis du er redd, hva er du redd for? Hva ville ha hjulpet deg til å bli trygg?
- Forsøker du å møte pasienten i dens forestillingsverden, hvor langt er det riktig å gå?

"Å begrunne tankene og handlingene dine overfor denne typen omsorgsarbeid"

- Når du forsøker å begrunne skjerming overfor pasienten,
- hva er det viktigste du vil si?
- Hjelper skjerming alle pasienter? Hva er utslagsgivende?

- Kan skjerming være uheldig eller skadelig?
- Har du noen gang opplevd tvil i forhold til nytten av å skjerme? Hva har du gjort for å bli tryggere på dette?
- Har du noen gang vært i tvil om retningslinjene har vært riktige, hensiktsmessige?
- Har du noen gang opplevd å krenke pasienten, hvordan vet du det, og hva har du gjort for å "bøte på" skaden?

Forskeren la vekt på en åpen og vennlig, men samtidig utforskende holdning for å skape en trygg gruppesituasjon og en interessant samtale. Moderator ledet en del innledningsvis, men lot ellers samtalen forløpe fritt, summerte opp underveis og trakk alle deltagerne med i samtalen. Observatøren hadde et særlig ansvar for å registrere gruppedynamikken og følge opp med enkelte utdypende spørsmål.

Analyse og tolkning.

Intervjuene ble tatt opp på bånd, gjennomlyttet to ganger, og transkribert verbatim. Etter flere gangers gjennomlesning sammenfattet ble de bærende temaer og problemstillinger sammenfattet ved å skrive nøkkelord i margin som basis for preliminær analyse (Hummelvoll & da Silva 1996).

Kodingen av materialet skjedde ved hjelp av hovedtema, undertema og mønstre som kom fram. Både konsensus og mindretallsoppfatninger ble søkt belyst. På grunnlag av disse ble sentrale temaer trukket ut, og deres spesifikke innhold illustrert med utsagn. En av gruppedeltagerne leste igjennom kategoriene med eksempler og bekreftet validiteten. Dialektikken i de ulike utsagnene ble framstilt i en teoretisk modell som synliggjorde ulike former for skjermingspraksis.

Etiske overveielser og studiens nytteverdi:

Dette forskningsarbeidet er ønsket av sykehusets ledelse. Personalet på akuttposten har som mål å utvikle seg til en kompetanseenhet i forhold til stemningslidelser. De ønsket derfor å delta i dette forskningsprosjektet på et skriftlig informert grunnlag. Når det gjelder vurdering av skade (for pasienter) blir denne muligheten vurdert som minimal. Målet for forskningen er å forbedre kvaliteten av omsorgen og behandlingen av mennesker med stemningslidelser eller psykotiske forvirringstilstander, og vil derfor ta hensyn til prinsippet om velgjørenhet. Ingen pasienter involveres i forskningen direkte i form av at forskerne intervjuer eller observerer. Indirekte benyttes pasientdata i de fortellingene som kommer fram i fokusgruppeintervjuene men er anonymisert i framstillingen. For personalet vil deltagelsen i forskningen kunne bidra til å videreutvikle deres kompetanse og dermed oppnå en større personlig trygghet i arbeidet med pasientgrupper som oppleves som faglig utfordrende.

En mer generell nytteverdi er knyttet til at studien er et felt (psykiatrisk sykepleie med et holistisk-eksistensielt fokus på skjermingsintervensjonen) som er lite utforsket og kommentert innenfor det innhold vi i Norden legger i begrepet (Hummelvoll et al. 2000).

Studien forsøker å undersøke personalets profesjonelle livsverden som grunnlag for å avdekke og videreutvikle den erfaringskunnskapen som begrunner skjermingens hvordan og hvorfor. En kan anta at det vil være av stor betydning for kvaliteten av samhandlingen, motvirke tillegglidelser som krenkelser og opplevd hjelpeløshet for pasienten, men også forstå og forebygge slitasje, og utbrenthet hos den enkelte og i personalgruppa.

Metodologiske refleksjoner.

Det er en stor utfordring innen kvalitativ forskning å fininnstille sin evne til å lytte seg inn til respondentenes profesjonelle livsverden samtidig som en

tilstreber å møte intervjupersonenes fortelling undrende - samtidig som en har sitt egen for-forståelse av oppsamlet og tilegnet kunnskap. En modell skal da heller ikke presenteres som å være fullstendig, men en skal både under analysen og etterpå la seg belæres av virkeligheten. Validitet innen kvalitativ forskning preges av andre kriterier enn ved en kvantitativ analyse, den er ikke hypoteseprøvende, men er heller en avprøvning som kan bekrefte eller avkrefte tyngden eller bærekraften i antagelsene (Hummelvoll& da Silva 1996).

Funnene fra denne handlingsorienterte, hermeneutiske aksjonsforskningen er et resultat av samarbeid mellom forskere og deltagere (med-forskere). De data som ligger til grunn for analyse og tolkning er stimulert gjennom ukentlig undervisning (med vekt på refleksjon og dialog) og pasientsamarbeid. Prosjektet er langsiktig og denne rapporten skal danne grunnlag for videre refleksjon knyttet til praksisutøvelsen. Reason (1994) hevder at:

Co-operative inquiry claims to be a valid approach to research with persons because it 'rests' on a collaborative encounter with experience. This is a touchstone of the approach in that any practical skills or theoretical propositions that arise from and be congruent with this experience (s. 327)

Validiteten av dette møtet med erfaring hviler på god kvalitet, kritisk holdning, bevissthet om innvirkning (på data) og velinformerte vurderinger fra medforskerne. Dette kalles 'kritisk subjektivitet' (Reason 1994). Denne kritiske subjektiviteten betyr bl.a. at man ikke undertrykker subjektive opplevelser og erfaringer, men at man er klar over at kunnskapen kommer fra dette perspektivet. Videre betyr den kritiske subjektiviteten at man er klar over feilkilder og at man presiserer disse når resultatene videreformidles. Denne kritiske innstillingen involverer også en

selvrefleksiv oppmerksomhet noe som kom tydelig fram under intervjuene. En nærliggende feilkilde er press mot konsensus (som kan resultere i ´falsk konsensus´) - i betydningen av å ha felles forståelse og felles holdninger - når det faktisk eksisterer divergerende oppfatninger. Imidlertid viste det seg under alle intervjuene at utsagn ble imøtegått og erfaringer imøtegått med nyanseringer og ´moterfaringer´.

Det var 5-7 personer med i hver av de tre fokusgruppene og bare en person var med ved to anledninger. Deltagerantallet og antall grupper er innenfor de grenser som settes for fokusgruppeintervjuer (Tillgren og Wallin 1999). I denne studien er den aktuelle gruppen sammensatt av de fleste personalkategorier som arbeider ved posten. Alle hadde deltatt i undervisningsprogrammet og var godt kjent med de synspunktene som var representert i personalgruppen. Morgan (1990) understreker at jo mer homogen populasjonen er, desto færre grupper trengs. Kvaliteten av data blir derfor vurdert til god.

Den kommunikative validiteten knyttet til resultatene fokusgruppeintervjuene synes også god. Enkelte av deltagerne leste og kommenterte analysen og ga uttrykk for gjenkjennelse og at de aksepterte de sentrale opplevelsene knyttet til skjermingsintervensjonen (begrepsvaliditet) og de holdningene som ble beskrevet.

Den pragmatiske validiteten som uttrykker om gyldigheten av den nye kunnskapen fører til holdnings- og adferdsendring, og om kunnskapen kan brukes til å forbedre de forholdene som er studert, kan ikke vurderes på nåværende tidspunkt (Kvale 1994). Dette kan kun vurderes etter at personalet har lest og begynt den praksis som anbefales.

Intersubjektiv validitet er forsøkt ivarettatt gjennom veiledning og deltagelse ved ressursgruppen for skjerming med deltagere fra begge akuttpostene som ble opprettet.

Studien er lokal i den forstand at den bygger på erfaringer innen en bestemt kontekst, nemlig Akuttposten. Det er likevel grunn til å tro at de som arbeider innenfor en tilsvarende avdeling vil oppleve at de i det minste vil kunne gjenkjenne deler av resultatpresentasjonen og anbefalingene, og at de kan reflektere over relevansen for deres eget arbeid (Hummelvoll et al. 2000).

Presentasjon og tolkning av funn

Det er viktig å være klar over at skjerming er en behandlingsintervensjon som på den ene siden er et viktig og nødvendig omsorgstiltak samtidig som den ofte kan oppleves som en form for straff av enkelte pasienter.

Oppmerksomheten på de små avgjørende detaljene i samspillet både før under og etter at skjermingsprosedyren er gjennomført er avgjørende.

Evnen til å se detaljene i samspillssituasjonene fra ulike perspektiver og posisjoner er en forutsetning for å gjøre de vesentlige endringene som kan bidra til at pasienten opplever respekt, trygghet, sikkerhet og kontroll.

Psykiatrisk behandling og pleie er et etisk prosjekt og begrunnelsen for å overprøve en persons autonomi relateres til ikke-skade-prinsippet og til prinsippet om hypotetisk samtykke. En slik intervensjon medfører at personen delvis avstår fra autonomi, og denne situasjonen krever innlevende forståelse, og krever både klokskap og kjærlighet fra helperens side. Ikke alle former for paternalisme kan avvises, og dette gjelder genuin og ønsket paternalisme (Hummelvoll 1995).

I det følgende vil jeg presentere funn på grunnlag av de tre intervjuene.

En dynamisk refleksjonsmodell presenteres innledningsvis som sorterer handlinger og holdninger i samspillet sett fra tre ulike posisjoner.

Hver posisjon uttrykker en grunnleggende etisk holdning i møtet med pasienten i spennet mellom overbeskyttelse og ansvarsfraskrivelse - inn mot balansepunktet – den ønskede eller genuine paternalismen.

Jeg vil først presentere noen av de mest sentrale kjennetegn på posisjonene hentet fra intervjuene i dette skjemaet for å kunne speile hoveddynamikken i prosessene. Deretter presenteres hovedtema og undertema slik at

skjermingspraksis ut fra analysen kan gjenkjennes innenfor en av posisjonene .

