

Skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling

- En studie av noen sykepleieres erfaringer

Kristin Andersen



Mastergradsoppgave ved medisinsk fakultet
Institutt for helse og samfunn, avdeling for
sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

17. juni 2011

© Forfatter

År 2011

Tittel: Skjerming som metode i akutt psykiatrisk avdeling.

Forfatter: Kristin Andersen

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

| | |
|---|-----------------------------------|
| Navn: Kristin Andersen | Dato: 17. juni 2011 |
| Tittel: Skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling. Undertittel: - En studie av noen sykepleieres erfaringer Formål: Studiens siktemål er å beskrive og utforske hvordan sykepleiere erfarer bruk av skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling. Teoretisk rammeverk: Forskningsstatus på feltet inkluderer nasjonal forskning på skjerming, internasjonal forskning på <i>seclusion</i> , relevant forskning på relasjonens betydning i psykiatrisk sykepleie og nyere tvangsforskning. Teoretisk rammeverk er Peplaus "interpersonlige" relasjoner og Latours relasjoner i "nettverk". Metode: Åtte sykepleiere er intervjuet ved hjelp av Järvinen og Mik – Meyers (2006) intersubjektiv intervjumetode. En strategisk utvalgsstrategi er benyttet for å skaffe et homogent utvalg. Metoden er inspirert av Haavinds (2007) fortolkende metode som er spesielt synlig i analyseprosessen. I analysens siste fase benyttes begreper fra Latour og Peplau. Resultater: Sykepleierne erfarer at skjerming har ulike former og hensikter og kan være en motsetningsfull metode mellom omsorg og tvang. To omfattende skjermingsmetoder er: <i>tradisjonell skjerming</i> og <i>alternativer til skjerming</i> . Å arbeide som sykepleier i akuttpsykiatrisk avdeling gir emosjonelle belastninger fordi relasjonen til pasienten kan være skjør og sykepleierens roller motsetningsfulle. Når faglige begrunnelser for skjerming er sammenfallende med juridiske kriterier, besluttet tradisjonell eller alternativ skjerming. Psykisk helsevernloven skaper legitimitet for relasjonsdannelse og letter emosjonelt ubehag i sykepleieren. Konklusjon: <i>Alternativer til skjerming</i> foretrekkes fremfor <i>tradisjonell skjerming</i> . Alternativer til skjerming har likhetstrekk med ideen om etablering av terapeutiske relasjoner og er en fleksibel skjermingsmetode med fokus på medbestemmelse og aktiviteter. Metoden utfordrer betydningen av redusert stimuli, slik det beskrives i sykepleielitteraturen og i skjermingsforskriften. Videre forskning på skjerming bør omhandle forebyggende strategier i fellesmiljøet og betydningen av relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. | |
| Nøkkelord: Akutt psykiatri, skjerming, alternativer til skjerming, psykiatrisk sykepleie, relasjoner | |



UNIVERSITY OF OSLO
The Faculty of Medicine
Institute of nurse science and
health care.
PO Box 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name:

Kristin Andersen

Date:

June 17th 2011

Title: Confining patients in a single room or separate area in an acute an acute psychiatric unit.

Subtitle: A study of the experiences of some nurses.

Purpose: The aim of the study is to describe and explore how nurses in an acute psychiatric ward experience confining a patient in a single room/area, accompanied by staff.

Theory: The research status in this field includes national research on how nurses confine a patient in a single room/area, accompanied by nurses, international research on the topic of *seclusion*, relevant research on the significance of relations in psychiatric nursing and more recent research in coercion. The theoretical framework is Peplaus interpersonal relations and Latours relations in a “network”. Eight nurses are interviewed using an intersubjective method. A strategic selection strategy is used to provide a homogenic selection. The study is inspired by an interpretative method. In the last phase of the analysis terms from Latour and Peplau are used.

Results: Nurses experience that this method has different forms and purposes, and is a contrary method between care and coercion. Two extensive methods are; *a traditional way* and *an alternative way*. To work as a nurse in an acute psychiatric ward causes emotional strains. Relation to patients can be fragile and the roles contrary. When clinical justifications for the method of *traditional* and *alternatives* coincide with criteria given by legislation, the patient will be taken out from the environment and stay with a nurse, often with locked doors, in a single room/area. Law in psychiatric healthcare creates legitimacy and eases the nurses’ discomfort.

Conclusion: *Alternative* ways to confine the patient are preferred before *a traditional way*. The *Alternative* way has similarities with the idea of therapeutic relations and is a flexible method with the focus on codetermination and activities. The method challenges the meaning of reduced stimuli, as it is described in nursing literature and in the legalizations. Further research should include preventive strategies in the environment and its significance of the relation between nurse and patient.

Keywords: Acute psychiatry, PICU, open area seclusion, alternative to seclusion, psychiatric nursing, relations

Forord

Når jeg nå ser slutten på denne mastergardsoppgaven, er tiden kommet for ettertanke. Det er mange som har støttet og oppmuntret meg i løpet av disse fire årene studiet har pågått og de skal takkes.

Først og fremst skal Marit Helene Hem takkes for all den tid du har brukt på meg og denne studien. Siden vårt første møte i juni 2009, har en kronglete sti blitt til en farbar vei. En erfaring og læring jeg for alltid vil ha med meg. Dine råd og tilbakemeldinger, din omsorg, støtte og engasjement for meg og temaet, har bidratt til at jeg har hentet frem sider ved meg selv, jeg ikke trodde jeg hadde eller kunne. Jeg sitter igjen med en god følelse nå da det går mot innlevering.

Deretter skal åtte sykepleiere ved ett psykiatrisk sykehus takkes for at dere stilte opp, og bidro til at mitt empiriske materiale har vært en *Sareptas krukke*.

Ingrid Kyte Fjellestad skal takkes for støtte, oppmuntring og mange timers lesing og konstruktive, lærerike tilbakemeldinger. Anne Karine Roos takkes for hjelp til gjennomlesing av diskusjonsdelen og nyttige kommentarer fra indremedisinsk sykepleie. Anne-Lene og Arve Sagmoe takkes for korrekturlesing. Og tusen takk til Veronica Westgård som hjalp meg med engelsk oversettelse av sammendraget til oppgaven.

Min familie fortjener en takk. Jane, for at du hjalp meg med sjekk av referanselista. Terje, du takkes for at du minner meg på at livet omhandler andre ting enn studier. Mine foreldre skal takkes for at de alltid er der og støtter meg i de valg jeg gjør.

Halvor, hvordan kan jeg takke deg nok? Uten din støtte, tålmodighet og trøst, hjelp til korrektur lesing og ikke minst våre turer ut i naturen sommer som vinter, ville denne tiden vært mer krevende enn den ble.

Skjetten 17. juni 2011

Kristin Andersen

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Problemstilling, hensikt og betydning | 2 |
| 1.2 | Studiens avgrensninger | 2 |
| 1.3 | Oppbygging av oppgaven | 2 |
| 2 | Forskningsstatus på feltet | 5 |
| 2.1 | Litteraturgjennomgang | 5 |
| 2.2 | Skjerming som metode i Norge | 6 |
| 2.2.1 | Tilbakeblikk | 6 |
| 2.2.2 | Skjerming som metode og sykepleiefaget | 7 |
| 2.2.3 | Skjerming som metode og lovverket | 8 |
| 2.2.4 | Akuttpsykiatrisk avdeling | 8 |
| 2.3 | Sykepleierens syn på skjerming og ”seclusion” | 10 |
| 2.3.1 | Tvang, makt og faglig ansvar | 10 |
| 2.3.2 | De vanskelige realitetene | 11 |
| 2.3.3 | Skjermingspasienten | 13 |
| 2.3.4 | Kommunikasjon – et anerkjennende perspektiv | 15 |
| 2.4 | Pasientenes syn på skjerming og ”seclusion” | 16 |
| 2.4.1 | Redusert medbestemmelse | 16 |
| 2.4.2 | Emosjonelle belastninger og krenkende praksiser | 16 |
| 2.5 | Alternativer til skjerming | 17 |
| 2.5.1 | BAT- prosjektet | 17 |
| 2.5.2 | Synet på begrepet stimuli | 18 |
| 2.5.3 | Bruk av systematiske fagutviklingsprogram | 19 |
| 2.5.4 | Holdninger | 20 |
| 2.5.5 | Terapeutisk relasjon | 20 |
| 2.5.6 | Forståelse av aggresjon ved bruk av tid og aktiviteter | 21 |
| 2.6 | Oppsummering | 22 |
| 3 | Teoretiske perspektiver | 23 |
| 3.1 | Hildegard Peplau og interpersonlige relasjoner | 23 |
| 3.1.1 | Hildegard Peplau i et sykepleiefaglig og historisk perspektiv | 23 |
| 3.1.2 | Sykepleierens terapeutiske bruk av seg selv | 24 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.1.3 | Å bruke angsten produktivt..... | 25 |
| 3.1.4 | Den terapeutiske relasjon og omgivelsene | 26 |
| 3.1.5 | Fra ideal til slitsom realitet | 27 |
| 3.2 | Bruno Latour og relasjoner i nettverk | 28 |
| 3.2.1 | Aktanter og aktører – hybrider i nettverk | 29 |
| 3.2.2 | Blackbox, ting, entiteter og translasjon | 29 |
| 4 | Design og metode | 33 |
| 4.1 | Fortolkende metode og intersubjektive intervju | 33 |
| 4.2 | Datainnsamling | 34 |
| 4.3 | Utvalg | 35 |
| 4.4 | Gjennomføring av intervjuene | 35 |
| 4.5 | Analyseprosessen | 37 |
| 4.5.1 | Transkribering..... | 37 |
| 4.5.2 | Systematisk bearbeiding av data..... | 38 |
| 4.5.3 | Nærhet og distanse ved bruk av teori i analyseprosessen..... | 39 |
| 4.6 | Etiske overveielser | 42 |
| 4.7 | Metoderefleksjon..... | 43 |
| 4.7.1 | Pålitelighet | 44 |
| 4.7.2 | Validitet | 45 |
| 4.7.3 | Overførbarhet | 46 |
| 4.7.4 | Introduksjon til presentasjon av resultatet..... | 46 |
| 5 | Resultater..... | 49 |
| 5.1.1 | Sentrale resultater..... | 50 |
| 5.2 | Skjerming som metode – en utfordring og en mulighet | 50 |
| 5.2.1 | Skjermingens ulike former og hensikt..... | 51 |
| 5.3 | Fra tradisjonell skjerming til alternativ til skjerming..... | 53 |
| 5.3.1 | Endrede holdninger og begrepet stimuli..... | 53 |
| 5.3.2 | Tradisjonell skjerming..... | 54 |
| 5.3.3 | Alternativer til skjerming..... | 55 |
| 5.3.4 | Gjensidighet og medbestemmelse..... | 56 |
| 5.3.5 | Tid og aktiviteter | 58 |
| 5.4 | Fellesmiljøet starter veien mot skjerming..... | 59 |
| 5.4.1 | Skjøre relasjoner..... | 59 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.4.2 | Ustabile omgivelser..... | 60 |
| 5.4.3 | Motsetningsfylte roller | 62 |
| 5.4.4 | Eskalerende situasjoner | 64 |
| 5.4.5 | Maktesløshet | 67 |
| 5.5 | Loven viser vei og skaper legitimitet | 69 |
| 5.6 | Oppsummering | 71 |
| 6 | Diskusjon..... | 73 |
| 6.1 | Skjerming som metode - tvang og en relasjonell mulighet | 73 |
| 6.1.1 | Blackboxing skjerming som metode – opprinnelsen, faget og tvang | 74 |
| 6.2 | Fellesmiljøet - relasjonens utfordring og skjermingens begrunnelse..... | 77 |
| 6.2.1 | Skjøre relasjoner, samarbeid og kontroll..... | 77 |
| 6.2.2 | Ustabile omgivelser, eskalerende situasjoner og andres forventninger | 80 |
| 6.2.3 | Distanserte relasjoner - avvisning og maktesløshet | 82 |
| 6.3 | Endringen fra tradisjonell skjerming til alternativer til skjerming..... | 84 |
| 6.3.1 | Alternativer til skjerming - en kompensasjon for å makte kompliserte relasjoner og omgivelser | 85 |
| 6.3.2 | Fra manglende samarbeid og økt kontroll til tradisjonell skjerming | 85 |
| 6.3.3 | Skjermingens ulike hensikter mellom omsorg og tvang | 87 |
| 6.3.4 | Fra ensidighet til gjensidighet og medbestemmelse..... | 88 |
| 6.3.5 | Begrepet stimuli - fra rigiditet til aktiviteter og dynamikk..... | 90 |
| 6.3.6 | Skjerming og lovverket – tingenes betydning | 91 |
| 7 | Avslutning og konklusjon | 95 |
| 7.1.1 | På vei ut av en blackbox | 95 |
| 7.1.2 | Kritikk av Peplaus interpersonlige teori..... | 96 |
| 7.1.3 | Studiens konklusjon og veien videre..... | 96 |
| | Litteraturliste..... | 99 |

Vedlegg 1: Svar fra REK

Vedlegg 2: Svar fra NSD

Vedlegg 3: Søknad om tilgang til feltet

Vedlegg 4: Svar fra feltet

Vedlegg 5: Informasjon om studien

Vedlegg 6: Informert samtykke

Vedlegg 7: Temaguide

1 Innledning

Døra inn til det store huset var bred og tung. Og terskelen nedslitt og fliset, et tungt søkk i treverket etter alle trette føtter som i årevis hadde subbet inn, og siden ut, og så inn igjen. Tusener av føtter. Inn skulle de, noen fordi de ville, noen fordi de måtte, de slepte seg inn, de ble dyttet og puffet, vennlig geleidet, eller i noen særlige tilfelle, båret inn (Karin Fossum, s. 5, 2000)

Dette sitatet er hentet fra innledningen til boken *De gales hus*, av Karin Fossum. Slik kan en innleggelse til akuttpsykiatrisk avdeling beskrives. Når jeg leser dette, kan jeg se meg selv som sykepleier. Hvordan jeg møter denne pasienten avhenger av hvordan han kommer meg i møte. Kommer han fordi han vil, er jeg åpen. Kommer han fordi han må, er jeg kanskje avventende. Å bli båret inn til akuttpsykiatrisk avdeling får meg til å tenke at pasienten protesterer på innleggelsen fordi han ikke vil, eller opplever situasjonen krenkende og nedverdiggende. Pasienter jeg møter vil vurdere meg på bakgrunn av måten jeg tar dem i mot enten de kommer gående eller bæres inn. Det er de *særlige* tilfellene som bæres inn, jeg er interessert i. De som bæres inn bak døren og inn til skjermet enhet.