<p>"AUTONOMI"</p> <p>"selvbestemmelse"</p>	<p>DEN GENUINE el. ØNSKEDE PATERNALISME</p> <p>Hviler på et hypotetisk samtykke</p> <p>"medbestemmelse"</p>	<p>"UØNSKET PATERNALISME"</p> <p>"overbeskyttelse"</p>
<p>Den liberalistiske individorienterte kulturen</p> <p>Pasienten må alltid få bestemme selv, Han er eksperten på sin lidelse</p> <p>"Jeg-jeg"</p> <p>Enhver har rett til å skape sitt eget liv, men også til å "gå til grunne"</p> <p>Vennsapsrollen</p> <p>Symptomer kan være tilfriskning, og tegn på en sunn reaksjon</p> <p>En må få lov å leve ut sin "galskap"</p> <p>få lov å "blamere" seg det er et asyl/fristed</p> <p>Bare situasjons-og-skjønnsbasert-styring</p> <p>Overlater mest mulig til pasienten</p> <p>"Går etter.."</p> <p>lar pasienten finne veien selv</p>	<p>Den personorienterte og integrerende omsorgskulturen</p> <p>Et tydelig og felles ansvar for personen i lidelsen</p> <p>En lyttende undrende og dialogsøkende holdning</p> <p>"Jeg-du"</p> <p>Respekt for den unike personen i og bak lidelsen Personorientert humanistisk tilnærming med fokus på relasjonsbygging</p> <p>Omsorgsrollen</p> <p>Symptomer er også forsøk på å mestre et smertefullt liv, må ses i lys av hele personens liv</p> <p>mestringen kan bli et uheldig mønster</p> <p>"løsningen bli problemet"</p> <p>Prinsipper sammen med moden og reflektert situasjonsforståelse</p> <p>"Går ved siden av eller sammen med.."</p> <p>Likeverdig</p> <p>"Ansikt-til-ansikt"</p>	<p>Den psykiatrisk-medisinske behandlingkulturen</p> <p>Formynderi</p> <p>Ansvarsovertagelse</p> <p>Ekspertsyndromet, "vi vet best!"</p> <p>Generelle holdninger,</p> <p>"Jeg-det"</p> <p>Tingliggjøring</p> <p>Psykologisering</p> <p>Medikalisering</p> <p>Psykiatrisering</p> <p>Vokterrollen</p> <p>Symptomer er patologi- og derved tegn på sykdom som skal dempes</p> <p>kontrolleres</p> <p>behandles</p> <p>symptomfrihet=frisk</p> <p>Mange regler-forordninger som "er bestemt "</p> <p>prinsipper for prinsippenes skyld</p> <p>"Går foran"</p> <p>"Ovenfra-og-ned"</p>

Figur 1: Skjermingspraksisens ulike dynamiske posisjoner.

Modellen forstås slik at de ulike posisjonene kan være nødvendige og legitime i en gitt situasjon, men at målet i skjermingssituasjonen er å tilstrebe balanseposisjonen i retning av den ønskede paternalismen. I dette balansepunktet gis rom for et åpent og trygt møte som kan fremme en trygg allianse mellom hjelperen og den hjelpetrequende. Dette fellesskapet eller alliansen kan forhåpentligvis beskytte mot psykosens 'herjinger', eller det som kan oppleves som et 'drøm i våken tilstand'. Dette møtet kan styrke personens tro på seg selv ved å bli sett og bekreftet bak og gjennom forvirring, frykt og storhetstanker, slik at de basale behov og begjær kommer fram (Hummelvoll et.al. 2000).

Målet for den totale behandlingen er selvsagt en dreining mot mest mulig selvstendigjøring, slik at behovet for den genuine eller ønskede paternalismen oppheves ved at pasienten gjenvinner kontroll og autonomi, både reelt og formelt.

For å finne dette gode balansepunktet må en ofte bevege seg mellom å intervenere tydelig og bestemt – for så 'å slippe opp', mellom det å 'gå foran' opp mot det å 'gå etter', for så å kunne finne relasjonen der en 'går sammen med'. Denne dynamiske bevegelsen krever både sanseskarphet, en trygg integrert faglighet, støtte i personalgruppa og moralsk mot (jfr. Andersson 2000). En slik posisjon kan man skape ved en undrende, respektfull grunnholdning og ved å prøve ut det som kommer fram i dialogen og samspillet, for så kanskje å bli 'invitert inn' til personen i og bak psykosen. Slik kan man oppdage akkurat denne personens sårbarhet som igjen kan skape grunnlaget for det genuine møtet.

Hva tror personalet om pasientens opplevelse av å bli skjermet.

Personalet er ganske enstemmige om at det i all hovedsak må oppleves som en form for straff ved at:

En må være på et nakent rom, en seng på en vegg, det virker som et lite fengsel” (Respondent B)

Dette er en uttalelse som går igjen. Pasienten er isolert fra fellesskapet, fratatt selvbestemmelsesretten, og selv om det begrunnes med beskyttelse, tenker flertallet av personalet at det må oppleves både ensomt og krenkende. Noen respondenter tar også med at en del pasienter kan oppleve det som trygt og ivaretagende.

En kan undre seg over hvorfor personalet har et såpass negativt syn på skjerming når intervensjonen benyttes relativt ofte, og hvilke konsekvenser en slik vurdering kan ha for engasjementet og tro på tiltakets terapeutiske verdi.

Hvordan opplever personalet det å delta på skjerming?

Her beskriver personalet en stor bredde i opplevelsene, fra frykt:

”Det er som å sitte som på nåler” (Respondent K),

”å være livandes redd” (Respondent J)

og noe mer moderate opplevelser av utrygghet fram til at det er:

”interessant, utfordrende - og faktisk morsomt.” (Respondent F)

En uttalelse som:

”Vi får jo en klump i magen og brystet når vi skjermer.. vi gjør jo det..”

(Respondent D)

er representativ for hovedopplevelsen i samspillet med den skjermede særlig knyttet til det første møtet.

I denne aller første bli-kjent-fasen vet en aldri hvor en har pasienten og den store utfordringen er å skape mest mulig trygghet både for pasienten og personalet. Flere trekker fram hvor viktig det er å oppleve trygghet i

forhold til sine nærmeste medarbeidere i en slik fase og særlig knyttet til enkelte tilspissede episoder inne på skjermingsenheten.

Klare rammer og struktur skaper forutsigbarhet for begge parter og er en forutsetning for å kunne 'stå i situasjonen'. Personalet uttrykker at gleden og tilfredsheten ved å delta i skjerming kommer av å se pasienten gjenvinne kontroll og opplever trygghet slik at personen kommer fram også i den psykotiske fasen.

Flere trekker fram at skjermingskulturen har blitt forandret i løpet av prosjektperioden. Den er ikke så firkantet og rigid som tidligere, men mer tilpasset personen og situasjonen.

Opgaven med å ivareta integriteten er en fortløpende utfordring gjennom hele innleggelsen, men er særlig betydningsfull i perioden inne på skjermingsenheten. Det å tilstrebe et godt samarbeidsklima understrekes av hele personalgruppa, men at det samtidig kan by på store utfordringer i balanseringen mellom en fast struktur og muligheten for fleksibilitet.

Å bygge allianse

Å bygge en trygg allianse er en krevende oppgave for personalet. Det fokuseres på denne prosessen både i den første fasen og fortløpende gjennom hele forløpet inne på skjermingsenheten. Å møte en person dypt inne i sin psykotiske verden er både fascinerende og krevende og kan enkelte ganger være som å møte 'et menneske fra en annen verden', eller som en av informantene litt oppgitt uttrykte det:

"de forstår ikke oss og vi forstår ikke dem" (Respondent A)

Det innebærer en stor utfordring å finne den andre personen bak og i en desintegert og regrediert tilstand, preget av forvirring og manglende evne til å sortere sanseinntrykk på en hensiktsmessig måte og et slik arbeid krever en særegen form for kompetanse. I arbeidet med å bygge dette nødvendige fellesskapet går en gjennom flere underfaser og prosesser.

Å etablere kontakt og 'finne den rette tonen'

Det å finne tonen med akkurat denne personen ved å balansere nærhet og avstand, finne de riktige ordene, er særlige utfordringer personalet trekker fram. Det handler om å komme overens med akkurat denne personen her og nå. For å ta pasienten på alvor mener en del av respondentene at det nok bør gis rom for å si fra til hverandre hvis man ikke makter å skape den nødvendige gode kontakten. På denne måten kan de som mesterer å bygge den gjensidige relasjonen få mer ansvar og tid sammen med pasienten som primær- og sekundærkontakt. En slik fleksibel holdning må vurderes i forhold til faren for splitting av personalgruppa.

Flere av informantene trekker fram hvor viktig det er å opptre ærlig både over for seg selv og pasienten som grunnlag for relasjonsetablering.

Det understrekes hvor viktig det er å være vår i det første møtet, ta 'magefølelsen' på alvor, føle seg fram, registrere kroppsspråk og ta inn stemninger, finne den gode plasseringen i rommet og det riktige tempoet i samspillet. Dette er en type kompetanse som knyttes til den enkelte pleier og som skapes og forfines i stadig nye møter kombinert med refleksjoner under og etter samværet. Det kan også være vanskelig å uttrykke denne tause kunnskapen:

"jeg vet det først når jeg er der" (Respondent E)

som en av informantene uttalte.

Flere av pleierne er opptatt av å være ydmyke og arbeide for å lete fram den andres ressurser, interesser, eller noe vedkommende 'er god på'. Å gå inn med en lyttende, undrende holdning, som uttrykker vilje til å være tilstede for akkurat denne personen her og nå, trekker flere fram som en fruktbar strategi. Et viktig arbeid er å finne fram til hvem personen er og gi ham bekreftelse for akkurat det. Kroppsholdninger som 'å sitte sånn veldig autoritær' bør unngås da det kan skape utrygghet og eventuell utagering.

Å lære seg å ta imot eventuelle negative utspill og projeksjoner uten å bli særlig truet er trygghetsskapende. Det 'å romme' den andres opplevelser, speile, for så å avlede helst ut fra godt kjennskap til pasienten, gjøre ting sammen med pasienten, kortspill, rusleturer osv, er også meget brukte strategier.

Å finne de riktige ordene

Flere understreker at det ikke er grunn til å prate mye innledningsvis, men å finne de viktige og riktige ordene, dvs. ordene som fremmer trygghet og tillit i motsetning til ord som provoserer, sårer og skaper avstand. En del av respondentene opplever en latent frykt for å plutselig komme inn på temaer som er for private og som naturlig nok kan virke invaderende for begge parter. Andre trekker fram hvor stressende eller slitsomt det oppleves å stadig bli misforstått på ulike måter.

Det kan synes som om de fleste er enige om å la relasjonen få vokse naturlig fram ved å bygge på det som oppleves felles i situasjonen. Det å la pasienten få oppleve å ha betydning i seg selv, bli speilet som person og tilstrebe et ekte respektfullt møte hvor det er rom for å ta imot opplevelsen av å være skjermet, gjentas som grunnleggende holdninger og strategier. Begrepet beskyttelse brukes ofte og i ulike betydninger. Det kan bety beskyttelse fra indre kaos og fragmentering, beskyttelse mot den truende ytterverdenen, men også som å beskytte pasientens integritet ved å styrke retten til å bestemme i eget liv. Det gjentas som sentralt å skape situasjoner som fremmer kontroll og demper maktesløshet og apati.

Å finne den gode begrunnelsen

Å finne begrunnelser for skjermingen kan være vanskelig ansikt til ansikt med pasienter som kanskje opplever den som en straff, eller som overhodet ikke forstår hvorfor de ble innlagt. Utfordringen må løses der og da og det å nå fram med en forståelig forklaring gir styrke og sikkerhet i samspillet med pasienten.

Respondentene trekker her fram betydningen av å være ærlige og tydelige og har ulike strategier for å nå fram. Enkelte forsøker å speile personen i forhold til 'normaltilstanden', og forsøker å formidle at det er det de ønsker å føre pasienten. Andre begrunner skjermingen med omsorg:

"En behøver ikke bruke disse fine angripende ordene.. men hvile er fint synes jeg.. du trenger hvile og ro rundt deg nå.. derfor er du her en periode.." (Respondent G)

Det oppleves vesentlig å være ærlig og samtidig unngå en direkte konfrontasjonen som kan framprovosere en uheldig maktkamp som kan skade oppbyggingen av det gode samarbeidet.

Å finne den gode rollen

Inne på skjermingsenheten opplever personalet å leve i spennet mellom den tradisjonelle vokterrollen, med firkantede regler, tydelige forutsigbare sanksjoner preget av en klar ovenfra-og-nedad-holdning, og en tydeligere omsorgsrolle, med egenskaper som støttespiller, medspiller, trygghetsformidler, altså en mer samarbeidsorientert rolle. En pasient beskrev overfor en pleier sin situasjon inne på skjermingen som:

"..å drive rundt på en planke på et opprørt hav" (Respondent D)

Hun foreslo selv viktigheten av 'å finne en bølge der ute, en som kunne bli med i noen av bølgene, men som har et tilstrekkelig solid bunnfeste og som kan peke på landkjenning'. Dette var et godt bilde på hva hun opplevde i møtet med pleieren. Informantene tolket en slik fleksibel og sikker rolle ut fra egenskaper som å være trygg i seg selv og i miljøet, og en som hadde oversikt og realitetskontakt. Slike egenskaper behøves når pasienten opplever mye indre kaos.

Å by på seg selv, bli personer for hverandre.

En del pasienter uttrykker et klart behov for likeverdighet når det gjelder å dele eller fortelle om seg og sitt og savner en jevnbyrdighet i det å bli personer for hverandre. De ønsker å få slippe å stadig måtte blottlegge seg uten ´å få noe tilbake´. I forhold til dette behovet kommer ulike holdninger og synspunkter til uttrykk i personalgruppa. Enkelte er svært forsiktige med å bli personer uansett situasjon, i frykt for å bli privat. Noen forteller en del om seg selv og andre igjen deler av seg selv der de opplever det naturlig. Alle er opptatt av at hensynet til pasienten er det viktigste.

Det er enighet om at man må passe seg vel for å ikke belaste pasienten med sitt eget privatliv slik at det oppstår en uheldig sammenblanding. Det er vesentlig med riktig ´timing´ og situasjonsforståelse, og flere opplever at nok ikke alle temaer er egnet til ´avsløring´ eller deling. Noen benytter seg av å bli mer personlig noe mer strategisk, enten for å skape kontakt eller kartlegge pasientens livssituasjon:

"En må gi litt for å få personen på glid" (Respondent G)

Det virker som det gjelder å finne sitt eget trygghetsnivå i forhold til det å bli en person og flere ønsker å kunne ta dette opp og skape åpenhet i pleiegruppa om når og eventuelt hvordan en slik nærhet til pasienten er gunstig. Noen opplever at det å skille mellom å dele og det å utlevere seg selv, kan være en viktig distinksjon. Det var nok flere som mente at det å ´by litt på meg selv som menneske´ synliggjør en holdning der pleieren viser respekt og nærværenhet og som derfor viser innlevelse i pasientens situasjon her og nå.

Det kommer tilsyne at en holdning om ´å romme´ den andre både som pasient og person er en klar holdning i pleiegruppa selv om det er ulike syn på innhold og hvordan det bør gjennomføres.

Det som de fleste er enige om er at denne prosessen bør komme etter hvert og ikke i den forvirringen som kan prege de første møtene. En skal også være forsiktig med hva en deler da det kan komme tilbake i en sårende eller truende form, dersom pasienten blir utrygg eller psykotisk. Situasjoner kan oppstå der personalet plutselig opplever seg presset eller ´fanget inn i´ en mer privat omgangstone og tematikk. Slike opplevelser kan virke både truende og blottleggende og det krever personlig veiledning og integrasjon for å kunne beskytte seg selv og sette grenser på en naturlig måte. Samtidig fortelles det også om situasjoner der det å fortelle noe om seg selv plutselig åpner for et genuint møte med personen bak og i lidelsen.

Å forstå galskapen for å kunne se personen bak

Flere trekker fram og tydeliggjør på denne måten et klart ønske om å få fram pasienten som person slik at man kan:

”Se et menneske med egne behov og egen bakgrunn.. ja i det hele tatt pasientens liv.” (Respondent B)

Det kommer også fram at enkelte pleiere og dermed også postkulturen har hatt en utvikling her:

”Da jeg begynte hadde jeg ingen ide om å få tak på mennesket bak psykosen.. det var bare riv ruskende galskap.. Nå er det helt forandra.. det om å forstå og interessere seg for at det er et menneske bak dette her også.. og få fatt i det.” (Respondent J)

Det trekkes fram hvor viktig det er å ha kunnskap om psykosefenomenet som ´sykdom´ og hvordan denne virker inn på mennesket for nettopp å kunne se personen bak, og ane noe om hvordan vedkommende har kommet akkurat hit. Flere trekker fram nytten av undervisning og veiledning i denne prosessen.

Å skulle dele den psykotiskes "virkelighet" eller opplevelser

En utfordring personalet står i når en har en slik tett oppfølging av en person med en psykotisk eller fordreid virkelighetsoppfatning handler om å forsøke og beskytte uten å krenke den andres selvrespekt og integritet. Her finnes ulike holdninger. Noen av respondentene uttrykker klart til pasientene:

"Det er ingen stemmer her.. det er ikke reelt.. det er ingen som står utafor her!" (Respondent G)

mens andre igjen inntar en mer undrende holdning:

"Hva ser du oppe i taket..?" (Respondent I)

De fleste deler oppfatningen av å gi pasienten frihet til å oppleve det de gjør, men at man må være tydelig på at man ikke gjør det samme, samtidig som man tilstreber respekt slik at en gjensidig tillit kan stimuleres.

Enkelte av respondentene uttrykker klar skepsis ved at man hele tiden skal opptre korrigerende overfor den andres virkelighetopplevelse og at en langt oftere bør la den andres opplevelser hvile i fred ved verken å avkrefte eller bekrefte verbalt.

Å sikre pasientens rettigheter

En fortløpende utfordring som understrekes som svært viktig i en relasjonsoppbygging er å sikre pasientens juridiske rettigheter. Når de blir tydeliggjort og ivaretatt, kan denne prosessen nettopp styrke alliansen ved at pasientens opplevelse av å være krenket, fratatt sin autonomi og innflytelse på livet sitt, blir forstått som en relevant tolkning av situasjonen. Det å være oppsøkende, innlevende og bidra praktisk til at en eventuell klage blir skrevet og sendt, kan gi en sterk følelse av at de blir tatt på alvor og respektert.

Å finne den gode strukturen, bruken av retningslinjer

Å gi hverdagen en god struktur gjennom bruk av retningslinjer, er noe alle respondentene er enige om er nødvendig og viktig. Det er imidlertid ulike nyanser om innhold og hvordan disse bør presenteres overfor pasienten. De skal skape trygghet i samspillet og det trekkes fram hvor bekræftende og positivt det kan oppleves fra pasientenes side når de trekkes inn og deltar aktivt i prosessen:

”Det vokser han på.. ja han blir verdsatt og betydningsfull ved å få være med på å bestemme det sjøl” (Respondent N)

Med hensyn til utarbeidelsen av disse tilstrebes det at pasientene deltar i den konkrete utforming av dagene sine dvs. døgnrytme, aktiviteter, avtaler og mer enkelte dager med noe mer åpne tilbud.

Enkelte respondenter trekker opp en diskusjon om hvor detaljert en skal styre pasientens væremåte inne på skjermingsenheten og stiller spørsmål om posten i perioder er altfor rigide og styrer pasientene for mye på detaljplanet. Det fortelles om en pasient som var kunstnerisk anlagt og mens hun var innlagt utfoldet hun denne siden av seg. Hun skiftet klær stadig vekk, og holdt stadig på med å dekorere skjermingsenheten med tegninger og ukebladbilder. Diskusjonen dreide seg da om dette var en sunn måte å uttrykke seg på og om man burde støtte en slik adferd inne på skjermingsenheten. Alle i gruppen var enige om det finnes en grense for hva de ville godta og hensynet til hvordan pasienten vil føle dette i ettertid veide tungt:

”Jeg synes det må være en forferdelig opplevelse for henne å vite hva hun har gjort for noe, huske alt sammen..” (Respondent B)

Mange ganger oppleves også negative sider ved å presentere retningslinjer for pasienten:

”Vi opplever jo stadig vekk at når vi kommer og skal presentere disse retningslinjene på dette arket hvor pasienten gjør sånn! (river i stykker arket)” (Respondent C)

Dette kan være tegn på at pasientene kan oppleve bruken av retningslinjer som invaderende og krenkende. En kan da ofte skape uro og eventuelle utageringsituasjoner som egentlig kan være en sunn og normal reaksjon fra pasientens side.