Denne studien om skjerming som metode har sin opprinnelse i mangeårige arbeid som psykiatrisk sykepleier i akuttpsykiatrisk avdeling. I akuttpsykiatrisk avdeling har jeg opplevd mine *vakreste stunder* som sykepleier, der jeg kan rusle hjem og tenke at jeg har den fineste jobb noen kan ha. Til de mest *krevende stunder* jeg ikke orker å forholde meg til, blir taus og vender meg bort.

I løpet av årene i akuttpsykiatrisk avdeling har det skjedd endringer i psykisk helsevern. I 1999 ble nye lovverk vedtatt. Bruken av tvang skal reduseres og pasientens stemme skal høres. For å nå disse målene skal ansatte på tvers av avdelinger og divisjoner samhandle. Det skal satses på fagutvikling og forskning (St.meld. 25, 1996- 1997). For meg ble det naturlig å søke faglig og menneskelig vekst ved å gjennomføre et mastergradsstudium, ved Avdeling for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo.

At skjerming som metode skulle bli tema for min mastergradsoppgave, var ikke opplagt. Da jeg i perioder av studiet var tilbake i akuttavdelingen, observerte jeg enda tydeligere enn før at skjerming var en dagligdags hendelse. Jeg har lang erfaring i å begrunne og gjennomføre skjerming som metode. Jeg har vel så lang erfaring i å koordinere hverdagen i en akuttpsykiatrisk avdeling. Stadig oftere undret jeg meg over hvor jeg hentet begrunnelser for

skjerming fra. Hvem lærte meg skjerming? Hvorfor bruker vi skjerming? Dette var spørsmål jeg stadig oftere stilte meg. Jeg visste at noen stiller spørsmålstegn ved skjerming som metode og at pasienter opplever skjerming som straff og krenkelser (Norvoll, 2007). Å *skjerme* og å *være på skjerming* er begreper jeg har et nært forhold til, da dette er kjerneoppgaver i akuttpsykiatrisk avdeling. Denne studien har gitt meg anledning til å undersøke begrepene å *skjerme* og å *være på skjerming* i en forskningsmessig sammenheng, slik at jeg kanskje bedre kan forstå de *vakreste* og de mest *krevende* stunder.

1.1 Problemstilling, hensikt og betydning

Studiens siktemål er å utforske og å beskrive sykepleieres erfaringer ved bruk av skjerming som metode. Studien tenkes å bidra med kunnskaper som belyser sider ved bruk av skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling.

Følgende forskningsspørsmål skal besvares:

Hvilke erfaringer har sykepleiere i bruk av skjerming som metode?

Hva kan påvirke bruken av skjerming som metode?

1.2 Studiens avgrensninger

Denne studien utføres i en akuttpsykiatrisk avdeling ved ett sykehus og hvordan en gruppe sykepleiere erfarer skjerming som metode. Det er sannsynlig at studien hadde gitt andre nyanser og perspektiver hvis studien hadde hatt en tverrfaglig innfallsvinkel til temaet.

Likeledes hvis studiens siktemål hadde vært å utforske flere akuttpsykiatriske avdelinger, eller i tillegg inkludert langtidsavdelinger og sikkerhetsposter.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Etter denne innledningen følger en litteraturgjennomgang som viser forskningsstatus på feltet. Kapittel 3 beskriver to teoretiske perspektiver som kan ha betydning for å belyse bruken av skjerming som metode. Kapittel 4 tar for seg design, intersubjektiv metode, analyseprosessen, etiske betraktninger og metode kritikk. Kapittel 5 presenterer studiens resultater, som

diskuteres i kapittel 6. Kapittel 7 oppsummerer hovedpunktene i studien, konklusjonen inneholder implikasjoner for praksis og for videre forskning på temaet skjerming som metode.

2 Forskningsstatus på feltet

Jeg vil nå rette søkelyset på litteraturgjennomgangen som viser forskningstaus på feltet skjerming som metode. Litteraturgjennomgangen synliggjør en teoretisk forståelse av temaet og begreper som presenteres. Her synliggjøres det som er kjent og hva som bør styrkes rundt temaet skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling.

2.1 Litteraturgjennomgang

Litteraturgjennomgangen er gjort i to omganger, først ved planlegging av studien og til slutt i forkant av arbeidet med studiens diskusjonsdel.

Å finne internasjonale studier som samsvarer med det norske skjermingsbegrepet har vært en utfordring. *Seclusion* er det engelske begrepet som tilsvarende isolasjonsbegrepet i Norge. *Seclusion* betyr at pasienten plasseres alene i et sparsomt møblert rom, ofte med låst dør og hyppig tilsyn (Sailas og Fenton, 2000). Skjerming betyr at pasienten oppholder seg sammen med personalet i pasientrommet eller skjermet enhet/rom (Lorentzen, von Krogh, Island, 1984).

En engelsk oversettelse av det norske skjermingsbegrepet skjerming kan være: *confining a patient in a single room or in a separate unit or area inside the ward, accompanied by staff* (Husum, Bjørngaard, Finset og Ruud, 2010 a s. 3). Begreper i oversettelsen ga imidlertid ikke treff ved søk i databaser. Skjerming kan sammenlignes med engelske begrep som *open area seclusion, segregation nursing/area, quiet rooms, sheltered area* og *shielding*, men metodene brukes oftest overfor eldre, forvirrede eller demente pasienter der hensikten er å forebygge fall (Steinert et al, 2007; Husum et al, 2010 a). Til tross for ulike definisjoner, begrunnelser og gjennomføring, har *seclusion* og skjerming likhetstrekk ved å være omdiskuterte metoder og etablerte praksiser som medfører bruk av tvang i akuttpsykiatriske avdelinger. Forskning på *seclusion* inkluderes derfor i litteraturgjennomgangen. Litteraturgjennomgangen inkluderer i tillegg studier om relasjonens betydning, fordi relasjonsdannelse er sentral i norsk skjermingspraksis. Internasjonal forskning på *seclusion* er omfattende og valg av litteratur begrenses til temaer som har relevans for skjerming som metode.

Søkestrategien er utført på tre nivåer og bygger på PICO metoden. Først søkes bredden på feltet i databasene CINAHL, Medline, PsycINFO, Pub Med, Cochrane og The Johanna Briggs Institute. Søkeordene *mental health** og *involuntary treatment**, *nursing**, *seclusion** og *restraint** undersøkes hver for seg, i tillegg til relevante Mesh headings. Søket blir deretter kombinert med søkeord, i rekkefølgen *nursing**, *seclusion** og *restraint** som gir 214 treff i databasen Medline. På andre nivå kombineres dette treffet med søkeord som *psychiatric nursing**, *therapeutic relation**, *alternative to seclusion**, *stimulous**, *trust**, *reciprocity**, *empowerment**, *power**, *control** og *attitude**. Deretter gjøres søk i databasene Swemed+ og Norart, med tilsvarende norske begreper og det svenske begrepet *avskjilnad*(skjerming)*. Søket gir få treff på artikler skrevet på nordiske språk. Til slutt gjøres søk i databasen Google scholar og søk basert på referanseliste i utvalgte artikler, bøker og rapporter. På begrepet *coersion** gjøres søk mot relevante norske studier. Årsaken er at fagfeltet er omfattende og det er til dels store variasjoner i forståelsen av og bruk av tvang mellom land og innad i land (Steinert et al, 2007, Husum et al, 2010 a).

54 vitenskaplige artikler vurderes og refereres til i større eller mindre grad. I tillegg inkluderes utvalgte fagartikler, doktorgradsprosjekter, offentlige rapporter, lærebøker og norske lover.

Først presenteres skjerming som metode i Norge og i sykepleiefaget. Så presenteres skjermingens plass i lovverket og i akuttpsykiatrisk avdeling. Deretter presenteres syn på skjerming og seclusion sett fra et sykepleier- og pasient perspektiv. Til slutt beskrives *alternativer til skjerming* med fokus på BAT- prosjektet, begrepet stimuli, fagutviklingsprogram, holdninger, aggresjon og den terapeutiske relasjon.

2.2 Skjerming som metode i Norge

2.2.1 Tilbakeblikk

Skjerming som begrep har eksistert i fagmiljøet siden 1960-årene og beskrives i sykepleielitteraturen fra 1970 -tallet (Løkenngaard, 1977). Skjerming som metode introduseres ved Ullevål Sykehus i slutten av 1970-tallet, som et alternativ til isolasjonsbruken og som en konsekvens av omorganiseringen ved akuttpsykiatrisk avdeling (Vaglum, Karterud og Jørstad, 1984). Akutt avdelingene får plikt til øyeblikkelig- hjelp, krav om færre liggedøgn og kortere behandlingstid. Disse effektivitetskravene endrer pasientsammensetningen. Det

terapeutiske miljø endres fra et kollektivistisk syn på pasientbehandling til en individbasert tilnærming, der de dårligste pasientene skjermes og beskyttes fra gruppebehandlingen. Det medførte at ca 50 % av alle pasienter med psykose ble skjermet (Vaglun et al, 1984).

Skjermede enheter/rom etablertes i nærheten av fellesmiljøet, men ble organisert som en egen del av avdelingen (ibid). Intensjonen er utvikling av gode relasjoner og individuell tilnærming. Skjerming defineres som:

Et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig begrenset miljø(som regel pasientens rom), og den har også elementer av grensesetting og struktur. Samtidig skal den være stimulusbegrensede uten å være depriverende(...)Pasienten kan delta i realitetsnære, praktiske gjøremål som å vaske rommet, vaske klær(...) Pasienten kan gå tur ut på området med følge, men ikke være med i gruppeaktiviteter (Lorentzen et al, 1984, s. 210).

Skjerming beskytter både pasienten og medpasienter. *Delvis skjerming* betyr at pasienten er i bedring og beskyttelsen reduseres. Pasienten gis ansvar og deltar i små grupper som for eksempel morgenmøtet. Relasjonen mellom personalet og pasienten endres fra *en å være sammen med*, der personalet har ansvaret, til *en å relatere seg til*, der pasienten tar initiativ til kontakten (Lorentzen et al, 1984). Det poengteres at ledelsen må legitimere og støtte personalet når de skjerner en pasient, fordi skjermingsmetoden skaper diskusjoner. Ansatte støttes og ivaretas ved samtaler og veiledning for å forebygge splitting i personalgruppen (ibid).

2.2.2 Skjerming som metode og sykepleiefaget

Skjerming regnes som en spesialisert form for miljøterapi med forbindelser til psykodynamisk miljøterapi (Hummelvoll, 1998 ; Strand 1990; Vatne, 2006). I sykepleielitteraturen beskrives skjerming som en humanistisk tilnærming med omsorg, relasjoner, forståelse og respekt for pasienten bak lidelsen. Skjerming er en sykepleieintervensjon og et prinsipp i *Ego-styrkende sykepleie* (Strand, 1990). Skjerming som metode tas opp i sykepleiefaget, der begrepet og metoden videreutvikles i et forebyggende, behandlende og et organisatorisk perspektiv. Hensikten med skjerming er å hjelpe pasienten til å gjenvinne *fofeste* og å skape en indre samling når pasienten ikke har kontroll over sine tanker eller atferd. Sykepleieren må balansere mellom nærhet og avstand. Sykepleieren kompenserer for handlinger og uttrykk når pasienten ikke mestrer eller forstår. Skjerming skaper oversikt over pasientens situasjon og ivaretar sikkerhet og trygghet for pasienten, medpasienter og personalet. På denne måten

utspennes metoden i skjæringspunktet mellom vokterrollen og omsorgsrollen (Holte, 2003; Vatne, 2006). Innenfor skjermingsbegrepet beskrives egenskjerming, hvor pasienten frivillig oppholder seg alene på rommet, eller sammen med personalet (Vatne, 2006).

2.2.3 Skjerming som metode og lovverket

Skjerming som en sykepleiefaglig intervensjon, lovhjemles fra 1999. Lovhjemlingen bygger på den etablerte skjermingspraksis, diskusjonen rundt tvang og negative pasienterfaringer (Psykisk helsevernloven, 1999; Norvoll, 2007). I skjermingsforskriften (2006) gjenkjennes de ovennevnte perspektiver. Forskriften påpeker at skjerming endrer omgivelsene fordi pasienten trenger ro, begrenset stimuli og begrenset bevegelsesfrihet. Skjerming kan iverksettes på grunn av pasientens lidelse, utagerende atferd, eller av hensyn til medpasienter. Belastningen ved å bli skjermet skal oppveie pasientens og medpasienters ulempe om pasienten ikke skjermes. Dette innebærer at sykepleieren må foreta faglige og etiske avveininger. Personalet kan fysisk lede pasienten til skjermingsrommet/avdelingen. Pasienten har etter individuelle forutsetninger rett til medbestemmelse på hvor og hvordan skjermingen gjennomføres. Pasientens ønske om å være alene skal respekteres, men vanligvis skal helsepersonell være tilstede under skjermingstiden. Et juridisk vedtak om skjerming øker pasientens rettssikkerhet fordi pasienten har klagemuligheter og vedtaket registreres i egen protokoll (Psykisk helsevernloven, 1999).

Pasienten kan skjermes uten vedtak inntil 12 eller 24 timer, deretter må det fattes vedtak av faglig ansvarlig. Sykepleieren har et faglig og etisk ansvar for at all skjerming gjennomføres på en omsorgsfull måte (Helsepersonelloven, 1999). Skjermingsforskriften (2006) legitimerer bruk av tvang og makt, slik at helsepersonell kan gjennomføre behandling og omsorg til pasienter innlagt i psykiatriske avdelinger. Loven påpeker at *lempelige midler skal være prøvd først*, uten at loven defineres hva det betyr (Psykisk helsevernloven, 1999; Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2001).

2.2.4 Akuttpsykiatrisk avdeling

Norske godkjente psykiatriske avdelinger for bruk av tvang, kan bruke skjerming. I 2007 ble 1239 pasienter skjermet og det ble fattet 2349 skjermingsvedtak, og bruken av skjerming øker (Bremnes, Hatling, Bjørngaard, 2008). Tallene står i sterk kontrast til målet om reduksjon i bruken av tvang (St.meld. nr 25,1996-1997).

Antall sykehussenger i psykiatrien er betydelig redusert etter den første omorganiseringen på 1980-tallet og frem til omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten på 2000-tallet. Målet er kortere liggetid i akuttpsykiatrisk avdeling og pasienten skal ha sine tjenester på laveste effektive omsorgsnivå (St. meld. nr 25, 1996-97). Øyeblikkelig-hjelp plikten i akuttpsykiatrisk avdeling innebærer å vurdere, utrede og behandle pasienter med akutte behov for tjenester. Gjennomsnittlig liggetid var i 2005, 9.5 døgn (Ruud, Gråwe og Hatling, 2006). Berg, Eikeseth, Johnsen og Restan (2007) påpeker at kravet om kortere liggetid vil medføre økt press på akuttpsykiatrisk avdelinger. Alvorlige sinnslidelser som schizofreni og bipolare lidelser kan kreve lengre behandlingstid på grunn av fare - og behandlingskriteriet i Psykisk helsevern loven. Akuttpsykiatrisk avdeling mottar dessuten pasienter i krisetilstand, med rusproblematikk, personlighetsforstyrrelser eller selvskading. Flere pasienter har sosiale problemer som mangel på fast bolig (ibid). Mange pasienter har behov for intensiv behandling, tett oppfølging og skjerming (Ruud et al, 2006).

I akuttpsykiatrisk avdeling er sykepleierne en yrkesgruppe i et flerprofesjonelt miljø. Sykepleierens rolle er å observere, vurdere og iverksette hensiktsmessig pleie og omsorg. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten har betydning (Hem 1999, 2008; Hummelvoll, 1998; Strand 1990; Vatne 2003). Nyere studier antyder derimot at miljøet i akuttpsykiatrisk avdeling kan være preget av distanserte relasjoner. En medisinsk psykiatrisk tilnærming betyr at behandlingen innebærer ansvarsovertagelse der symptomer ses på som sykdom (Hem, 2008; Holte, 2003; Norvoll, 2007; Terkelsen, 2010; Skorpen og Øye, 2008; Vatne, 2003). I Norge skjerms pasienten ofte ved behandling av psykoser og manier. Internasjonalt er seclusion (isolasjon) knyttet til pasienter med vold og aggresjonsproblematikk (Holte, 2003; Norvoll, 2007).

Felles for bruk av *seclusion* og skjerming er at sykepleieren befinner seg i dilemmaer mellom fagutøvelsens idealer og realiteter. *Seclusion* og skjerming har fått fokus på grunn av økte kunnskaper om pasienters negative erfaringer. Det mangler randomiserte kontrollerte studier som utforsker metodenes begrunnelse, gjennomføring og effekt (Kynoch, Wu, Chang, 2009; Sailas og Fenton, 2000). Statistiske analyser ved skjerming og *seclusion* kan synliggjøre forbindelser det er hensiktsmessig å endre. Dette kan være kulturelle og organisatoriske forhold som påvirker skjerming/*seclusion* og relasjonen mellom sykepleieren og pasienten (Mason, 1997).

Kunnskapen rundt *seclusion* og skjerming er motstridende. Forskningen finner *seclusion* nødvendig i uhåndterbare situasjoner for å kontrollere og forebygge aggressiv og voldelig atferd hos pasienter (Kynoch et al, 2009). Skjerming som metode har et forebyggende, behandlende og organisatorisk perspektiv. Både skjerming og *seclusion* finner at relasjonen kan være terapeutisk (Brown og Tooke, 1992; Meehan, Bergen og Fjeldsoe, 2004; Strand, 1990). Annen forskning betrakter metodene som en krenkelse av pasientens integritet og autonomi. Mange taler for at *alternativer til skjerming* og *seclusion* bør utvikles (Griffiths, 2001; Kontio et al, 2010; Landeweer, Abma og Widdershoven, 2010; Norvoll, 2007; Norvoll, Hatling og Hem 2008).

Miljøer i England og Australia hevder at *seclusion* bør avskaffes. USA har rapporterte dødsfall ved bruk av *seclusion* som skapte reaksjoner i media (Griffiths, 2001; Grigg, 2006; Taxis, 2002). Verdens Helseorganisasjon anbefaler utarbeidelse av et felles teoretisk rammeverk innen etiske og faglige vurderinger for bruk av *seclusion*, noe som hittil har mislykkes (Prinsen og Delden, 2009; Wynaden et al, 2001). Flere studier utforsker tvangsbruken i akuttpsykiatriske avdelinger i Norge, men få studier omhandler alternativer til tvang og skjerming, brukererfaringer og medbestemmelse (Norvoll et al, 2008; Ruud, et al, 2006). Det etterlyses kvalitative studier der aktører og pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling får anledning til å dele sine erfaringer, kunnskaper og holdninger til *seclusion*, skjerming og relasjonens betydning (Alty, 1997; Hem, 2008; Holte, 2003; Griffiths, 2001; Moran, Scott, Matthews og Valimaki, 2009; Norvoll, 2007; Wynaden 2001).

2.3 Sykepleierens syn på skjerming og ”seclusion”

2.3.1 Tvang, makt og faglig ansvar

At skjerming som metode innebærer bruk av tvang og makt, er lite omtalt i sykepleielitteraturen frem til 2000 -tallet (Hummelvoll, 1998; Strand, 1990). Utover 2000 – tallet diskuterer sykepleiefaget tvangsaspektet ved skjerming gjennom doktorgradsstudier, mastergradsoppgaver og fagartikler. Tvangsaspektet ved skjerming rokker ved faglige og etiske idealer ved sykepleieutøvelsen. Sammen med offentlige rapporter får bruken av tvang generelt i psykisk helsevern interesse (Norvoll, 2007; Ruud et al, 2006; Vatne, 2003; Wergeland, 2007). Norvolls (2007) etnografiske doktorgradsstudie, synliggjør hvordan aktører i to lukkede akuttpsykiatriske avdelinger ser på skjerming som en positiv intervensjon.

Pasientene derimot opplever skjerming som en straff. Studien synliggjør hvordan psykiatrien invaderer pasientens liv ved å frata pasienten medbestemmelse over eget liv og helse (ibid). Husum et al (2010 b) kvantitative studie, taler for at bruk av tvang kan knyttes til holdninger og oppfattelser hos det enkelte personell. Akademisk utdannet personell finner tvang mer skadelig for pasienten enn sykepleiere. Personell med spesialisering innen psykisk helsearbeid anser at tvang ikke er behandling. Flertallet mener tvang kun skal brukes av sikkerhetsmessige grunner. Selv om holdninger påvirkes og har betydning, handler bruk av tvang om verdier og personlighet hos den enkelte (ibid).

I et fagutviklingsprosjekt utført av Berg, Fagermoen, Kobbenes og Kristoffersen (2001) finner de at skjerming er faglig omsorg og et sykepleieansvar. Pasientmedbestemmelse setter sykepleieren i et dilemma mellom pasientens forventninger og kapasitet til å kunne velge. Sykepleierne beskriver at behandlingsplaner gjør relasjonen mellom sykepleieren og pasienten fastlåst og rigid. Derfor oppstår situasjonsvurderte skjerminger, skjerming praktiseres ulikt og skjermingssituasjoner mangler faglige begrunnelser (ibid). Ulike skjermingspraksis samsvarer med Husum et al, (2010b). Fagutviklingsprosjektet *Gjennombruddsprosjektet*, konkluderer med at skjerming er en sterk inngripen i pasientens råderett over seg selv (Mathiesen og Føyn, 2002).

2.3.2 De vanskelige realitetene

Hem, Heggen og Ruyter (2008) beskriver hvordan sykepleieren opplever at omsorgssituasjonen rokker ved idealer som tillit, når pasienten er aggressiv og avvisende. Sykepleieren må være bevisst at hennes opptreden, kommunikasjonsevne og faglige begrunnelser kan snu pasientens grunnleggende tillit til mistillit som vanskeliggjør at tillitsforholdet vokser frem. Når mistillit preger relasjonen, blir sykepleieren usikker og kan skyver ansvaret over på strukturelle føringer som forsterker mistilliten. Ved kontakt, samtale og reetablering av tillit roes konfliktnivået mellom sykepleieren og pasienten, men veien til gjensidig tillit er krevende for begge (ibid).

Kontio et al (2010) finner at vurdering av *seclusion* innebærer en balansekunst mellom å møte pasienten med respekt og verdighet og til å inneholde et svekket pasientperspektiv. I intervju med 22 sykepleiere og 7 leger om beslutningsprosessen for *seclusion*, brukes metoden oftere av hensynet til medpasienter og omgivelsene enn til den aggressive pasienten. Det skaper tvil

i sykepleieren om hun forsøker nok, er tilgjengelig nok og tilbyr pasienten samtale, og om *seclusion* utføres til rett tid eller er rett handling. I eskalerende situasjoner som krever raske handlinger, uten tid til rådføring med kollegaer og lege, kommer tvilen i etterkant. Legene synes det er vanskelig å fatte vedtak i etterkant av *seclusion*, fordi de sjelden er med eller kontaktes forut for en eskalerende situasjon (ibid).

Kontio et al (2010) taler for at sykepleierne opplever *seclusion* tidkrevende og energitappende. Årsakene er at pasienten trenger hyppig tilsyn og sykepleie i forhold til grunnleggende behov. Videre er pasienten under kontinuerlig vurdering for opphør av *seclusion*. Medpasienter får derfor lite oppmerksomhet, fordi sykepleieren er opptatt med oppgaver knyttet til *seclusion*. Sykepleierne snakker sjelden med pasienten i etterkant av *seclusion*. Sykepleiernes opplevelser av *seclusion* avledes med distanserte oppgaver som medisinerings og rapportskrivning. Både Kontio et al (2010) og Moran et al (2009) beskriver at sykepleierne opplever emosjonelle belastninger, som maktesløshet, redsel og angst før og under episoden med *seclusion* og lettelse når pasienten er tilbake i fellesmiljøet. Emosjonelle belastninger undertrykkes, fortrenses og skaper avstand til pasienten og relasjonens terapeutiske mulighet svekkes ytterligere. Hem (1999) og Hem og Heggen (2003; 2004) finner at sykepleieren distanserer seg fordi relasjonen mellom sykepleieren og den psykotiske pasient er kompleks og motsetningsfull. Hun er i et dilemma mellom å være fagmenneske og medmenneske, som kan oppleves som motstridende rolleforventninger. Pasienten strever med å bli sett, bevare sin verdighet og kan oppleve realitetsorientering som en avvisning. Begge parter frykter å bli avvist. Akuttavdelingens organisering og struktur gir lite rom for refleksjon over egen rolle og relasjonens terapeutiske betydning (ibid).

I den beste hensikt

Til tross for at bruk av *seclusion* og skjerming rommer tvang og makt, brukes metodene i den beste hensikt. Flere studier viser at hensikten med metodene er å roe ned aggressive og voldelige pasienter. Noen sykepleiere erfarer situasjonen som terapeutisk, men forstår at pasienten blir sint, krenket og avvist (Alty, 1997; Happell og Koehn, 2010; Holte, 2003; Meehan et al, 2004; Norvoll, 2007; Wynaden et al, 2001). Moran et al (2009) beskriver at sykepleierne vurderer eskalerende situasjoner som stressende og risikofylte. Etter slike hendelser snakkes det lite om hva sykepleierne tenkte og hva de gjorde. Handlingene kan bli tause og ureflekterte og maktforholdet kan ha forbindelser til lover, regler, prosedyrer,

kulturer, organisering og forventninger om at situasjonen løses (Juritzen og Heggen, 2006; Mason, 1997; Moran et al; 2009).

Juritzen og Heggen (2006) introduserer begrepet *Omsorgsmakt* som ses i lys av Foucault sitt syn på at makt kan være produktiv. *Omsorgsmakt* handler om at helsepersonell makter å være i og mestre vanskelige relasjoner og omsorgsforhold. Sykepleieren makter dette ved å ha et bevisst forhold til seg selv, pasienten og sine handlinger i en omsorgssituasjon (ibid). I forbindelse med maktebegrepet kritiserer de begrepet maktesløshet, som kan ses som en *ovenifrastyring* knyttet til lover, regler, profesjonsstrid og økonomiske føringer. Maktesløsheten fører til at helsepersonell retter kritikken mot andre og overser egen posisjon og evnen til selvkritikk reduseres (Juritzen, 2001).