Det opplevdes positivt å presentere retningslinjene som en åpen samtale der flere av personalet er tilstede. Pasienten kan oppleve dette som en bekreftelse på at hun blir tatt på alvor og at det en sammen er blitt enige om er noe som er forstått og respektert av hele personalgruppa:

”Hvis retningslinjene er for stramme, prøver pasienten å tøye dem litt.. og så får du en stilltiende praksis mellom pleier og pasient.. og så skriver jeg retningslinjer i forhold til de som er stilltiende etablert.. gå litt etter istedenfor at jeg legger meg foran..” (Respondent N)

Hvordan løse på skjermingsgraden ?

Når effekten av det skjermede miljøet sammen med annen behandling har virket samlende på pasienten, er tiden inne til å myke opp de mer firkantede rammene for skjermingen. Det kommer fram fra respondentene at det er noe ulike oppfatninger på hvilket grunnlag dette bør skje. Alt fra ‘så tidlig som mulig’, til at pasienten har ‘en mest mulig normal væremåte’. Flere trekker fram at det å være innlagt som pasient har ofte med forventinger å gjøre og pasientrollen kan gi en rett til å slippe ut sin ‘galskap’. Samtidig kan de samme pasientene vise helt u-påfallende adferd utenfor institusjonens vegger. Det antydes at disse forventingene kan dekke over det faktum at pasienten har mer kontroll enn det som vises inne på posten og en kan derfor ta pasienten ut av skjermingen selv om pasienten fortsatt viser en del symptomer. Enkelte i personalgruppa advarer mot å

skjerme for lenge da de tror at det kan medføre en depressiv reaksjon som både kan forlenge oppholdet og gjøre den første tiden etter utskrivelsen unødvendig tung.

Selve akuttposten er også i seg selv en form for skjerming fra samfunnet og enkelte medpasienter kan ha en høyere toleransegrense for påfallende adferd enn det vi antar så lenge personalet opptrer med sikkerhet og naturlig autoritet ute i postmiljøet.

Personalet understreker hvor viktig det er å slippe opp gradvis og hele tiden forsikre seg om at klimaet ute i miljøet ikke er forstyrrende, at det er nok kyndig personale tilstede, og at pasienten tas med i samtalen i etterkant om hvordan det opplevdes.

Enkelte foreslår at en bør finne andre åpningsarenaer enn kaffe på fellesrommet sammen med alle pasientene eller en røyk på røykestua. Det foreslås turer ute i naturen, eller å ordne opp i praktiske problemer, eventuelt hjemmebesøk. Det understrekes at pasientene kommer tidligere ut fra skjerming nå og det bemerkes at det nok er mer trygghet i personalgruppa til å kunne individualisere oppleggene fortløpende.

Hva er den gode organiseringen ?

Personalet tok stadig opp organiseringen omkring skjermingen når de reflekterte over gjennomføringen. Flere trakk fram at å sørge for en organisering som kombinerer utvikling av samstemthet i holdninger og handlinger, helst sammen med en løpende dialog om samspillet og retningslinjer, vil ha meget stor betydning for kvalitetsutvikling i omsorgen. Flere trekker fram at kontinuitet i forhold til sammensetningen av skjermingspersonalet dvs. at alle har en grunnleggende kompetanse og er på linje i forhold til grensesetting og allianseoppbygging, er svært vesentlig for å fremme den tryggheten som er nødvendig i en utfordrende hverdag.

Det etterlyses et klart behov for å kunne dele sine erfaringer, gi 'ris og ros', på en saklig måte etter å ha stått i ulike samspillsituasjoner. Det understrekes at det å delta mye inne på skjermingsavdelingen er en ensom og temmelig utsatt posisjon å stå i og en god organisering med uformelle møteplasser kan skape rom for både formell og uformell veiledning. Dette trekkes fram både av 'noviser' og mer erfarne pleiere.

Det å etablere en fast gruppe kanskje med en koordinator, slik det ble foreslått tidligere virker fortsatt som et aktuelt behov (Holte 2000). En slik fast gruppe kan da være såpass samkjørt at mye av den informasjonen som i dag legges inn i de skriftlige retningslinjene, antall telefoner, bruk av plastbestikk, andre avtaler osv. kan enes om fortløpende uten at det skaper unødvendig diskusjon.

Sammendrag og anbefalinger.

Generelle betraktninger om postkulturen.

Arbeidet med å bevisstgjøre og skape et språk for skjermingskulturen kan ikke ses isolert fra den generelle miljøterapien eller postkulturen ellers. Det kan se ut som om dette arbeidet kan ha fungert som en motor eller pådriver i denne utviklingen. Å stimulere til undring, engasjement og kritisk refleksjon inne på skjermingsenheten kan allikevel ha bidratt til å skape mer trygghet og åpenhet i posten generelt.

Det kommer fram gjennom uttalelser fra flere informanter at posten nå er langt mer åpne for individualiserte løsninger, og en finner en mer avslappet holdning til personalets ulike nyanser i forhold til tolkninger av pasienters behov og ulike behandlingsprinsipper. Dette kan tyde på en tydeligere og mer integrert kompetanse både hos den enkelte og i det kollektive.

Posten er underlagt klare føringer i arbeidet sitt, preget av å skulle kartlegge og utrede omfang og dybde av den enkelte pasients sykdomslidelse. Det er nærliggende å tro at denne profilen kan gi den biologiske/medisinske modellen en forrang framfor relasjonsarbeid, nettverksarbeid og eventuelt samarbeid med 1.linjetjenesten. Postens målsetning formulerer en klart humanistisk-eksistensielt menneskesyn med konsekvenser for pleie og omsorgsarbeid, men har samtidig en mer åpen og eklektisk modell for sykdom/behandling. Det er viktig at personalet kan videreutvikle bevisstheten om denne vesentlige forskjellen, slik at ikke en mer medisinsk-psykiatrisk behandlingstenkning får prege miljøterapien og relasjonsarbeidet.

Det er et viktig arbeid å overføre et slikt menneskesyn inn i en lyttende og klok samhandlingskompetanse og flere av respondentene savner kunnskap om og støtte til å videreutvikle denne. Behovet er særlig knyttet til

grensesettingssituasjoner da dette er erfaringer der personalet ofte føler at de kommer til kort.

En kan ane et behov for en klarere psykoterapeutisk profil, der personalet opplever seg som en del av et terapeutisk miljø med klarere føringer knyttet til hvilket innhold og retning et slikt arbeide bør ha overfor hver enkelt pasient og i miljøterapien.

Skjermingsenhetens fysiske utforming

De to skjermingsenhetene ved Akuttposten er beskrevet som nedslitt og svært lite egnet til faktisk å skjerme en person, og da det ikke finnes dusj inne på noen av enhetene og toalett bare på den ene, betyr det i praksis at pasientene må ut av skjermingsenheten flere ganger daglig (Hummelvoll & Røsset 1999). En av skjermingsenhetene er organisert slik at en må gjennom avdelingen for å komme ut. I tillegg er rommene relativt små, dårlig isolert fra avdelingsstøy, og veggene hvitmalt uten noen utsmykning. Dersom det er nødvendig med ekstra tett oppfølging i perioder kan de trange rommene gi pasienten en opplevelse av invadering, noe som kan skape en økende psykotisk reaksjon (Strand 1992). Det å 'ikke ha rom nok' til å balansere avstand og nærhet, kan medføre at pasienten opplever uro og utrygghet med eventuell påfølgende utagering som et resultat. For en psykotisk person med relativt uttalte persepsjonsforstyrrelser, vil all unødvendig støy kunne feiltolkes og på samme måte skape uro og utrygghet. De trange hvite rommene kan i visse situasjoner forsterke eller forlenge den psykotiske tilstanden og derfor medføre unødvendig lidelse gjennom økt angst og føre til eventuelle utageringssituasjoner som igjen kan føre til økt bruk av medisiner og bruk av tvangsmidler (Kennedy et.al. 1994). Skjermingsenheten blir også gjennom sin svake funksjonalitet og estetikk et bilde på sykehusets eller samfunnets prioritering av den skjermede og skjermingspersonalet. Skjermingsenhetene vil også kunne

fungere som en negativ speiling av pasientens nødvendige opplevelse av integritet og verdighet i en slik meget utsatt og sensitiv situasjon, noe som er etterspurt av pasientene og forventet at vi skaper (Olofsson 2000, Myhrer 1993).

Den fysiske utformingen av skjermingsenheten er derfor meget lite egnet til å verne om og beskytte personer i sterk angst, med oppløsning og fragmentering av sin ego-struktur og svekket evne til positivt og konstruktivt samspill med omgivelsene. Utformingen vil representere en meget sterk begrensning på utviklingen av det faglige innholdet inne på skjermingsenheten - faktisk på hele skjermingskulturen.

I den senere tid er det hengt opp kalender og klokke inne på skjermingsenheten, noe som er positivt for å skape oversikt for pasienten.

Det blir derfor svært viktig å gå kritisk igjennom enheten på nytt for å finne funksjonelle og estetiske løsninger på utformingen, både på kort og på lang sikt. Ressursgruppa kan gjerne gis et slikt mandat.

Organisering av skjermingspersonalet

Nesten like grunnleggende som de fysiske rammene er organiseringen av personalet. Menneskene representerer det nødvendige 'hudlaget' som den psykotiske så sårt trenger i sin forvirring og sårbarhet. Personalet må ha en bevissthet om at de fungerer psykologisk både som et hjelpe-ego, men også som ideal-mor eller far overfor den psykotiskes regredierte tilstand.