Hem (2008a) introduserer i sin avhandling begrepet *Moden omsorg*. *Moden omsorg* har et relasjonelt ståsted. Filosof Tove Pettersen og sykepleier og forsker Marit Helene Hem har videreutviklet moralpsykolog Carol Gilligans arbeider. Gilligan hevder at kvinner har omsorg som et normativt ideal, som kan knyttes til *ikke – skade* perspektivet i omsorgsetikken (Pettersen, 2006). Gjensidighet i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er et sentralt begrep. *Moden omsorg* beskrives som en middelvei mellom hensynet til egne interesser og de(n) andres interesser. *Moden omsorg* utfordrer den altruistiske omsorgen som preger skandinavisk sykepleie (Hem, 2008a). Betydningen av gjensidighet i et sykepleier-pasient relasjon støttes av Fingeld-Connett (2009), men ikke alene. Gjensidighet, *timing* og forhold ved omgivelsene som kollegialt samarbeid og et aksepterende arbeidsmiljø, beskrives som viktig for relasjonens terapeutiske betydning til tross for at relasjonen er utfordrende (ibid). Begrepene *omsorgsmakt*, *moden omsorg* og *gjensidighet* kan være nyttige begrep å bruke når jeg skal belyse hva som kan påvirke sykepleiernes erfaringer med skjerming som metode.

2.3.3 Skjermingspasienten

Studier viser at sykepleieren ser nødvendigheten av *seclusion*, fordi de er i truede og risikofylte situasjoner (Alty, 1997; Happel og Koehn, 2010; Meehan et al 2004; Wynaden 2001). Norsk skjermingspraksis har et relasjonelt perspektiv, der forebygging og behandling gjør pasienten rolig og tilgjengelig for samarbeid og kontakt (Hummelvoll, 2003; Norvoll, 2007; Strand, 1990). I Norge introduser Bjørkly (1995) begrepet *Open-area seclusion* som beskriver en skjermingspraksis knyttet til pasienter med aggresjons og atferdsproblematikk.

Skjermingsforløpet mellom sykepleieren og pasienten organiseres i fire overlappende faser. Først en *spenningsfase* før en *roe ned fase*. Deretter pasientsamtale om foranledningen for, og opplevelsen av skjerming. Til sist samtale om veien videre. Studien kritiserer at skjerming kan ha hovedfokus på et organisatorisk perspektiv mer enn behandlingsperspektivet i metoden (ibid).

Moran et al (2009) viser til at sykepleiere betegner *seclusion* som siste utvei, i situasjoner der relasjonen kompliseres ved at verbal kommunikasjon synes nyttesløs og situasjonen eskalerer. *Seclusion* forebygges ved å tilby pasienten rolige og oversiktelige omgivelser der sykepleieren har mulighet til å observere og håndtere pasientens atferd. Når dette ikke fører frem, iverksettes *seclusion* (ibid). Begrunnelser for *seclusion* er når ansatte skades, skade på medpasienter, inventar og selvskade (Alty, 1997; Happell et al, 2010). I Norge kan nevnte begrunnelser være årsak til bruk av mekaniske tvangsmidler (Psykisk helsevernloven, 1999).

Demografiske forhold er kartlagt med tanke på begrunnelser og årsaker til bruk av *seclusion* og skjerming. På grunn av små studier og få sammenlignbare studier, spriker funnene rundt dette. Ulikheter i lovverket mellom land, underrapportering og/eller manglende rapportering, er et problem når studier fokuserer på hvordan, hvor ofte og hvor lenge tvang generelt brukes (Steinert et al, 2007). Likevel, i følge Taxis (2002) og Ryan og Bowers (2005) skjermes unge, aggressive, voldelige menn. Husum et al (2010 b) finner derimot ingen sammenheng mellom kjønn, men sjansen er større hvis pasienten har aggressiv/overaktiv, selvskadende, suicidale og/eller hallusinasjons/forvirrings tilstander. Aggresjon som hovedårsak til *seclusion*, støttes i en finsk, longitudinell studie (1990- 2004), men sykepleierens faglige vurderinger har betydning for varigheten av *seclusion* (Keski-Valkema et al, 2010). Vatne (2003) finner grensesettingssituasjoner som risiko for fysisk utagering hos pasienten. Wynn (2003) viser at 70 % av personalet opplever fysisk utagering fra pasienten forut før bruk av skjerming og belter. Personalet tror økt fokus på konsekvenser av tvang, økt bemanning og økte kunnskaper vil redusere bruken av tvang (ibid). Likeså virker forhold ved ansatte som kjønn, grad av utdanning, erfaring, holdninger til pasienter og forståelsen av aggresjon inn på bruken av *seclusion* (Husum, 2010 b; Taxis, 2002). Wynn, Kvalvik og Hynnekleiv (2010) studie av holdninger til tvang, finner at menn og ufaglærte er mer restriktive overfor pasienten når situasjonen trues av vold og aggresjon.

2.3.4 Kommunikasjon – et anerkjennende perspektiv

Vatne og Fagermoen (2007) taler for et anerkjennende perspektiv der samarbeid og gjensidig fellesskap mellom ansatte og pasienten, er en vei til redusert bruk av tvang. Studien synliggjør at bevissthet på bruk av verbal og non-verbal kommunikasjon, endrer relasjonen fra kontroll til samarbeid mellom sykepleieren og pasienten. Språket endres til positive formuleringer og uttalelser. Vatne og Hoem (2007) finner at det anerkjennende perspektiv kan misforstås når pasientens ønsker til enhver tid ses på som rett til medbestemmelse. Ønskene innvilges uten at alternative løsninger tas opp og drøftes sammen med pasienten og sykepleieren opptrer distansert. Holte (2003) beskriver at relasjonen kan få en vennskapelig form der pasienten ses på som ekspert på egen lidelse og sykepleieren blir *gående etter* der pasienten selv må finne veien. Landeweer et al (2010) beskriver et anerkjennende perspektiv ved bruk av moraldialog, der samtaler mellom sykepleieren og pasienten involverer og ansvarliggjør pasienten. Sykepleieren endrer formen på kontrollperspektivet fordi sykepleieren får faglig kontroll gjennom samvær og samtaler med pasienten (ibid).

Omgivelsene

Videre retter forskningen søkelys på omgivelsene og hvordan relasjonen mellom sykepleieren og pasienten påvirkes når en medisinspsykiatrisk tilnærming er dominerende (Holte, 2003; Skorpen og Øye, 2008; Terkelsen, 2010). Sykepleieren må tilpasse seg forventninger fra miljøet som kan hindre bruk av faglig skjønn og individuell tilnærming til pasienten. Omsorgen blir prosedyrestyrt, rutinemessig og ureflektert, for å hindre konflikter og å oppfylle forventninger på gruppe og systemnivå. Dette kan gi økt frustrasjon og utagering hos pasientene (Holte, 2003; Mason, 1997; Vatne og Fagermoen, 2007). Behandlingsmessige forhold som ideologi, behandlingsfilosofi, bruk av medisiner, samtaleterapi, miljøterapi, sosiale aktiviteter, atmosfære, bruk av husregler og retningslinjer, har betydning (Husum et al, 2010 b; O`Brian, 2001; Peplau, 1994). Studier viser at overarbeid og stress hos sykepleiere øker bruken av tvang overfor pasientene (Griffiths, 2001; Vatne og Fagermoen, 2007). Skorpen, Anderssen, Øye og Bjelland (2008), hevder at ovennevnte rammer skaper spenningsfylte og motsetningsfylte forhold i det miljøterapeutiske arbeidet. Miljøterapiens demokratiske forankring står i kontrast til den medisinspsykiatriske behandlingsevne og fremstår som usystematisert og uklar i ideologi og begrunnelser. Miljøterapien opptrer som en støttefunksjon for medisinspsykiatriens behandlingstiltak, derfor mislykkes avdelingen i å gi

pasientene et realistisk bilde og trening på livet utenfor institusjonen (ibid). Kendler (2005) skriver i en artikkel, at den psykiatriske fagkontekst bør endres fra et dualistisk syn på menneskesinnet til et pluralistisk ståsted. Psykiske lidelser er nettverk av komplekse og sammensatte forbindelser, men felles er, uansett ståsted, at menneskelig lidelse må møtes ved å legitimere smerten og spørre den som lider (ibid).

2.4 Pasientenes syn på skjerming og ”seclusion”

2.4.1 Redusert medbestemmelse

Meehan, Vermeer & Windsor (2000) finner i intervju med 12 innlagte pasienter at de opplever bruk av *seclusion* som urettferdig, og at *seclusion* brukes mer av hensyn til personalet enn av hensyn til pasienten. Pasientene opplever krenkende handlinger når de fratas klær, personlige eiendeler og tvangsmedisineres. Noen beskriver imidlertid *seclusion* som trygge og sikre omgivelser der de gjenvinner egenkontroll.

2.4.2 Emosjonelle belastninger og krenkende praksiser

Meehan et al (2000) finner at pasientene opplever *seclusion* som emosjonelt belastende, i form av redsel, angst og de mangler medbestemmelse. Pasientene retter sinne og aggresjon mot personalet og opplever maktesløshet mot systemet. Pasientene snakker med seg selv for å bryte stillheten og for å gjenvinne kontroll. De er passive for å forkorte skjermingstiden (ibid).

Videre finner de at pasientene er misfornøyd med samarbeidet med sykepleierne før, under og etter bruk av *seclusion*, fordi de føler seg misforstått. Pasientene ønsker å snakke om hensikten og årsaken til bruk av *seclusion*, som pasientene mener er oppklarende og forebyggende (Meehan et al, 2000). Pasientenes opplevelse av å være misforstått samsvarer med en studie av Gaillard, Shattel og Thomas, 2009). Pasientene opplever seg behandlet som et kasus, et nummer i rekken og noe som skal repareres. Dette står i kontrast til idealet om relasjonens betydning, der sykepleiers hensikt er at pasienten opplever seg sett, forstått, verdifull og styrket (ibid).

Felles for noen norske studier, er at de omhandler kliniske fenomener som mani og psykose og utforsker hvordan dette påvirker relasjonen mellom sykepleier, pasient og omgivelsene (Hem, 2008a; Skorpen og Øye, 2008; Terkelsen, 2010). Myhrer (1993) utførte intervju med

29 pasienter om opplevelsen av skjerming og finner at pasientene opplever skjermingen og relasjonen til de ansatte, fra *militær* og rigid til trygghet, ro og kontinuitet. Norvoll (2007) beskriver hvordan personalet bruker skjerming for å oppnå kontroll og behandling av pasienten, noe som skaper distanse og tillitsproblemer mellom sykepleieren og pasienten. Flere pasienter opplever skjerming som frihetsberøvelse og sosial isolasjon. Langvarig skjerming forsterker denne opplevelsen (ibid). En brukerundersøkelse av 721 skjermingsforløp, viser at pasientene retrospektivt, fortsatt opplever negative erfaringer rundt skjerming som metode (Bjerkan, Pedersen og Lilleeng, 2009).

2.5 Alternativer til skjerming

Alternativer til skjerming har et forebyggende perspektiv, for å redusere bruken av tvang generelt og vektlegger forhold som påvirker sykepleieren, pasienten og omgivelsene.

2.5.1 BAT- prosjektet

I Norge får alternativer til tvang fokus i etterkant av Norvolls (2007), doktorgradsstudie, og realiseres gjennom BAT- prosjektet (Brukerorienterte alternativer til tvang, 2006- 2008). Seks sykehus deltar i prosjektet, som velger tema rundt økt brukermedvirkning og redusert bruk av tvang. Alternativer til tvang utvikles med fokus på frivillighet og kvalitetssikring (Norvoll et al, 2008). Sykehusene utvikler prosjekter med fokus på registrering av tvangsbruk, anerkjennende holdninger overfor pasientene, dialogbaserte samarbeidsformer med vekt på relasjoner, bedret kommunikasjon, og økt fokus på brukermedvirkning. Prosjektet vektlegger Solfrid Vatnes utforskning av begrepet *grensesetting*, fra et korrigerende til et anerkjennende perspektiv, i det miljøterapeutiske arbeid (Vatne, 2003). Hovedhensikten er å legitimere og utvikle en helhetlig tilnærming til pasientene fra en vokterposisjon til en anerkjennende tilnærming til pasienten (ibid).

BAT- prosjektets datasamlingsmetode er deltagende observasjon utenfor postene, feltnotater, formelle gruppeintervjuer av ansatte og pasienter ved nettverkssamlinger, uformelle intervjuer ved besøk til sykehusene under veiledning og rådgivning. Brukerrepresentantene i BAT- prosjektet, påpeker at pasientene ofte er underlagt en tvang i kraft av innleggelsen, en maktubalanse de hevder neglisjerer det reelle bildet av frivillighet eller tvang (Norvoll et al, 2008). BAT-prosjektet viser ikke til pasienterfaringer, men konkluderer med at økt bevissthet

rundt faglighet og bruk av tvang, viser vei til etablering av en endret behandlingsfilosofi (ibid).

2.5.2 Synet på begrepet stimuli

Synet på bruk av stimuli er motsetningsfylt og komplisert, og er gjenstand for diskusjoner i fagmiljøene og hos pasienter. *Alternativer til skjerming* betyr at innholdet i skjermingssituasjonen og relasjonen mellom sykepleieren og pasienten endres ved at pasienten tilbys aktiviteter (Norvoll, 2007, Norvoll et al, 2008). Psykisk helsevernloven (1999) legitimerer at pasienter kan ha behov for redusert stimuli under skjerming, men Lorentzen et al (1984) poengterer at skjerming ikke skal være et depriverende tiltak. Kontio et al (2010), finner at redusert stimuli i form av rolige og oversiktelige omgivelser forebygger *seclusion*. Dette støttes av Larue, Racine, Mènard, Goulet (2010) som viser at 16 av 24 sykepleiere bruker *low stimulus area* i en forebyggende hensikt.

Deprivasjon

Meehan et al (2000) finner at pasientene opplever redusert stimuli som sensorisk deprivasjon, der de opplever sensitivitet for lyd, mister oversikt over tiden, mister kontroll over seg selv og lager seg egne forestillinger rundt *seclusion* situasjonen. De ønsker mulighet til å tegne og skrive, som oftest avvises av personalet (ibid). Vaaler, Morken og Linaker (2005) utfører en semi-randomisert klinisk gruppestudie (n=55), med kontroll gruppe, i skjermingsenheten, *Psychiatric intensive care units (PICU)* og *Segregation nursing*, om effekten av stimuli. Hver *PICU* enhet har plass til to pasienter med personale kontinuerlig til stede. Behandlingsfilosofien bygger på *Ullevålstradisjonen* (jf 2.2.1). Den ene enheten er innredet *hjemmekoslig* og den andre (*kontroll gruppen*), er sparsomt møblert. Studien viser ingen sammenheng mellom bruk av stimuli og redusert bruk av stimuli (ibid).

Stille rom

Holte (2003) finner i sin studie at personalet antyder at et *stille rom* til bruk av strukturerte aktiviteter i nærheten av skjermingsenheten, forebygger skjerming. Internasjonale studier synliggjør forebyggende perspektiver i bruken av slike rom. *Safety room* betyr at pasienten kan trekke seg tilbake til sikre, trygge og rolige omgivelser. *Quiet room/Comfort room* er møblert og med farger på veggene. *Sensitory rooms* stimulerer sanseapparatet ved bruk av

skrivning, maling, kunst, musikk og massasjestoler. Felles for bruken av disse typer rom er at aktivitetene er planlagte og strukturerte. Sykepleieren og pasienten kartlegger virksomme alternativer til *seclusion*. Pasientene lærer stress og mestringsteknikker som brukes generelt og ved opphold i disse rommene (Ching, Martin og Thomas, 2010; Lewis, Taylor og Parks, 2009; Taxis, 2002). Det savnes imidlertid forskning på effekten av avledende teknikker, som musikkterapi (Kynoch et al, 2010; Happel og Koehn, 2010; Wynaden et al, 2001).

2.5.3 Bruk av systematiske fagutviklingsprogram

Flere internasjonale studier belyser ulike nasjoners satsning på redusert bruk av tvang og særlig fagutviklingsprogrammer knyttet til alternativer til *seclusion*, pasientrestriksjoner knyttet til tvangsinngelger og håndtering av aggressiv atferd hos pasientene (Holte, 2003; Kontio et al, 2010; Kynoch et al, 2009; Moran et al, 2009; Norvoll et al, 2008).

Organisering

Forskning på betydningen av fagutviklingsprogrammer viser at de befinner seg mellom fagutvikling og forskning (Norvoll, 2008). Skal fagutviklingsprogrammer lykkes, må de være forankret i ledelsen og omfatte alle ansatte. Fag, forskning og statistikk må brukes systematisk. Hindringer ligger i fraværende ledere og ansattes rigide holdninger, manglende kunnskaper og ureflekterte rutiner (Norvoll, et al 2008). Holte (2003) vektlegger at skjerming må være en begrunnet praksis med regelmessighet og kontinuitet og være forankret i ledelsen via undervisning og veiledning.

Studier viser at registrering, diskusjon og evaluering av skjerming- og *seclusion*episoder er viktige. Ledelsen må frigjøre ressurser, være en pådriver og lage forpliktende handlingsplaner (Happell og Koehn, 2010; Holte, 2003; Kontio et al, 2010; Larue et al, 2010; Landeweer et al, 2010; Moran et al, 2009; Norvoll et al, 2008). Fagutviklingsprogrammer der flere intervensjoner kombineres er mest vellykket (Norvoll, 2008).

Noen fagutviklingsprogram fokuserer på brukermedvirkning, der pasienten sammen med sykepleieren utarbeider behandlingsplan eller kartlegger stressfaktorer og alternative aktiviteter (Gamme, 2009). Pasienten bør få anledning til å bearbeide sine opplevelser av tvangsbruk som *seclusion*. Sykepleierne bør ha regelmessig undervisning og klinisk veiledning (Ching et al, 2010, Lewis et al, 2009, Taxis, 2002).

2.5.4 Holdninger

Ansattes fastlåste holdninger er hemmende forhold i redusering av tvang generelt (Husum et al 2010a). Happell og Koehn (2010), (survey), finner at 62 % av sykepleierne (n=75), i utgangspunktet er positive til å endre *seclusionrommet*, men prosentandelen for konkrete endringer er lav. 28.4 % ønsker møblert *seclusionrom* og 26.5 % sier at pasienten kan tilbys lesestoff. 45.7 % mener at å lytte til musikk er passende. 90.1 % mener at pasienten kan male som en avledende aktivitet. Studien viser at etablerte praksiser i bruk av *seclusion* er vanskelige å endre. Studien reflekterer funn fra tidligere studier på samme tema (Alty, 1997; Mason, 1997; Wynaden et al, 2001). Husum et al (2010a) finner at ansatte har en pragmatisk holdning til tvang og skal kun brukes for å ivareta sikkerheten i avdelingen. Kvantitative målinger viser at holdninger til tvang er ikke er enkle å endre (Husum et al, 2010a; Norvoll, et al, 2008; Vatne, 2003). Taxis (2002) viser at systematisk fokus på reduksjon av tvang over tid (42 måneder), reduserte bruken av *seclusion* med 94 %. I en periode økte bruken av andre tvangsmidler, da bruken av *seclusion* ble redusert. Taxis (2002) poengterer da betydningen av et kollegialt samarbeid og en aksepterende felles holdning i arbeidsmiljøet, skal kulturer endres (ibid). Holte (2003) poengterer betydningen av samhold mellom personalet, bruk av retningslinjer for skjerming tuftet på lovverket, pasientenes rettigheter, miljøregler for personalet og bruk av behandlingsplaner (ibid).

2.5.5 Terapeutisk relasjon

Relasjonsbegrepet og den terapeutiske funksjon er viet stor oppmerksomhet i sykepleiefaget, og brukes til å forstå og forklare omsorg og sykepleie (Hem 1999, 2008; Hummelvoll, 1998; Meleis, 2007; O'Brian 2001; Peplau, 1988; Vatne 2003). Relasjonen mellom sykepleier og pasient ses på som betydningsfull i den norske skjermingstradisjonen (Holte, 2003; Norvoll, 2007; Strand, 1990). Vektlegging av individuell behandling og den terapeutiske relasjon lanseres som et alternativ til *seclusion* (Moran et al, 2009). Flere studier vektlegger hva som skjer i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten (Fingeld- Connett, 2009; Hem, 1999; 2008; Moran et al, 2009; Norvoll et al, 2008; Visalli og McNasser, 2000). Moran et al (2009) viser at måten sykepleieren distanserer seg fra pasienten på gjør henne uengasjert. Dermed overser sykepleieren humanistiske og etiske sider ved bruk av *seclusion* og neglisjerer pasientens behov. Sykepleierens distansering hindrer utvikling av en terapeutisk relasjon. Bevisstgjøring og økt kunnskap om den terapeutiske relasjon vil være forebyggende og øke

sykepleiernes ferdigheter i å håndtere vanskelige pasientsituasjoner (Moran, 2009; Hem et al, 2008). Akerjordet og Severinsson (2004) finner i intervju med 7 sykepleiere, at systematisk veiledning kan ha betydning. Systematisk veiledning kan bidra til at sykepleieren anerkjenner og mestrer emosjonelle belastninger i vanskelige relasjoner mellom seg og pasienten (ibid).). Det savnes studier som beskriver hvordan systematisk veiledning med fokus på refleksjon over vanskelige relasjoner og prosessen mellom sykepleieren og pasienten kan ha innvirkning på holdninger og bruk av *seclusion* (Moran et al, 2009).

2.5.6 Forståelse av aggresjon ved bruk av tid og aktiviteter

Fingeld- Connett (2009) utfører en meta-analyse av 15 vitenskaplige artikler (1990- 2005), der siktemålet er å utvikle en modell i håndtering og forebygging av aggresjon. Modellens hensikt er å bidra til forståelse av begrepet aggresjon, bevisstgjøring i bruk av terapeutisk relasjoner og miljøterapeutiske intervensjoner. Meta-analysen gir nyttige opplysninger om utvikling og forebygging av eskalerende situasjoner. Når pasienten avvises, overses eller korrigeres, blir pasienten usikker på seg selv, sine handlinger og omgivelser. Pasienten feiltolker situasjonen og kan utagere. Er sykepleieren erfaren, vil hennes forståelse av pasienten være basert på tidligere situasjoner og/eller erfaring med pasienten. Tiltakene er bruk av tid, intuisjon og tilpassede, forutsigbare terapeutiske handlinger. Når handlingen krever raske beslutninger, bruker sykepleieren andre erfaringer og kunnskaper. Hensikten er å roe ned og trygge aggressive pasienter og urolige medpasienter. Målet er å sikre terapeutiske miljøer preget av ro og forutsigbare og strukturerte aktiviteter. Motsetningen er et *ikke-terapeutisk miljø* preget av hierarkisk tenkning, autoriteter, distanse og kontroll. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten vil da preges av rigide regler. Sykepleieren er uengasjert og hensynet til gruppen og systemet betyr mer for sykepleieren enn pasienten (Fingeld- Connett, 2009). Norvoll et al (2008) finner at personalets bruk av tid og refleksjon når situasjonen er vanskelig, minsker faren for utagering og øker tryggheten for alle. Personalet trekker seg fra samhandlingssituasjonen med pasienten, bruker tid til drøftelser og vurderer alternative løsninger sammen med kollegaer (ibid).

2.6 Oppsummering

Litteraturgjennomgangen presenterer relevant forskning, læreboklitteratur, offentlige rapporter og lovverk som kan bidra til at forhold ved skjerming som metode kan belyses. Litteraturgjennomgangen viser at det stilles spørsmål om skjerming og seclusion er god behandling, omsorg eller kun skal være en *siste utvei*. Pasientstudier viser at de har begrenset medbestemmelse og at de opplever tvang og maktpraksiser i akuttpsykiatrisk avdeling. Studier viser at sykepleieren opptrer distansert og hun og pasienten misforstår hverandre. Sykepleielitteraturen omtaler skjerming som positivt i relasjonell sammenheng, men forskningen viser at sykepleierne strever i relasjonen mellom seg, pasienten og omgivelsene. Sykepleierne befinner seg i et spenningsfelt mellom medisinspsykiatriens paternalistiske tilnærming og sykepleiefagets idealer og hverdagens realiteter.

Litteraturgjennomgangen synliggjør at det kan være hensiktsmessig og utforske og beskrive hvordan sykepleiere erfarer bruken av skjerming som metode.

3 Teoretiske perspektiver

I dette kapitlet presenterer jeg studiens teoretiske referanseramme, Hildegard Peplaus teori om interpersonlige relasjoner og Bruno Latours teori om relasjoner i nettverk. Studiens innfallsvinkel er at skjerming som metode utforskes og beskrives i lys av relasjonen mellom sykepleieren, pasienten og omgivelsene. På denne måten besvares studiens forskningsspørsmål.

3.1 Hildegard Peplau og interpersonlige relasjoner

3.1.1 Hildegard Peplau i et sykepleiefaglig og historisk perspektiv

Hildegard Peplau (1909- 1999) karakteriseres som *The mother of psychiatric nursing*. Peplau publiserer i 1952 teorien om *Interpersonel Relations in Nursing*, på bakgrunn av sitt doktorgradsarbeid på slutten av 1940-tallet (O'Brian, 2001; Callaway, 2002). Peplau er den første sykepleieforsker som presenterer en teori der sykepleieren endrer sitt omsorgsperspektiv fra *å gjøre for til å gjøre sammen med pasienten* (Callaway, 2002). I likhet med Orlando, Travelbee og Kings teorier, er Peplaus teori en interaksjonsteori (Meleis, 2007). Interaksjonsteoriene fra 1950-60 tallet regnes som en motreaksjon på datidens tingliggjøring av sykepleiefaget (Nord og Fagermoen, 1998). Typisk for interaksjonsteoriene er relasjonen og prosessen mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleieren og pasienten identifiserer pasientens behov og sykepleieren vurderer, beslutter og utøver hensiktsmessig sykepleie (Meleis, 2007). Peplau bruker ikke begrepet terapeutiske relasjoner. Peplau sier imidlertid at prosessen mellom sykepleieren og pasienten er terapeutisk, og at sykepleieren bruker seg terapeutisk. Jeg velger å bruke begrepet terapeutisk relasjon fordi begrepet forklarer relasjonens hensikt og begrepet er godt innarbeidet i psykiatrisk sykepleie (Hummelvoll og Granerud, 2010).

Peplaus teori får betydning for utviklingen av psykiatrisk sykepleie som et selvstendig fag (Meleis, 2007). På 1950-60 tallet preges asylene av ufaglærte og Peplau kritiserer dette, fordi fokus blir å holde pasienten med selskap og passe på. Samfunnet forsømmer dermed kravet om profesjonelle helsearbeidere (Peplau, 1994). På samme tid som Peplaus teori publiseres, påvirkes asylene sterkt av medisinskpsykiatrisk tenkning. Sykepleiernes stilling styrkes og tilføres nye tidkrevende oppgaver som medisinerer, behandling, observasjon og

dokumentasjon av pasienten og medisinenes virkninger og bivirkninger (Peplau, 1994). På denne måten trekkes sykepleierne vekk fra pasienten og omsorgsrollen. Psykiatrisk sykepleie som fag influeres av medisinskpsykiatriske praksis. Peplau hevder dette utfordrer humanistiske kjerneverdier i psykiatrisk sykepleie og i sykepleiefaget generelt (ibid). Sykepleierens arbeid med å etablere en terapeutisk relasjon regnes likevel som en viktig del av sykepleieutøvelsen. Den har lang tradisjon og er en del av sykepleiernes yrkesidentitet (Peplau, 1988; O'Brian, 2001).