Dilemmaet knyttet til skulle 'å åpne byller' eller 'forsegle dem' må tas opp og gis innhold gjennom undervisning og veiledning slik at personalet blir trygge på hvordan de kan forholde seg til psykotiske tanker, forestillinger og følelser (Teising 2000, Hummelvoll & Røsset 1999).

Kontinuitet på personalsiden er et kjernebegrep og bør forsterkes gjennom dannelsen av et skjermingsteam med kompetente og engasjerte personer.

Her bør det tenkes langsiktig ved en bevisst sammensetning av teamet som kan skape nødvendig spredning av kjønn, alder, formal- og realkompetanse.

Teamet bør ha en tydelig avgrensing fra teamet ellers, ha en leder eller koordinator for hver vakt som kan sørge for at den skjermede får et helhetlig tilbud tilpasset dagsform og aktuelle behov. En slik kontinuitet er nødvendig både for å kunne ha den nødvendige oversikt og innsikt i den daglige pleien, styrke relasjonsbyggingen og sørge for å bygge opp den nødvendige kjennskapen til pasientenes særlige behov og preferanser. Det bør organiseres et eget veiledningstilbud for teamet, og de bør ha daglige formelle overlappingsmøter mellom skiftene. De bør også ha ansvar for opplæring og trening av nye personer for å bygge opp en stabil, enhetlig og kvalitativ god skjermingskultur.

Ressursgruppa for skjerming, som er etablert sammen med den andre akuttposten, bør få klare føringer og utvidede fullmakter til å kunne komme med innspill i utviklingen av skjermingskulturen som raskt kan settes i verk uten unødig byråkrati.

Undervisning og veiledning

Undervisningen bør fortsette med å fordype de temaene som allerede er etablert. Det kan være vesentlig å forsøke å tydeliggjøre forskjellen mellom teori som tilstreber å forklare, i motsetning til å ha et fokus på å forstå personen i sin egen livsverden.

En bør jevnlig sette av tid til pasientfortellinger og drøftinger knyttet til enkeltpersoner innlagt i posten, slik at en kan stimulere til en stadig økende respekt og dybdeforståelse for det unike mennesket. Det er også viktig å øke bevisstheten om at våre holdninger og handlinger i stor grad påvirker personens opplevelser av oss og samspillet.

På den måten kan en fortsette å stimulere til en hermeneutisk grunnholdning, dvs. en undrende og tolkende holdning både overfor den enkelte pasient, og for samspillet i miljøet. Dette er vesentlig for å forebygge tendensen til avhumanisering og maktmisbruk som ofte kan prege psykiatrien (Bøe og Thommassen 2000).

Undervisningen bør også fortsette framstillingen av forklaringsmodeller som kan hjelpe til med å sette ord på, og gjøre den psykotiske persons verden mer forståelig slik at samspillet kan bli mer håndterlig.

Modeller som forklarer psykosen som forsøk på å mestre smertefulle opplevelser bør også legges fram, da disse kan hjelpe personalet med å finne ord og forklaringer som kan være nær pasientens opplevelsesverden.

Det er også viktig å fortsette med tilegnelsen av forklaringskunnskap slik at personalet blir trygge i arbeidet med å kartlegge og kategorisere symptomer innenfor den mer vanlige psykiatrisk/medisinske begrepsrammen.

Det blir viktig at temaene presenteres og bygger videre på det nivået personalet har opparbeidet, slik at det både kan utdype konsensus, åpne for større romslighet for andre alternative innfallsporter, stimulere til å gå videre i felles tenkning og utprøving av nye samhandlingsstrategier.

Andre temaer som bør tas opp er juridiske emner, integritetsbegrepet, etiske dilemmaer fra postmiljøet og undersøkelser knyttet til pasientopplevelser ved bruk av tvang osv.

Veiledning som arena for økning av samhandlingsforståelse og kompetanse

En bør ta på alvor tilbakemeldingene om at det å delta på skjerming er en klart belastende og tidvis ensom jobb, og derfor sørge for at alle får et kontinuerlig opplæring og veiledningstilbud knyttet til denne oppgaven.

Aktuelle samspillsutfordringer bør tas opp til bearbeiding og sortering, med oppmerksomhet for de vesentlige detaljene, samt utvikling og videreføring av personlig kjennskap til pasienten og effektive samhandlingsstrategier.

Det må skapes tid og rom for at forbredelses- og etterrefleksjon kan tas opp akkurat der og da, slik at personalet avlastes og erfaring systematiseres og bygges inn i personalgruppa. Det er også viktig at denne gruppa speiles og gis den anerkjennelse som er nødvendig. På denne måten skapes et nødvendig samhold, og trygghet i den felles forståelsen og et viktig sorteringsinstrument for hva som foregår i samspillet.

Det bør jevnlig settes av tid til å drøfte ulike innfallsporner i forhold til prinsippet om realitetsorientering, slik at dette vesentlige tiltaket blir individualisert uten å skape angst ved å virke krenkende for pasientene eller uklarhet hos personalet.

Den sårbare balansen mellom å være upersonlig (´profesjonell´) og privat (´medmenneskelig´) bør være et tema som berøres jevnlig i veiledning.

Målet bør være at det utvikles en våken bevissthet om hvor grensene går i de ulike situasjonene. Det bør inngå i en fortløpende refleksjon over hvordan det å bli personer for hverandre kan styrke den alliansen som nettopp er den bærende kraft i omsorgen.

Spørsmålet om pasienten bør selv få velge sin primærkontakt bør tas opp til ny drøfting og kanskje prøves ut over en periode - og så evalueres. Faren for splitting bør tas med i vurderingen ved at det utvikles kunnskap og forståelse om hva dette fenomenet innebærer og hvordan en kan håndtere det som en ressurs i den terapeutiske samhandlingen. I det minste bør relasjoner som ikke fungerer tilfredsstillende kunne løses opp og endres uten at noen kommer i forlegenhet, men heller ha fokus på dette (dvs den problemfylte relasjonen) som en læringssituasjon for hele skjermingsteamet, posten og den aktuelle pasienten.

Kriterier for skjerming

Det er helt sentralt å ha felles holdninger for når skjerming bør benyttes som miljøtiltak. Selv om det er svært viktig å være klar over at pasientens adferd også kan være utslag av måten selve innleggelsen ble gjennomført på, og kvaliteten av samspillet med personalet, er gjenkjennelige kriterier viktige for å unngå for mange ulike tolkninger av situasjonene. Samtidig med kriterier for når en bør intervenere, er det også viktig å avklare når skjermingen bør opheves. Skjermingsgruppa har utviklet et forslag til kriterier som nå prøves ut for siden å bli tatt opp til evaluering. (se vedlegg II)

Bruken av retningslinjer

Dette er et viktig og engasjerende tema i personalgruppa, både med hensyn til innhold og bruk. Det er ofte dette instrumentet som tydeliggjør de terapeutiske holdningene og som skaper den nødvendige konsensus av felles holdninger i samspillet med pasienten inne på skjermingsenheten. Det er også en bevissthet i personalgruppa om hvor invaderende det kan oppleves for pasienten når han får presentert en meget detaljert plan som kan styre alle dagens gjøremål. Også måten denne blir presentert på, med pasienten ofte i en klar avmaktposisjon, bør tenkes igjennom for å styrke den nødvendige opplevelse av frihet og medbestemmelse.

Det kan være nyttig å skifte ut begrepet *retningslinjer* da det hos enkelte pasienter har en temmelig negativ klang preget av avmakt og følelsen av å bli kontrollert i for stor grad.

Det kan være nyttig å skille mellom *miljøregler* som skal være styrende for personalgruppa: generelle positive terapeutiske grunnholdninger, tydelige ansvarslinjer, prosedyrer knyttet til sikkerhet, - og *dagsplan* som skal være nyttig og oversiktelig for pasientene.

Miljøreglene kan ha en generell del og en eventuell mer spesiell del som rettes direkte mot denne pasientens aktuelle situasjon der det skulle være nødvendig. Det kan være naturlig å la skjermingsgruppa utarbeide et forslag til disse miljøreglene. Miljøreglene kan presenteres for pasienten i en generell form, men de er i hovedsak tenkt å styre personalets holdninger og handlinger inne på skjermingsenheten. Ved en fast organisering av skjermingspersonalet opparbeides en raskere og grundigere konsensus om miljøreglene, og en kan da improvisere og individualisere innenfor trygge rammer uten å miste den nødvendige samstemtheten.

Dagsplanen bør angi en døgnrytme, måltider, tid til aktiviteter og hvile, og det settes opp plass til aktuelle avtaler for denne dagen. Den bør ha en bærende grunnstruktur som kan ivareta forutsigbarhet og trygghet gjennom dagen og uka, men samtidig avpasses til noe spontanitet og fleksibilitet tilpasset pasientens dagsform og evne til å styre dagen noe selv.

Det er viktig å finne de gode aktivitetene for den enkelte pasient inne på skjermingsenheten. Alt fra samspill knyttet til ADL-aktiviteter, opprettholdelse av hobbyer eller en form for kunstnerisk utfoldelse. Fysisk aktivitet og turer ut er helt basalt for å hindre opplevelsen av å være innestengt eller isolert, men også for å dekke grunnleggende behov. Det å bli fratatt muligheten til å bestemme fritt over seg selv er en meget sterk inngripen i den andres integritet. En må derfor strekke seg langt for å dempe denne følelsen ved å imøtekomme pasienten så langt som mulig innenfor rammene av beskyttelse. Slike reelle forhandlinger kan skape tillit og respekt og styrke samarbeidet og den gjensidige forståelsen.

Det er å viktig å stå ansikt-til-ansikt med pasienten, være ansvarlig for å følge opp avtaler og 'stå i' beslutninger.

Den gode trygge skjermingsopplevelsen lever ofte tett inntil med den vonde. Det kommer ofte til et punkt i skjermingsperioden da det å være

beskyttet glir over i avmakt, passivitet, det å bli straffet og føle seg innestengt. For å forebygge dette bør enkelte pasienter få komme på korte turer ut av skjermingsenheten, enten på et kort hjemmebesøk eller en tur i naturen, selv om de fungerer dårlig sammen med andre pasienter ute i det åpne postmiljøet.