Peplau utvikler sin teori innenfor et psykodynamisk perspektiv og beskriver begrepene sykepleie, pasienten, omgivelsene og helse (Forchuk, 1993). Peplau bygger teorien på psykoanalytikerens Harry S. Sullivans teori fra tidlig 1900-tallet, om interpersonlige relasjoner, som igjen har bakgrunn i Freudansk teori og ulike sosialteorier (Meleis, 2007; O'Brian, 2001). En psykodynamisk tilnærming betyr at sykepleieren må ha kunnskaper om det ubevisste som skjer i ulike relasjoner. For eksempel *mor - barn relasjonen*, der respons og tilpasning av behov har betydning i tidlig barndom (Peplau, 1988).

Peplaus teori (min oversettelse) bygger på antakelsen om at: *det som foregår mellom mennesker legges merke til, kan studeres, forklares og forstås. Dersom denne interpersonlige relasjonen virker skadelig kan den forandres* (Peplau, 1992 s. 14). I Peplaus teori forstås pasienten som en historisk person, på søken etter selvinnsett og forståelse i kraft av sin utvikling og historie, men behøver hjelp til dette (Hummelvoll og Granerud, 2010).

Jeg vil nå belyse forhold ved Peplaus teori, *Inter-personlige forhold mellom sykepleieren og pasienten, intra- personlige forhold ved sykepleieren og pasienten og utvalgte kliniske fenomener som angst, hallusinasjoner, ensomhet og forhold ved teoriens ideal, som synes betydningsfull for studien.*

3.1.2 Sykepleierens terapeutiske bruk av seg selv

Det typiske ved Peplaus teori er sykepleierens terapeutiske bruk av seg selv. Å etablere en terapeutisk relasjon er et utfordrende, intellektuelt arbeid (Peplau, 1988). Sykepleieren må ha et reflektert og bevisst forhold til egne indre prosesser og prosessen mellom henne og pasienten, og hva som påvirker. Hun må reflektere over den *langsiktige effekten* av sine holdninger, opptreden og rolle, opp mot den *langsamt utviklende forandringen* hos pasienten (Peplau, 1988). Refleksjon og bruk av tid bidrar til at sykepleieren øker sin kompetanse i å

gjenkjenne fenomener, og styrker terapeutisk bruk av seg selv i relasjonen mellom seg og pasienten (Kim, 2000).

Viktige handlinger og holdninger er at sykepleieren er oppmerksom og genuint interessert i pasienten. Hun må være en god lytter og aktivt høre på det pasienten sier, samtidig som hun observerer pasientens non- verbale uttrykk. En kompetent sykepleier gir pasienten mulighet til å snakke om sine vanskeligheter, noe som gir pasienten mulighet til å bli kjent med seg selv. Ved å stille enkle, direkte spørsmål, søker sykepleieren hva som ligger bak pasientens utsagn og atferd. Peplau sier at i disse samtalene ligger *sykepleierens kraft* i å velge stimulans, verbalisering, innstilling, holdninger og handlinger (Peplau, 1997).

Relasjonen er to - veis, der begge har forventninger til hvem og hvordan den andre er. Begge bringer erfaringer og personlige karakterstikker inn i relasjonen, som påvirker og gjør relasjonen og situasjonen, unik (Peplau, 1988). Kontinuitet og regelmessighet er essensielt i den interpersonlig prosessen mellom sykepleieren og pasienten, og bidrar til vekst for begge (Peplau, 1994, 1997).

Peplau anser derfor intrapersonlige forhold ved sykepleieren i likhet med intrapersonlige forhold ved pasienten som betydningsfull for utvikling av en terapeutisk relasjon (Forchuk, 1993).

3.1.3 Å bruke angsten produktivt

Peplau (1988) vektlegger at sykepleieren må søke og å forstå intrapersonlige forhold ved pasienten, om hun skal hjelpe pasienten. Peplau vektlegger begrepet angst, og beskriver hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten å bruke angsten produktivt. Angst er en energi som skapes av ytre eller indre forhold hos et menneske. Ytre forhold kan for eksempel være fobi for sosiale settinger og indre forhold kan for eksempel være angst knyttet til skyld og tvil (Peplau, 1988). Sykepleieren må ha et bevisst forhold til egen angst, ellers kan sykepleierens angst påvirke relasjonen mellom sykepleieren og pasienten.

Peplau (1988) hevder at pasienten oppsøker sykepleieren på grunn av angst. Sykepleieren må derfor undersøke hvor tilgjengelig pasienten er. Jo mer engstelig pasienten er, desto mer utilgjengelig kan pasienten være. Pasientens evne til kontakt og til å verbalisere sine problemer, kan være redusert. Sykepleierens oppgave er da å fortelle og beskrive for

pasienten, hva hun tenker og gjør av handlinger. Hensikten er å trygge pasienten og å observere pasientens respons på dette (Forchuk, 1993). Når sykepleieren oppnår kontakt med pasienten, observerer, beskriver og validerer sykepleieren situasjonen. Sammen bruker de refleksjon og læring til å beskrive og analyse hva angsten rommer. De formulerer, tilpasser, tester og integrerer oppnåelige forventninger.

Peplau knytter begrepet angst til forventninger, som kan være tro, tvil, behov, mål, ønsker og følelser, som enten er ønsket eller ikke oppfylt (Forchuk, 1993). Når forventninger ikke oppfylles, kan personen bli utrygg og reagere med unnvikende atferd eller atferd som rettferdiggjøres av personen selv. Atferden kan dermed kamufleres av aggresjon, hallusinasjoner, tilbaketrekking, tvangsmessig atferd, psykosomatiske ytringer, forvirring, seksuell overaktivitet, risikoatferd, intellektualisering og/eller rusmisbruk (ibid).

Peplau (1988) belyser spesielt to kliniske fenomener; hallusinasjoner og ensomhet. Hallusinasjoner defineres av Peplau som illusjoner. Pasienten opplever illusjoner som reelle, som kan gi ulike reaksjoner hos pasienten. Peplau mener illusjoner er et forsøk på å unngå angst og dempe ensomhet. Ensomhet uttrykkes som avhengighet til andre og manglende selvstendighet. Peplau hevder at ensomhet er et forsvar, og utvikles som en konsekvens av tidligere vanskelige relasjoner. Måten pasienten har løst tidligere problemer, kan være førende for hvordan pasienten velger å løse sine problemer. Dette kan bety at sykepleieren først må gjøre det mulig for pasienten å se sine tidligere valg. Deretter kan pasienten finne løsninger og nye veier mot bedret helse. Ensomhet er et forsvar som kommer til uttrykk når pasienten for eksempel, klager over lange dager, er overinvolverende i medpasienter eller er anonym i sosiale settinger. Forsvaret vises i få eller urealistiske planer. Det vesentlige er at sykepleieren forstår pasientens problemer, dens natur og mønstre. Den terapeutiske relasjonen inkluderer samhandling, kontakt og planlagte aktiviteter, for å hjelpe pasienten gjennom denne formen for ensomhet. Pasienten skal være deltakende og bruke sine ressurser, og kunsten er at sykepleieren ikke fratruer pasienten roller og ansvar for eget liv og helse (Peplau, 1988).

3.1.4 Den terapeutiske relasjon og omgivelsene

Peplau beskriver omgivelsene som fysiske, psykiske og sosiale forhold som enten er sykdomsfremkallende eller helsefremmende (Forchuk, 1993). I omgivelsene, der relasjonen mellom sykepleieren og pasienten utspiller seg, har sykepleieren en rekke funksjoner. En funksjon er å støtte pasienten i at omgivelsene er sikre og forutsigbare, slik at pasienten

opplever trygghet og velvære. Når disse forutsetninger er til stede gir det sykepleieren og pasienten mulighet til å utvikle en interpersonlig relasjon, så sant sykepleieren har tid/tar seg tid til pasienten (Peplau, 1994).

Hensikten med at sykepleieren bruker seg terapeutisk, bruker angsten produktivt og sørger for trygge og forutsigbare omgivelser, er at pasienten skal lære å stole på seg selv, sykepleieren og omgivelsene. Peplau beskriver den terapeutiske relasjon som varm og respektfull, preget av kontinuitet, regelmessighet og gjensidig anerkjennelse av hverandre (Peplau, 1988).

3.1.5 Fra ideal til slitsom realitet

Peplaus teori plasserer *intra*-personlige og *inter*-personlige forhold mellom sykepleieren og pasienten i fire ideelle, bevegelige og overlappende faser. Relasjonen varer så lenge de finner den nødvendig (Forchuk, 1993). I første fase, orienteringsfasen, har sykepleieren og pasienten sitt første møte. I hvilken grad pasienten stoler på sykepleieren, er av betydning for hvordan relasjonen vil utvikle seg. Fasen varer fra minutter til måneder. Andre fase, identifikasjonsfasen har pasienten mulighet til å identifisere sine problemer. I arbeidsfasen vurderer, informerer og veileder sykepleieren pasienten, og samarbeider om tiltak (Peplau, 1988). Siste fase er avslutningsfasen der sykepleieren og pasienten oppsummer, forbereder avslutning av relasjonen og tilrettelegger pasientens hjemmeomgivelser (Forchuk, 1993).

Peplau reviderte sin teori flere ganger, siste gang var i 1988. Cheryl Forchuk samarbeidet nært med Peplau og reviderte teorien i 1991 og i 2000. Hensikten er å tilpasse teorien i takt med samfunnets krav og forventninger til sykepleiefaget. Forchuk et al (2000), utførte en studie om relasjonens natur og hvordan relasjonen mellom sykepleier – pasient utvikles gjennom ti uker. Studien ses i lys av Peplaus teori og teoriens fire faser.

Forchuk et al (2000), finner at relasjonen kan ha fremmede og hemmende forhold som får betydning for relasjonens kvalitet og videre utvikling. Komplekse relasjoner forblir i arbeidsfasen der sykepleierne beskriver pasienten som vanskelig, frustrerende, overfladisk og ikke samarbeidende. Vellykkede relasjonsforløp preges av samarbeid og ærlighet.

Sykepleieren beskriver glede der relasjonen oppleves komfortable og smidig, der pasienten oppsøker henne for samtale og støtte. Implikasjoner for sykepleiepraksis er betydningen av forutsigbarhet, regelmessighet og sensitivitet for å etablere og utvikle en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient.

Studiens implikasjoner for Peplaus teori, er at teoriens orienteringsfase tillegges en parallell fase. Denne fasen synliggjør og legitimerer, at noen relasjoner forblir i orienteringsfasen og går over i en frustrasjonsfase, der sykepleieren strever og opplever relasjonen problematisk og komplisert (ibid).

3.2 Bruno Latour og relasjoner i nettverk

Denne studien om skjerming inkluderer også sykepleierens omgivelser. Sykepleiefaget har siden Nightingales tid vært vekslende opptatt av omgivelser (Meleis, 2007). Det kan derfor være hensiktsmessig at jeg henter inspirasjon fra andre fagdisipliner, som kan belyse temaet skjerming som metode bredere eller annerledes (Polit og Beck, 2008; Bjørk og Solhaug, 2008). Latours teorier brukes til å kartlegge nettverk i teknologiske bedrifter og kan synes unaturlig for min studie (Latour, 1987). Jeg kan imidlertid betrakte skjerming som en teknologi, fordi skjerming er en måte å løse sykehusets pålagte oppgaver og utfordringer (Norvoll, 2007). På denne måten kan jeg belyse hvordan sykepleieren settes i dilemma mellom omsorgsoppgaver i forhold til pasienten og sykepleiernes hensyn til systemiske føringer, i en akuttpsykiatrisk avdeling.

I tillegg til å benytte deler av Latours arbeider, støtter jeg meg på Toril Borch Terkelsens doktorgradsstudie fra 2010 og Anders Blok og Torben Elgaard Jensens (2009) tolkning av Latours arbeider.

Latour (f.1947) er fransk vitenskapsantropolog, filosof og teolog. Latour er inspirert av psykologen og sosiologen Gabriel Tardes arbeider på 1800- tallet (Blok og Elgaard Jensen, 2009). Latour fremstiller seg som en *empirisk filosof*, fordi han stiller klassiske filosofiske spørsmål til sine arbeider. Han kritiserer dualisme tenkningen i vitenskapen og kaller det arven etter Descartes. Latour har utviklet begrepet vitenskapsantropologi, som innebærer at skillelinjene mellom naturvitenskap og åndsvitenskap er brutt ned (Terkelsen, 2010). Latour tar til orde for at *antropologi* kan brukes som en metode til å studere fenomener, og han bruker feltarbeider og casestudier i sin vitenskaplige produksjon.

Latour har utviklet flere beslektede begreper som står i relasjon til hverandre (Blok og Elgaard Jensen, 2009). Jeg vil nå presentere utvalgte arbeider og begreper, som synes viktig for analyse av det empiriske materialet og til å belyse sentrale temaer i diskusjonsdelen.

Følgende begreper er valgt: *Blackbox*, *Translasjon*, *Aktør*, *Aktant*, *Ting* og *Hybrider*

3.2.1 Aktanter og aktører – hybrider i nettverk

Latour skiller ikke mellom *mennesker* og *ikke-mennesker*. Grunntanken i aktør – nettverk - teorien (heretter ANT), er at man kan identifisere nettverk av menneskelige aktører i et samfunn, hvordan de oppfører seg, påvirker seg selv, hverandre og nettverket. Aktanter er *ikke – menneskelige* sosiale fenomener. Aktører og aktanter danner heterogene nettverk (kollektiv). Hver aktant er definert av sine relasjoner i et nettverk (Latour, 1987). Aktører og aktanter opptrer som horisontale mikrostrukturer av relasjoner i nettverk, uten bakenforliggende forhold, kontekst eller essenser. Nettverket er vevet sammen av tråder uten lag og nivåer, men med mange punkter av forbindelser. Makrostrukturer er vertikalt differensierte av lokale og globale aktører. Latour er opptatt av hvordan slike nivåforskjeller oppstår, gis styrke eller transformeres.

Terkelsen (2010) bruker Latours arbeider i en helsefaglig forskningssammenheng. I sin avhandling kritiserer hun hvordan tilnærmingen og behandling av pasienter med diagnosen schizofreni, er influert av biomedisinsk tenkning. Fenomener som for eksempel innholdet i hallusinasjoner og pasientens opplevelse av den, overses. Ved bruk av Latour kunne hun studere en praksis uten å ta utgangspunkt i biologisk, psykologisk eller sosiologisk perspektiv (Terkelsen, 2010). Latour forstår natur, kultur og samfunn på en slik måte, at da Latour studerte Pasteurs bakterier, tok han til orde for at det var umulig og ikke å la det franske samfunnet på 1800- tallet følge med. Naturen kan altså ikke studeres uten at kultur og samfunn følger med, fordi de er vevet sammen av menneskelige og ikke-menneskelige fenomener (ibid). Jeg, lot meg inspirere av denne måten å tenke på. Ved å studere skjerming som metode, ved å bryte ned skillet mellom ulike perspektiver ved skjerming som metode kan jeg identifisere *hybrider*. Skjerming som metode kan ha forbindelser til samfunn, natur, mennesker og materielle ting, som tegn, vitenskap eller politikk (Terkelsen, 2010). Latour gir nye innfallsvinkler til å studere og diskutere skjerming som metode.

3.2.2 Blackbox, ting, entiteter og translasjon

Blackbox er et begrep for å forstå dynamikken i et arbeid (Latour, 1999). Latour argumenterer for at noen fenomener, *entiteter* er under konstruksjon. *Entiteter* kan være udefinerte eller

ferdig formet. Bakgrunnen for begrepsdannelsen er Latours utforskning av forskere i aksjon i laboratorier. De vitenskapelige sannheter skapes ikke bare gjennom redskaper, men gjennom sosiale praksiser. En *blackbox* dannes når sannheten, en *ting* er stadfestet og fakta er etablert. *Tingen* lukkes og diskusjonene avtar. Ingen stiller lenger spørsmål (Latour, 1996). Latour er opptatt av hvordan denne prosessen blir til en svart boks, *blackbox*. Han bruker verbet *å blackboxe*, for å synliggjøre at prosessen ikke oppstår tilfeldig, uten diskusjoner, men oppstår av bevisste handlinger. En *blackbox* kan begynne å leve et uavhengig liv, som forflyttes fra sted til sted og gjennomgår endringer. Den opprinnelige kunnskapen tapes eller holdes skjult. Latour er opptatt av uferdige plasma, *entiteter*, som flyter rundt og tar til orde for å åpne *blackboxes*. Å åpne en *blackbox*, betyr å følge trådene tilbake de institusjoner eller praksiser som førte til etablering av en vitenskapelig praksis (Terkelsen, 2010). Aktørene ønsker å bevise hvordan deres metode er bedre enn en annen. De vil vinne *krigen* og overbevise andre. Aktørene trenger andre med innflytelse og teknologi for at dette skal skje, som utgjør et nettverk (Latour, 1987). Slik tenker jeg at skjerming som metode kan utforskes (ibid).

ANT regnes som en måte å studere hvordan fenomener endrer og skifter form. Begrepet translasjon er en omforming, der noe flyttes, erstattes eller skaper mønstre av orden og uorden. Latour beskriver ulike translasjonsstrategier der faktabyggere fortolker, utlegger og relaterer seg til andre deltageres interesser. Translasjon er forbundet med kamper, konflikter, skiftende allianser og strategiske forsøk på å mobilisere allierte (Blok og Elgaard Jensen, 2009). Terkelsen (2010) bruker begrepet translasjon til å beskrive hvordan psykotiske opplevelser blir omformet til en psykiatrisk diagnose, hvordan slike praksiser utvikles og hvilken konsekvens en slik praksis kan få. Hun beskriver at det er som å følge *ringer i vann*.

Når Latour sier at ingen enhet er noe i seg selv, men oppnår betydning gjennom mange relasjoner til andre enheter, tenker jeg, at denne teorien egner seg til å studere skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling. Teorien kan være med å synliggjøre at skjerming som metode avhenger av *menneskelige* som *ikke- menneskelige* forhold. Slik jeg forstår Latour, vil skjerming som metode være en aktant, som står i relasjon til aktører som sykepleiere og pasienter. Omgivelsene kan være en annen aktant. I disse kompliserte relasjoner finnes hybrider, som kan løftes frem og bidra til å gi studien andre betydninger enn den man får ved å betrakte skjerming som metode gjennom et *kaleidoskop*. Å ha en kaleidoskopisk tilnærming vil si, at det omformede empiriske materiale blir sammenhengende beretning, der hybrider overses (Blok og Elgaard Jensen, 2009).

ANT har to hovedtilnærminger; det ene er å følge aktøren/ aktanten ved etnografisk forskning. Det andre er å undersøke inskripsjoner av ulike tekster. For denne studien er det hensiktsmessig å følge en aktant for å avdekke hybrider og å definere nettverk av relasjoner. Aktanten er skjerming som metode og aktøren er sykepleieren Inskripsjoner utforskes ved hjelp av intersubjektiv intervjumetode.

4 Design og metode

I dette kapitlet presenterer jeg studiens design, forskningsmetode og refleksjoner rundt forskerprosessen.

Kvalitativ forskning har til hensikt og utforske hvordan noe gjøres, oppleves, erfares, fremstilles eller utvikles (Brinkmann og Tanggard, 2010). Denne kvalitative studiens hensikt er og utforske og å beskrive hvordan sykepleiere erfarer og hva som påvirker bruk av skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling. Erfaringer kan romme tanker, opplevelser og refleksjoner. Min studie har en åpen design med tanke på å fange opp dette (Kvale og Brinkmann, 2009). Kvale og Brinkmann (2009) sammenligner kvalitativ forskning med et håndtverk, der forskeren, deltakerne, valg av fremgangsmåte, metodiske og etiske avveininger påvirker hverandre. Min studie er inspirert av fortolkende metode og datainnsamling er gjort gjennom intersubjektiv intervju metode (Haavind, 2007; Järvinen og Mik-Meyer, 2006).

4.1 Fortolkende metode og intersubjektive intervju

Fortolkende metode og intersubjektiv intervjumetode befinner seg i et konstruktivistisk/postkonstruktivistisk paradigme (Mik- Meyer og Järvinen, 2006). I løpet av studietiden har mange spurt meg hva som skiller fortolkende metode fra hermeneutisk tradisjon. Slik jeg forstår fortolkende metode, kan ett skille være hvordan forskeren betrakter seg selv, deltakeren og prosessen mellom seg og deltakerne. Interaksjon er et sentralt begrep, ikke bare for å vise hvordan interaksjonen skjedde, men interaksjon er en forutsetning for metoden (Haavind 2007; Mik-Meyer og Järvinen 2006). I fortolkende metode er prosessen sirkulær ved å bevege oppmerksomheten frem og tilbake i studiens ulike deler og helheter. Sentralt i intersubjektiv intervjumetode er forskerens bevissthet på sin førforståelse og hvordan forskeren er med på å skape data. Slik sett, har fortolkende metode og intersubjektiv intervju likhetstrekk med hermeneutisk metode (Kvale og Brinkmann, 2009). Fortolkende metode regnes som en kreativ prosess hvor standardiserte metoder verken er ønskelig eller mulig. Dette innebærer ikke at forskeren står fritt, for fremgangsmåten krever begrunnelser som all annen forskning. Metoden beveges mellom vitenskapsteoretisk begrunnelse og praktisk utførelse. Prosessen krever tid til utførelse og ettertanke. Validitet er viktig i all kvalitativ forskning, men Haavind (2007) påpeker at validitet i fortolkende metode, studiens resultat og resultatets betydning teller vel så mye som kriterier, systematikk og nøyaktighet.

Steinar Kvale har med sitt bidrag til samfunnsforskningen, bidratt til at det kvalitative forskningsintervju anerkjennes som metode innen kvalitative studier. Han har særlig fokusert på forberedelser og gjennomføringen av intervjuet (Tangaard og Brinkmann, 2010). Hanne Haavind tar til orde for at fastlagte kriterier i seg selv, ikke kan anvendes alene. Kriterier og metoder må utprøves, erfares og modifiseres og på den måten erfarer man måter å utvikle kunnskap på (Haavind, 2007). For min studie fungerer forskningsplanen som et verktøy, men jeg må selv erfare, reflektere, vurdere og revurdere hvordan kunnskap kan utvikles ved bruk av intersubjektiv intervjuemetode. En forskningsplan må derfor være gjennomtenkt og planlagt.

4.2 Datainnsamling

Jeg har valgt intervju med intersubjektiv tilnærming til å studere skjerming som metode. Forskningsintervjuet har samtale som form og har likhetstrekk med en faglig eller terapeutisk samtale. Samtalenes form kan være dagligdags, men samtalens mål knyttes til et sentralt tema. Det spesielle i intersubjektiv tilnærming er interaksjonen mellom intervjueren og intervjupersonen, og kunnskapen som dannes mellom dem. I tillegg vektlegges forberedende undersøkelser, og etiske avveininger rundt studiens formaliteter, planlegging og gjennomføring (Kvale og Brinkmann, 2009).

I studiens planleggingsfase gjøres forberedelser, der forskningsstatus på temaet skjerming som metode undersøkes. Jeg avventer å undersøkes forhold ved sykehuset jeg fikk tilgang til, om de for eksempel har deltatt i ulike forskningsprosjekt. Grunnen er ønsket om å møte deltakerne så åpent som mulig. Først, i løpet av diskusjonsdelen, leste jeg en fagartikkel og en vitenskaplig artikkel, skrevet av ansatte ved sykehuset. På bakgrunn av planlegging av studien, min førforståelse og at jeg kjenner feltet godt, men ikke dette sykehuset og helseforetaket, er jeg *teoriladet* i møtet med deltakerne og det de formidler. Jeg søker likevel å unngå og å være det Kvale og Brinkmann (2009) kaller *teoristyr*, at jeg leder informantene i en spesiell retning.

4.3 Utvalg

Utvalsstrategien er strategisk. Utvalget består av åtte sykepleiere av begge kjønn, som arbeider i turnus ved to poster i en akuttpsykiatrisk avdeling. Ansatte med annen yrkesbakgrunn (miljøterapeuter, vernepleiere, hjelpepleiere) er ekskludert i denne studien. I planleggingen av studien, ønsket jeg og utforske egen yrkesgruppe på bakgrunn av egen forforståelse og erfaring med skjerming som metode. Å ha en strategisk utvalsstrategi betyr å fremskaffe et homogent utvalg for å skape et empirisk materiale som besvarer problemstillingen (Malterud, 2003). Åtte informanter var maks antall jeg satte. Antallet regnes som tilstrekkelig i kvalitative intervjuundersøkelser. I tillegg fantes pragmatiske årsaker som studiens rammer, varighet og størrelse (Tangaard og Brinkmann, 2010). Alt empirisk materiale skal håndteres på en faglig og etisk måte. Et for stort antall deltakere kan generere et stort og uoversiktlig datamateriale (ibid). Med tanke på at det er første gang jeg utfører et forskningsintervju, anser jeg antallet deltakere som tilstrekkelig og håndterbart. Informasjonsrike, offentlig godkjente sykepleiere er studiens inklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene innebærer en selvseleksjon i form av frivillig intervju, som trolig viser et engasjement for temaet. Sykehusets fagutviklingssykepleier rekrutterte deltakerne og sørget for at de mottok informasjonsskriv om studien og signerte informert samtykke.

Deltakerne har mellom 2 til 33 års erfaring som sykepleiere. Antall år med yrkeserfaring fra feltet eller sykehuset var ofte lengre enn erfaringen som sykepleier. Årsaken er at noen har arbeidet som hjelpepleiere eller ufaglærte forut for sykepleierutdannelsen. Tre av sykepleierne har videreutdanning i psykiatrisk sykepleie eller spesialisering i rus og psykosebehandling (SEPREP utdanning). Flere har erfaring fra andre deler av helsevesenet som sykehjem, distrikpsykiatrisk senter (DPS) eller psykiatrisk hjemmetjeneste.

4.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene utføres i løpet av seks vinteruker i 2010. Sykehuset ligger i vakre, rolige omgivelser, slik mange gamle asyl i Norge gjør. Bygningene bærer preg av flere utvidelser fra ulike tidsepoker og bygningene er knyttet sammen. I hallen henger det bilder som tydelig viser hvordan det *terapeutiske samfunn* engang var, med husdyr og gårdsarbeid der pasientene og ansatte jobbet side ved side. Sykehuset har to poster for behandling av akuttpsykiatriske

tilstander, begge postene kan ta imot mellom ni og syv pasienter. Den ene posten har en skjermet enhet, der tre rom i posten er delt av. Den andre avdelingen har et skjermingsrom.