Det å oppøve sansen for hva akkurat denne pasienten skulle trenge eller sette pris på akkurat nå, for eksempel en aktivitet, tur i naturen, løsning på praktiske problemer eller kontakt med pårørende eller andre, og komme med dette som forslag er en allianseskapende holdning.

Det er viktig at vi engasjerer oss i å gi pasienten et godt fysisk stell sammen med en sans for å holde skjermingsenheten ren, velstelt og vakker innenfor rammene av trygghet og pasientens ønsker.

Det er svært sentralt å arbeide bevisst for å ivareta pasientens integritet den innflytelsen han har rett til både etisk og juridisk. Det innebærer å sørge for å gi pasienten all den informasjon vedkommende trenger, på et språk og i en form som gjør det tilgjengelig og betryggende for pasienten. Arbeidet med å assistere pasientens rett til å klage på innleggelsen er ofte gjentatt i litteraturen og må drøftes hvordan et slikt tiltak vil styrke pasienten på en best mulig måte.

Sykepleierrollen innebærer å kle både omsorgsrollen og legeassistenrollen med omfattende ansvar ofte knyttet til tvangsmedisinering. Her er det vesentlig at legen tar sitt ansvar for å drøfte, undervise og veilede pasienten i dennes behov. Slik unngår vi å komme inn i en maktkamp der vi kan skyves inn i en ansvarsrolle for medisinering. Det skal selvsagt ikke hindre oss i å støtt opp under de vedtak som blir gjort, men vårt primære ansvar er for personen og for å styrke den sårbare respekten som relasjonen hviler på.

Avslutning

Å arbeide med mennesker som befinner seg i en psykotisk, regrediert eller desintegriert tilstand stiller spesielle krav til pleieren og behandlingsmiljøet som helhet. Arbeidet innebærer på den ene siden å skulle utøve behandlingstiltak som understøtter bruk av tvang, og vil derfor kunne være en trussel mot personens integritet og verdighet, og på den annen side å skulle finne fram til personen i og bak lidelsen for å styrke integritet og selvfølelse. Det er naturlig å tenke seg at slike utfordringer vil kreve særlige ferdigheter i å etablere kontakt, for å nå fram til og ´romme denne fremmedartede verden´ på en omsorgsfull og aksepterende måte. I dette møtet skal det så bygges opp en allianse som henter styrke og engasjement fra kunnskaper, men også fra ens egen og miljøets etiske reksjon og personlige integritet.

Det ´å stå´ i aggressive utbrudd og negative projeksjoner, som naturlige og forståelige utslag av sykdomslidelsen, samtidig som det tilstrebes å skape et forhold preget av samarbeid og respekt, krever en type kompetanse som bygges opp både på individ- og gruppenivå over tid.

Kompetansen kan næres og støttes opp av undervisning og veiledning, men moralen og den etiske refleksjonen som støtter opp om det levende engasjementet skapes av enkeltmennesker i et nærende fellesskap, i møtet ned hverdagens utfordringer.

Betydningen av å oppleve respekt i møtet med Akuttposten og skjerming som god beskyttelse og omsorg, kan være et vesentlig bidrag til det åpne samarbeidsklimaet som kan styrke arbeidet med sammenhengende psykiatritjenester og forebygge unødig bruk av tvang.

Det å skape en personorientert kultur i samspill med pasientene betinger et personorientert klima de ansatte imellom, som må stimuleres av ledelsen og organisasjonen som helhet.

Det er vesentlig for pleierne at de har et klart og tydelig fokus på den omsorgsrollen vi er tildelt overfor pasientene, selv om den medisinske assistentrollen kan ta mye plass i hverdagen.

Kompetanse i akuttpsykiatrien særpreges altså av en innfølende balansekunst. Det levende balansepunktet må tilstrebes i arbeidet med å fremme den viktige relasjonen som vi vet kan dempe følelsen av overgrep, og styrke pasientens integritet og følelse av egenverd. Daglige utfordringer synes å være; *‘passe nær, passe utforskende, passe avgrensende, passe lyttende, passe bestemt, passe morsom, passe personlig’*, osv.

Det å utvikle et språk for denne balansekunsten som både kan speile og bevisstgjøre denne situasjonsavhengige og funksjonelle kompetansen i personalgruppa, må ses på som et vesentlig område til videre fordypning, og det er å håpe at drøftingsmodellen kan være til hjelp i dette arbeidet.

I arbeidet med å hente opp og artikulere noe av kunnskapen og erfaringene personalet arbeider med i sin daglige virksomhet, har det vært viktig å avdekke prinsipper uten å gjøre dem til nye regler.

Det er den enkeltes og det samlede miljøets integrerte kunnskaper, innfølelse og vilje som ofte avgjør om skjerming oppleves som en betryggende, beskyttende situasjon, - eller opplevd krenkende for pasienten.

I arbeidshverdagen vil en stadig oppleve dilemmaer slik personalet uttrykker det gjennom intervjuene. En del av dilemmaene er drøftet, og utledet i anbefalinger som gjelder denne lokale Akuttposten, men det er å håpe at fenomenene og drøftingene kan ha relevans for andre akuttposter eller skjermingsenheter.

Styrken i arbeidet er nok at kunnskapen og refleksjonene er skapt i løpende dialog og samspillet med Akuttpostens personale slik at eksempler og drøftinger er hentet ut fra en levende hverdag.

Det er å håpe at beskrivelsen av fenomenene kan bidra til å gjøre denne intervensjonen mer synlig, og skape et fordypet engasjement overfor denne særegne formen for intensivpleie.

Som nevnt innledningsvis har målgruppen vært personer i en psykotisk tilstand, og utfordringer knyttet til mer alvorlig utagering med fokus på sikkerhetsproblematikk, eller mennesker med maniske stemningssvingninger uten psykotiske gjennombrudd, har ikke blitt berørt. Det er naturlig å undre seg over om skjermingen vil bli gjennomført annerledes om personen har en manisk lidelse eller har en mer schizofren karakter.

Det er sannsynlig at det finnes flere ulike variasjoner i forhold til tenkning og gjennomføring av skjermingsregimene på landsbasis, og her finnes viktig arbeid i forhold til å avdekke og formulere denne erfaringskunnskapen.

Pasientperspektivet er også relativt fraværende i norsk og nordisk forskningslitteratur.

Her finnes det viktige og vesentlige utfordringer for videre forskning.

Referanser:

Alty A. (1997). Nurses' learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust. *Journal of Advanced Nursing no. 25: 786-793.*

Andersen A.J. & Karlsson B. (1998). *Psykiatri i endring – Forståelse og perspektiv på klinisk arbeid.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Andersson M. (2000). Se Människan, I: Eriksson K., Lindstrøm U.Å. (red) (2000). *Gryning, en vårdvetenskapelig antologi.* Åbo: Institutionen for vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Austrem L. M. (1998). *Møte med psykiatrien, - Erfaringer frå pasientar, pårørende og fagfolk.* Oslo: Samlaget.

Axelsen E.D. (1991). *Tilbakereisen. Om forandring gjennom psykoterapi.* Oslo: Pax Forlag AS.

Axelsen E. Dalsgaard. (1997). *Symptomet som ressurs.* Oslo: Pax Forlag as.

Axelsen E. Dalsgaard & Hartmann E. (1999). *Veier til forandring - virksomme faktorer i psykoterapi.* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag as.

Baradell J.G. (1985). Humanistic Care of the Patient in Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing. (February) Vol.23 No. 2.*

- Bjørkly S. (1997). *Aggresjon og vold, teori analyse og terapi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Bjørkly S. (1995). Open-area seclusion in long-term treatment of aggressive and disruptive psychotic patients, an introduction to a ward procedure. *Psychol Reports feb.: nr 76:147-157*.
- Bratheland O. et.al. (1998). Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon. *Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning*.
- Brudal P.J. (1999) *Psykososer og psykoseterapi. En modell for psykiatriens hverdag*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Bugge J.V. (1999). *Som et vestlandslandskap. Om mennesker med en manisk depressiv lidelse og deres livskvalitet, og psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Upublisert fordypningsoppgave i Psykiatrisk helsearbeid.
- Bøe D.T. & Thommasen A. (2000) *Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltagelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cashin A. (1996). Seclusion: The Quest to Determine Effectiveness. *Journal of Psychosocial Nursing Vol. 34 No. 11*.
- Cullberg J. (2000). *Psykososer - Ett humanistisk och biologisk perspektiv*. Stockholm: Natur och kultur.
- Eriksson K. & Lindstrøm U.Å. (red) (2000). *Gryning, en vårdvetenskapelig antologi*. Åbo: Institutionen for vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Eriksson K. (1993). *Møten med lidanden*, Åbo: Institutionen for vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Finnøy E. Kolsrud (2000). *Dødelig terapi. Innsikt til utsikt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fisch R. Sclanger K. (2000). *Kortidsterapi ved tyngre psykiske lidelser*. Oslo: Tano Aschehoug.

Fisher A.W. (1994). Restraint and Seclusion: A Review of the Literature. *Am J Psychiatry (November) 151:11*.

Gibson B. (1989) The use of Seclusion. *Nursing, October. 12-25 Vol. 3. No. 43*

Hagquist B.W. (red) (2000). *Miljöterapi - igår, idag och imorgon*. Lund: Studentlitteratur.

Hansen B.P., Stakseng O., Stangeland A. & Urheim R. (1999). *Sikkerhet og omsorg, møte med aggresjon og vold*. Oslo: Fagbokforlaget.

Haugsgjerd S. (1985). *Psykoterapi og miljøterapi ved psykoser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Holte J. Stensland (2000). *Skjerming - teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Notat nr. 2-2000.

Holst H. (2001). *Hører de ikke hva vi sier? En studie om samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 1-2001.

Hummelvoll J.K. & Røsset, O.(1999). *De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 17 -1999

Hummelvoll J.K. (1984). *Sykepleier-pasient-felleskapet. Fasetter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hummelvoll J.K. (1997). *Helt- ikke stykkevis og delt*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Hummelvoll J.K. (1995). *Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell sykepleiemodell bidrar til folkehelsemodell*. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.

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

Hummelvoll J.K., Sunde A-S. & Severinsson E. (2000). *Om å møte mennesker mer manisk lidelse – en intervensjonsstudie fra akuttpsykiatrien*. Elverum : Rapport nr 3-2000. Høgskolen i Hedmark.

Hummelvoll J.K. & Barbosa da Silva A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden* 2/1996. Vol 16 No. 2:25-32.

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

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

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

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

Kirkpatrick H. (1989). A Descriptive Study of Seclusion: The Unit Environment, Patient Behavior, and Nursing Interventions. *Archives of Psychiatric Nursing* Vol.VIII, No. 1 (February): 3-9.

LeGris J., Walters M. & Browne G. (1999). The impact of seclusion on the treatment outcomes of psychotic in-patients. *Journal of Advanced Nursing*, nr. 30: 448-459.

Lehane, M. & Rees C. (1996). Alternatives to seclusion in psychiatric care. *British Journal of Nursing* Vol. 5 nr. 16.

Lendemeijer B. & Shortridge-Baggett L. (1997). The Use of Seclusion in Psychiatry: A Literature Review. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, Vol. 11, No. 4.

Linde K.R. & Ringås T.B. (2001). *Liberø - eller en hardt presset forsvarsfirer? Opplevelser, vanskeligheter og utfordringer ved å jobbe som helsearbeider i kommunehelsetjenesten*. Avslutningsoppgave ved videreutdanningen i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark.

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

Mann L.S., Wise T.N. & Shay L. (1993). A prospective Study of Psychiatry Patients' Attitudes Toward the Seclusion Room Experience. *General Hospital Psychiatry* nr. 15:177-182.

Martinez R.J., Grimm M. & Adamson M. (1999). From the Other Side of the Door: Patients Views of Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing* Vol. 37, No. 3.

Mason T. (1997). An ethnomethodological analysis of the use of seclusion. *Journal of Advanced Nursing*, 26: 780-789. *Merseyside*.

Mason T. (1994). Seclusion: an international comparison. *Med. Sci. Law* Vol. 34 No.1. *Meyrside*.

Maunsbach M. & Delholm-Lambertsen B. (1997). Det fokuserede gruppeinterview og deltagerobservasjon. *Nordisk Medisin*, 4: 126-128.

McBride S., (1996). Seclusion versus Empowerment: A psychiatric care dilemma. *The Canadian Nurse* (August).

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

Meehan, T., Vermeer C. & Windsor C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, nr. 31: 370-377.

Monsen N.K. (1998). *Velferd uten ansikt. En filosofisk analyse av velferdsstaten*. Oslo: Universitetsforlaget.

Morgan D.L. (1988). *Focus Groups as Qualitative Research*. California: Sage Publications.

Morrison R.S. & Peoples L. (1999). *Using Focus Group Methodology in Nursing. The Journal of Continuing Education in Nursing. Volum 30, Number 2 March/April*.

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

Målsetting for sykepleietjenesten ved avdeling A. (1999). Sanderud Sykehus: Internt-ikke publisert.

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

Muir-Cochrane E. (1996). An investigation into nurses' perception of secluding patients on closed psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, nr. 23:555-563.

NOU 1988:8 Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke. Oslo: Det kongelige sosial og helsedepartement.

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

Olofsson B. (2000). *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. Umeå Universitet New Series No 655 ISSN 0346-6612

Outlaw H.F. & Lowery B.J. (1994). An Attributional Study of Seclusion and Restraint of Psychiatric Patients. *Archives of Psychiatric Nursing Vol VIII, No. 2: 69-77. Pennsylvania.*

Palmblad B. (2000). *Sjuksköterska - självständig yrkesroll i psykiatrin*. Sockholm: Vårdförbundet.

Reason P. (1994) Three Approaches to Participative Inquiry. *Art I: Denzin N.K., Lincoln Y.S. (eds) Handbook of Qualitative Research. London: Sage Publications.*

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

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

Sørfonden W. & Finstad H. H. (2000). Forskerliv og hverdagsliv i samme rom - et tilbakeblikk på erfaringer med metoden fokusgruppe. *Vård i Norden* 3/2000 No. 3:39-42.

Teising M. (2000). 'Sister I am going crazy, help me !' Psychodynamic-oriented care in psychotic patients in inpatient treatment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7: 449-954.

Tillgren P. & Wallin E. (1999). Fokusgrupper - historik, struktur och tillämpning. *Socialmedicinsk tidsskrift nr 4/1999: 312 - 321*.

Ventura M.R., Lenz S. & Rizzo J. (1992). Developing an appropriateness-of-care monitor to manage patients in seclusion or seclusion/restraints. *J Nurs Care Qual: Special Report: 44-48*.

Visalli H. & McNasser G. (1997). Striving Toward a Best Practice model for a Restraint-Free Environment. *Performance Improvement, Ideas & Innovations AspenLINK*.

Wilson M. (1993). Seclusion practice in psychiatric nursing. *Nursing Standard* April 21/volume 7/number 31.

Vedlegg I

Målsetting og tenkningsgrunnlag for akuttpost A1, Sanderud sykehus (Januar 2001)

Mandat

Post A1 skal ta i mot, vurdere, diagnostisere og behandle pasienter med akutt behov for psykiatrisk spesialistkompetanse. I samarbeid med A2 skal posten dekke den lovpålagte (jfr. psykisk helsevernloven) øyeblikkelig hjelp-funksjonen for unge og voksne i Hedmark fylke.

Målgruppe

Personer med psykotiske tilstander som er til fare for seg selv eller andre (preget av sterk uro, aggressivitet og destruktivitet som de selv eller omgivelsene ikke mestrer)

Akutte kriser, sterke angsttilstander eller suicidalitet

Alvorlige stemningslidelser (særlig vekt på mani) – herunder planlagte innleggelse uten at øyeblikkelig hjelp-kriteriene foreligger

Alvorlige personlighetsforstyrrelser og adferdsavvik

Hovedmål

A1 skal

utvikle og representere spesialisert behandlings- og sykepleiekompetanse i forhold til akuttpsykiatrisk observasjon, vurdering og behandling. Dette innebærer at behandlings- og sykepleietilbudet er målrettet, strukturert, tidsbegrenset og individuelt tilpasset. Tilbudet skal ses i forhold til pasientenes behov for sammenhengende psykiatritjenester

dokumentere og evaluere og kvalitetssikre arbeidet fortløpende ¹

fremme en postkultur preget av samarbeid, omsorg, trygghet, tillit, respekt og glede – samt en utforskende holdning i forhold til den faglige virksomhet

videreutvikle personalets kompetanse for å møte pasientgruppens sammensatte behov gjennom kontinuerlig undervisning og veiledning

utvikle posten til en kompetanseenheter for Hedmark fylke i forhold til mennesker med stemningslidelser, med vekt på mani som fenomen og lidelse

Mål for pasientomsorg og behandling

- 1. Å redusere symptombelastning og lindre lidelse som forårsaket innleggelsen*
- 2. Å bidra til avklaring av forhold og situasjoner som forårsaket pasientens aktuelle lidelse*
- 3. Å øke pasientens mestringsmåter til (i det minste) det nivå pasienten hadde før innleggelse*
- 4. Å øke pasientens opplevelse av håp og retning for videre behandling etter*

¹ Det henvises her til at behandlingsstruktur og dokumentasjon av arbeidet skal følge de regler og krav som er knyttet til overordnede bestemmelser for kvalitetssikring (GRUK) ved sykehuset – samt aktuell lovgivning.

utskrivelse

5. Å stimulere pasientens tillit til personalet
6. Å sørge for at pasienten og pårørende kjenner til og får tilgang til hjelpetilbud i nærmiljøet – og at pasienten er motivert for å delta i eventuell videre behandling

Grunnsyn

Menneskesyn: Personalet bygger på et humanistisk-eksistensielt menneskesyn i sitt arbeid. Med humanistisk menes blant annet at mennesket betraktes som enestående, dvs. at det er et autonomt, rasjonelt, sosialt og åndelig vesen. Det innebærer at mennesket skal møtes med respekt for dets integritet og verdighet. Med eksistensiell menes det som angår menneskets eksistens og livssituasjon, dvs. problemer og utfordringer mennesket møter knyttet til bl.a. viljens frihet og valgets ansvar. Den humanistisk-eksistensielle tilnærming til menneskets situasjon er preget av et helhetssyn – hvor både individualitet, relasjoner, nettverk og omgivelser og livssyn fokuseres.

Syn på omsorg og sykepleie: For arbeidet i posten forutsetter dette grunnsynet at man møter pasienten som person, noe som innebærer at hans/hennes sivile liv blir trukket inn i vurderingen av hvilken sykepleie og behandling som skal gis. Det betyr at man er opptatt av å forstå pasienten ut fra den livssituasjon han/hun befinner seg i, hvilke virkninger lidelsen har for livsutfoldelse og funksjonsevne, og hva lidelsen betyr for den enkelte. Det legges vekt på at pasienten ut fra sin aktuelle kapasitet deltar i planlegging og gjennomføring av egen behandling for å komme på sporet igjen (evt. finne nye spor) av sitt 'livsprosjekt'. Når pasienten ikke er i stand til aktivt samarbeid, handler personalet ut fra prinsippet om *hypotetisk samtykke*, dvs. at man handler slik at man kan tenke seg at pasienten ville gitt sitt samtykke om han/hun hadde kunnet. Selv om selvbestemmelsesrett/selvstendighet er en viktig verdi i det humanistisk-eksistensielle menneskesyn, vil noe av denne autonomien bli begrenset under sykdom. Allerede det faktum at man ber om hjelp, innebærer at man oppgir noe av sin egenkontroll. Slik sett vil sykdom/lidelse kunne medføre en reduksjon av viljes- og handlingsfriheten. Ved innleggelse og behandling mot ens vilje, blir dette problemet enda større. For personalet på A1 blir det følgelig viktig å forstå at denne begrensningen i pasientens handlingsmuligheter iblant skader hans/hennes menneskelighet, og at man derfor søker å hjelpe pasienten til å forbedre sin situasjon.

Syn på sykdom og behandling: Psykisk sykdom kan forstås ut fra flere forklaringsmodeller. Allment kan psykisk sykdom forstås som en ubalanse, skjevutvikling eller mestringsvikt som forstyrrer eller hemmer en tilfredsstillende fungeringsevne for et fullverdig liv. Årsakene er ofte sammensatte, men kan for eksempel være medfødt eller ervervet sårbarhet, stress, traumer, kriser, følelsesmessige fastlåsnings og omsorgssvikt. A1 vil ha en flerdimensjonal tilnærming til pasientenes lidelse. I hovedsak vil derfor arbeidet med pasientene være preget en humanistisk-eksistensiell tilnærming

hvor ulike modeller og metoder benyttes (dvs. medisinske, psykodynamiske, kognitive modeller - avhengig av hvilken modell som best bidrar til å forstå pasientens aktuelle behov og situasjon).

Syn på kunnskapsutvikling

For å videreutvikle personalets faglige kompetanse, legges det vekt på kontinuerlig undervisning og veiledning. Både undervisning og veiledning skal bidra til økt bevissthet i forhold til mulighetene som finnes i posten for kunnskapsutvikling. Dette skjer gjennom systematisk bruk av refleksjon som kan bidra til å frigjøre, omdanne og verbalisere kunnskapen slik at den kan deles med andre. Med andre ord skal undervisningen bidra til at den enkelte yrkesutøver erverver *et funksjonelt språk for sin praksis*. I undervisnings- og veiledningssituasjonen er man delvis fristilt fra praksis. Man får dermed mulighet til å se sin virksomhet i et nytt perspektiv (dvs. gjøre det kjente fremmed) samtidig som teorien som presenteres kan relateres til praksis (dvs. gjøre det fremmede kjent). Disse to bevegelsene er vesentlige forutsetninger for at personalets erfaringsbaserte kunnskap skal bli reflektert og artikulert slik at det blir en kunnskap som kan virke etisk og faglig begrunnende og veiledende for praksis. Man trenger både undervisningstema, som er overordnet og fristilt fra den konkrete praksissituasjon, og som har allmenn forklaringsverdi i forhold til sentrale problemstillinger man møter i psykiatrien – og tema som er forankret i postens virkelighet som kan bidra til ny forståelse av en praksis som oppleves som kjent. Slik sett kan man oppnå en praksisrelevant undervisning og en videreutvikling av personalets kompetanse.

Miljøterapiens grunntanke

I alle gode mellom-menneskelige relasjoner finnes muligheter for å skape erfaringer som gir grunnlag for økt selvfølelse og sosial mestring hos pasienten. Med økte sosiale ferdigheter følger større trygghet og en mer positiv selvpåfatning – noe som i sin tur kan bidra til å minske symptombelastningen.

A1 oppfatter miljøterapi som tilrettelegging av betingelsene for terapeutisk virkende erfaringer på en koordinert og systematisk måte i og ved hjelp av det sosiale og materielle miljø i posten. Dette innebærer både strukturerte og ikke-strukturerte aktiviteter for pasientene i samvær med personale, medpasienter og besøkende.

De viktigste kliniske funksjoner personalet skal dekke innen postmiljøets ramme er å: 1) sørge for pasientens *sikkerhet*, 2) skape nødvendig *struktur* som fremmer pasientens egenomsorg, 3) gjennomføre tiltak rettet mot *symptom-mestring* og 4) planlegge utskrivelse med vurdering av behov for videre *støtte*.²

² For å skape et trygt miljø som gir grunnlag for personlig vekst for pasientene, vil miljøterapien på A1 bygge på de fem komponenter i miljøterapien som J. Gunderson har presentert. Det dreier seg om **struktur, involvering, beskyttelse ('containing'), støtte og bekreftelse (validering)**

Miljøtiltak for å møte pasientenes behov og bidra til å realisere ovenfor nevnte mål vil være:

Bidra med nødvendige grenser og kontroll som trengs for å skape struktur og sikkerhet for pasienten og for postmiljøet.

Utforme postens miljøterapi slik at den er tilpasset pasientenes behov³ innen den tidsramme som er tilgjengelig. Behandlingen må utvikles ut fra vurdering av både individuelle behov og behov som gjelder hele pasientgruppen.

Opprettholde et terapeutisk aktivitetsnivå (involvering) gjennom både spontane og planlagte aktiviteter for å fremme positive følelsesmessige samhandlinger – og gi opplevelse av fellesskap. Pasienter som lett lar seg overvelde av ytre stimuli, vil trenge varierende grad av skjerming.

Fremme åpen kommunikasjon mellom pasienter og personale og pasientenes pårørende. Denne kommunikasjonen bør være praktisk og støttende preget. Personalet har en vesentlig funksjon som (språklige og holdningsmessige) rollemodeller for pasientene.

Gi undervisning til pasienter og pårørende etter behov.

Det tverrfaglige samarbeid må koordineres mot klare mål og tiltak for at pasientbehandlingen skal bli kvalitativt god og konsistent. Skrevne sykepleie- og behandlingsplaner – i samarbeid med pasientene så fremt mulig – er et nødvendig virkemiddel i denne sammenheng.

Postkulturen

Både pasienter og personale opplever postkulturen. Personalet er i den posisjon at de stadig kan påvirke denne kulturen (dvs. tankemønstre og verdier) i en ønsket retning. Postkulturen formes av personalets forståelse av hva god omsorg, sykepleie og behandling er. Pasientene vil – avhengig av sin situasjon – oppleve denne omsorgskulturen og 'atmosfæren' forskjellig. Det kan bero på at 'kulturgodset' er utydelig eller forskjellig uttrykt av personalet i deres måter å være på i samvær med pasientene, eller at pasientens lidelse gjør det vanskelig å gjenkjenne omsorgselementet i kulturen. Følgelig er det vesentlig at *personalet jevnlig drøfter hva slags kultur de ønsker pasientene skal møte i posten – og hvilken kultur som stimulerer produktivt personalsamarbeid og som fremmer konstruktiv omsorgs- og behandlings-kompetanse*. Dette medfører at man avklarer hvilke behov man antar pasienter har som kommer til posten, og at man diskuterer hvilke verdier og holdninger som skal kultiveres.

Som nevnt under grunnsyn, har postpersonalet en humanistisk og eksistensiell orientering i forståelsen av pasientarbeidet. Av dette følger et ønske om at pasienten skal bli sett og forstått – og at pasienten skal oppleve et godt møte med personale i form av respekt for pasienten som person. Personalet vil dermed at

3 På en akuttpost vil pasientenes behov være forskjellige. Noen behov har imidlertid vist seg å være felles for mange pasienter på A1. Det dreier seg om sikkerhet/trygghet, søvn og hvile, aktivitet, mestring og opplevelse av mening.

pasientene skal oppleve omsorg – samtidig som egenomsorg blir stimulert. Arbeidet er preget av handlingsorientering, problemløsning og mestring. Det betyr at man søker å hjelpe pasienten til å få tilgang på egne ressurser (dvs. 'self-empowerment'⁴) slik han/hun kan bli mest mulig styrende i sitt eget liv.

Personalet på A1 er opptatt av de sosiale konsekvensene av lidelse og sykehusopphold, ved at man vil søke å beskytte pasienten mot å eksponere seg negativt i relasjon til andre og at pasienten ikke blir stemplet som følge av sin lidelse.

Vesentlige sider av den etiske tenkningen om pasientarbeidet er knyttet til relasjonbegrepet hvor tillit er en grunnverdi. Videre legges vekt på ikke-skade- og velgjørenhetsprinsippet - samt å balansere spenningen mellom ekte paternalisme og autonomiprinsippet.

⁴ Empowerment er vanskelig å oversette direkte, men betyr 'bemyndigelse' eller mer billedlig forstått: kraftgenerering og kraftoverføring. Allment vil man kanskje best forstå hva begrepet innebærer når det er fraværende, nemlig som kraftløshet, hjelpeløshet, underordning og opplevelse av mangel på personlig kontroll i egen livssituasjon. Self-empowerment dreier seg om individets adgang til ressurser som mobiliserer deres egne krefter for å kunne tilfredsstille behov og løse problemer – dvs. å kunne ha kontroll over egen livssituasjon. *Empowerment* henviser både til en *prosess* av å ha styring med eget liv, og et *mål* om å nå større autentisitet (ekthet) og autonomi. En mer forenklet forståelse av *empowerment*, som kan være relevant for Akuttposten, er *graden av pasientens deltagelse i definering av problemer og mål for sykepleie og behandling*.

Kriterier for skjerming

Lov av 2.juli 1999, Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern: "Dersom pasienten under opphold i en enhet lider av sterk uro eller har utagerende adferd, kan den faglige ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal skjermes helt eller delvis. (jfr § 4.3)"

"...Når skjerming opprettholdes over 48 timer skal det treffes vedtak i saken. ...Vedtak om skjerming og om forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkommissjonen av pasienten og hans/hennes nærmeste."

Skjerming er aktuelt når pasienten er i en slik tilstand at tilstedeværelsen i øker angst og forvirring, og reduserer vedkommendes nødvendige oversikt og kontroll over situasjonen og egen adferd. Følgende aspekter må vurderes:

- Pasienten mangler kontroll over impulser som gjør at vedkommende kan skade seg selv
- Pasienten ikke er i stand til å sortere og vurdere sanseinntrykk verken ved egen hjelp eller ved støtte fra kyndig personale
- Pasienten "blamerer" seg i miljøet (verbalt eller adferdsmessig),
- Pasienten er selv ikke i stand til å trekke seg tilbake og beskytte seg
- og/eller at pasienten på grunn av sin adferd kan skade medpasienter fysisk, eller skape angst og utrygghet som kan forverre medpasientenes psykiske helsetilstand

Ved skjerming skal pasienten skånsomt følges inn på en enhet spesielt tilrettelagt for å kunne oppleve beskyttelse, trygghet og gjenvinning av kontroll. Begrunnelsen for skjermingen skal formidles klart og forståelig slik at vedkommendes rettigheter ivaretas (jfr. lovteksten foran)

Skjerming vurderes opphevet når pasienten er i en slik tilstand at en oppnår god kontakt, og at pasienten har tilstrekkelig kontroll over egen adferd og at vedkommende kan forholde seg til enkle avtaler.

Akuttposten i august 2001