Intervjuene ble utført på dager deltakerne var på dagvakt, og på tider som passet arbeidet på postene. Fagutviklingssykepleier organiserte og reserverte ledige møterom i nærheten av postene, hvor intervjuene ble utført. Intervjuene varte fra 35 minutter til en time. Da deltakerne kom rett fra posten, ble første del av intervjuet brukt til å skape kontakt der begge kunne roe seg ned. Formaliteter rundt studien som informert samtykke, informasjon om studien, retten til å trekke seg og mitt etiske krav til å behandle dataene konfidensielt, ble repetert. Alle ble spurt og godtok at intervjuene ble tatt opp med digital diktafon. Intervjuformen ble forklart, der jeg informerte deltakerne hvordan jeg ville veksle mellom bruk av en temaguide og til å be om utfyllende, oppklarende refleksjoner. Hensikten med intervjuet er at deltakerne åpent skal reflektere over temaet skjerming som metode, for å sikre at viktige temaer blir dekket. Jeg, erfarte at temaguiden ble en mal som sikret at temaet skjerming som metode ble dekket ut i fra forskningsstatus på feltet. Likevel lot jeg deltakerne delvis styre sine refleksjoner, eller at deltakeren ble bedt om å utdype sine opplevelser. På denne måten ga intervjuene gode beskrivelser av skjerming som metode. Alle intervju startet med at jeg ba deltakeren fortelle om en skjermingssituasjon. Jeg erfarte at når jeg, sa *hmm*, nikkete gjenkjennende, var spontan og sa: *fortell mer om det*, turde deltakeren å gå videre i sine refleksjoner. Jeg prøvde å være varsom og oppmerksom i måten jeg stilte spørsmålene. Jeg erfarte at intervjusituasjonen noen ganger gjorde det naturlig å spørre: *Hva gjør det/dette med deg?* Til tross for at det opplevdes naturlig og riktig å stille spørsmålet, kunne deltakeren bli taus, stille, sitte urolig på stolen eller vende seg bort. En deltaker trakk pusten, *tok sats* og satte ord på hvordan det opplevdes. En annen sa med et smil, *skal du speile meg nå?* Denne nærheten i intervjuet erfarte jeg som positivt og ga intervjuene dybde. Deltakerens kroppsspråk tolket jeg som at skjerming som metode kan innebære faglige og etiske problemstillinger, som berører.

Utover intervjuperioden erfarte jeg at intervjuene tok form. Da alle intervjuer starter med at deltakerne beskriver en skjermingshistorie, ble intervjuene raskt ledet inn i en praktisk situasjon. Deltakernes tanker, opplevelser og erfaringer viste et engasjement for skjerming som metode, og ikke minst pasienten. Hver for seg inntok de en posisjon, de fortalte om skjerming som metode og veien til en endret skjermingspraksis. Noen skjermingserfaringer lå tilbake i tid, men hadde satt tydelige spor i måten historien ble gjenfortalt. Deltakerne holdt

fokus på pasienten og pasientens tilstand. Det ble utfordrende for meg å få informantene til å rette fokus på seg selv.

Jeg forstod tidlig at forhold ved fellesmiljøet kan ha betydning når pasienten skjermes. I et refleksjonsnotat, etter tredje intervju skriver jeg: *Hva er det som gjør at jeg må spørre om forhold ved fellesmiljøet for å få tak i fenomenet skjerming som metode?* Samtidig kunne jeg fornemme at sykepleieren anså relasjonen mellom seg og pasienten som viktig for å utføre skjerming på best mulig måte.

I løpet av intervjuperioden opplevde jeg at sykehuset ble kjent og det kjentes trygt å komme dit. Noen ansikter ble kjente og noen gjenkjente meg. Under besøkene, kunne jeg fornemme dette *vakre*. Jeg så pasienter og ansatte komme og gå sammen. Jeg så fellesskapet de delte ved å gå en tur. Sykehuset bærer preg av ro, men roen brytes av nøkler som klirrer og dører som låses. Dette minner meg på at roen, det vi så gjerne liker vi som arbeider i akuttpsykiatrisk avdeling, hurtig kan forvandle alt til de mest *krevende* og utmattende relasjoner, der alle glemmer det *vakre*.

4.5 Analyseprosessen

Det finnes ingen universelle regler for hvordan en kvalitativ analyse skal gjennomføres (Polit og Beck, 2008). Kvale og Brinkmann (2009) skisserer imidlertid flere måter å gjennomføre en analyse, forholdsregler i planlegging av en studie, som kan påvirke analysen.

Analyseprosessen krever tid til reflekterende ettertanke. Hovedhensikten med analyse er å finne gode systemer som både beskriver og bearbeider empirien på en god måte (Haavind, 2007).

4.5.1 Transkribering

Transkribering betyr å overføre data fra muntlig- til skriftlig form. Samtalen dekontekstualiseres og klargjøres for analyse (Kvale og Brinkmann, 2009). Denne studiens empiriske data utgjør 6.5 timers intervju. Ferdig transkribert materiale er 170 sider med linjeavstand 1.5.

Jeg transkriberte hvert intervju før neste intervjusamtale. For å danne meg et umiddelbart bilde av hva intervjuet handlet om, lyttet jeg gjennom lydfilene før jeg startet

transkriberingen. I dette stadiet er intervjusituasjonen nær. Stemningen huskes, likeså intervjupersonens utseende. Jeg lyttet til pauser og *tenkelyder* som *hm* og *eh*. Noen resonnementer er usammenhengende. Andre er preget av dialekt og muntlig tale. Lydfilene transkriberes ord for ord og bruk av parafrasering markeres. Å transkribere opplevdes som en vekselvirkning mellom refleksjon, lytting og til å være en teknisk prosedyre. Utover i analyseprosessen fikk jeg distanse til intervjusituasjonen og det nære sanselige tapte kraft. Spesielle beskrivelser, ord og uttrykk tones ned, mens andre beskrivelser gis betydning og forsterkes (Haavind, 2007, Kvale og Brinkmann, 2009). Dekontekstualisering av intervjusituasjonen anses å være en form for analyse og fortolkning.

Å transkribere betyr å ta noen etiske avveininger (Kvale og Brinkmann, 2009). Til slutt, for å kvalitetssikre transkriberingen lyttet jeg til lydfilen samtidig som jeg leste intervjuet. Deretter ble datamaterialet gjennomgått for å sikre deltakerne og pasienthistoriene anonymitet og konfidensialitet. Navn, steder og institusjoner ble fjernet og dialektuttrykk omskrevet til bokmål. Usammenhengende setninger gjøres lesbare, når de brukes som sitat i presentasjon av data. Omskrivningen bidrar til å hindre gjenkjenning. Deltakerne har fått fiktive navn når sitater refereres i resultatdelen. Jeg har et etisk ansvar for å fremstille lesbare data der intervjupersonen fremstilles på en verdig måte (Kvale og Brinkmann, 2009). Malterud (2003) anbefaler å fjerne det som kalles *dødt materiale*, men jeg velger å beholde intervjuene i sin helhet.

4.5.2 Systematisk bearbeiding av data

Min erfaring fra akuttpsykiatrisk sykepleie og måten jeg planlegger studien, kan bety at jeg indirekte og ubevisst har forventninger til hva analysen frembringer. Jeg tilstreber likevel å være åpen til det empiriske materiale gjennom hele arbeidet. Etter hvert intervju skrev jeg refleksjonsnotat som aktivt brukes i analyseprosessen. Haavind (2007) beskriver denne forskerposisjonen som å gå åpent inn i materialet med en reflekterende biografisk form. Datamaterialet studeres med tanke på selvrefleksjon og en indre dialog. Min oppmerksomhet er rettet mot *hvordan* forstår jeg datamaterialet og deltakernes erfaring med skjerming som metode. *Hvorfor* jeg forstår det på den måten, er like viktig som *hva* jeg forstår (ibid). Det vesentlige er at andre kan forstå hvordan jeg fortolker datamaterialet.

Analyse er å lete *på langs* og *på tvers* av datamaterialet for å søke etter mønstre og sammenhenger (Haavind, 2007). Denne analyseprosessen har flere faser. Først leses

intervjuene i kronologisk rekkefølge, som danner et bilde av den totale empirien og hva dette kan dreie seg om. Deretter leser jeg hvert intervju for seg, skriver notater i margin ved å bruke Word og fanen *se gjennom*. Notatene kan være spontane med korte kommentarer. Andre notater viser til sentrale temaer og at det foregår en meningsfortetting av data (Kvale og Brinkmann, 2009). I første omgang opptar det konkrete i situasjonen meg. Hva er det deltakerne snakker om? Hvordan presenteres skjerming som metode og hva opptar dem? Hva snakker de ikke om? Refleksjonsnotat skrives til slutt.

Deretter leses datamaterialet på tvers og jeg søker etter det spesielle like mye som det generelle. På denne måten dannes mønstre, mønstre som fremstår på ulike måter. Noen er tydelige og andre er svake. Fire sentrale mønstre trer imidlertid frem. Skjermingens *begrunnelse, hensikt og utfordring og endring*. Datamaterialet blir deretter ordnet og systematisert innenfor temaene og deles i tre grupper sykepleier, pasient og omgivelser. Skjermingens begrunnelse og hensikt ordnes etter hvert under samme kategori, fordi empirien viser at skjermingens hensikt er en form for begrunnelse. Den videre analyse viser mønstre av relasjonens betydning som opptrer i spenningsfeltet mellom: *skjermet enhet og fellesmiljøet*, mellom *sykepleier og pasient* og mellom *skjerming og metodens faglige opprinnelse*. Etter analyse og lesing frem og tilbake, nært og intenst, kommer en periode med avstand til materialet. Jeg henvender meg til teoretiske perspektiver som kan løfte analysen opp på et annet nivå, der jeg bedre kan forstå dette *hvordan og hvorfor*.

4.5.3 Nærhet og distanse ved bruk av teori i analyseprosessen.

Med utgangspunkt i analysens første faser bruker jeg nå Latour og Peplaus teoretiske perspektiver slik jeg har redegjort for i kapittel 3. Studiens forskningsspørsmål er hvordan skjerming som metode erfares og hva som kan påvirke. Teoriene har interaksjon som felles begrepsramme, men ulike betydninger. På hver sin måte bidrar teoriene til nærhet og distanse til det empiriske materiale i den videre analyseprosessen. Nærhet har til hensikt å få frem nyanser og skape innsikt. Distanse er å trekke seg tilbake for å skape oversikt over empirien (Repstad, 2009). I det følgende skal jeg redegjøre for hvordan Latours begreper hjalp meg til å se intervjuene med distanse, men likevel avdekkes det Latour (1987) kaller *hybrider/ting/translajoner*. I slutten av dette underkapitlet kommer jeg tilbake til bruken av Peplaus teori.

Kaleidoskopisk tilnærming

Latours utvalgte begreper rammer studien inn og empirien ses i lys av relasjoner i nettverk som skaper nye innfallsvinkler. Latour anvender begrepet kaleidoskop når kulturer studeres utenfra. Empirien kan derfor ses med andre *linser*, et utenfra og inn perspektiv. Åpenbare prosesser er mindre interessante. Områder som bør utforskes er prosesser og relasjoner mellom usynlige *hybrider/ting/translasjoner* (Bløk og Elgaard- Jensen, 2009). Hensikten med denne studien er å belyse informantenes menneskelige erfaringer i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Ved å følge mønstrene, *begrunnelse, utfordring og endring*, kan jeg undersøke *aktører, aktanter* og avdekke *hybrider/ting/translasjon*, og hvordan de står i relasjon til hverandre. Et utenfra og inn perspektiv betyr at empirien gis et bredere fokus enn relasjonen mellom sykepleier, pasient og skjerming som metode. På denne måten endrer studiens opprinnelige arbeidstittel/ problemstilling seg fra sykepleierens vurderinger til sykepleierens erfaringer. Det umiddelbare var vurderingene, men i erfaringene finnes *hybrider/ting/translasjoner*.

Blackbox og entiteter

Latours begrep entiteter kan forstås som at skjerming som metode inneholder uferdig plasma som opptrer ulikt innenfor sosiale praksiser og kalles *black box*. Å utforske skjerming som metode, kan være å åpne *en black box*, slik Latour tar til orde for. I kapittel 2 synliggjøres det at skjerming som metode er tatt opp i akuttpsykiatriske avdelinger, utføres ulikt og skaper ulike praksiser (Husum et al, 2010a). Informantene vektla fellesmiljøet og hva som skjedde i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Fellesmiljøet er sentral i den videre analyse. Aktører som sykepleiere og kollegaer og aktanter som skjerming, fellesmiljøet og lovverket veksler mellom å være i forgrunnen og bakgrunnen i den videre analyseprosessen.

Hybrider, ting og translasjon

Hva er det å skjermes pasienten? Hvordan presenteres skjerming? Hva sies det lite om? Hvorfor sier deltakerne det på den måten? Dette ble nyttige analysespørsmål. Lite sies direkte. Refleksjonsnotat, lydfiler og empiriens helhet ble et forsøk på å gjenskape situasjonen, i søken etter meninger og sammenhenger.

Utforskning av skjermings *begrunnelse* viser to skjermingsmetoder med lik hensikt, men med ulikt innhold. En sentral hybrid er begrepet *stimuli*. Mønsteret *utfordringen*, leder til faglige og etiske aspekter i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, skjerming som metode i et komplekst fellesmiljø. Hybridene er *skjøre relasjoner*, *emosjonelle belastninger*, *motsetningsfylte roller* og *eskalerende situasjoner*, som igjen kan knyttes til *samarbeid*, *kontroll*, *tvang* og *makt*. *Tvang* løftes frem og blir en sentral aktant i nettverket på grunn av den økende oppmerksomhet i avdelingen og i forskningsfeltet. *Tvang* er formell/synlig, og uformell/usynlig, som skaper et *ubehag* i deltakerne og *ukomfortable* relasjoner/situasjoner. Skjerming gir relasjonen en annen *mulighet*. Analysen har dermed bidratt til at *relasjonens mulighet* er et nytt sentralt mønster.

Når noe anerkjennes av flere aktører blir hybrider en *ting* (Latour, 1999). Sett at faglige og etiske begrunnelser og juridiske kriterier har en forbindelse? Deltakerne vektlegger lovverkets betydning for skjerming som metode og relasjonen mellom seg og pasienten. Lovverket er *tingen*. Å beslutte og å føre pasienten inn på skjermet enhet, krever en faglig begrunnelse og legitimitet fordi det oppleves *ubehagelig* å utføre handlingen. Loven er *tingen* som gjør ubehaget lettere. I loven finnes det en tillatelse. Loven er bestemt av andre aktører og er anerkjent i systemet. Faglige og etiske begrunnelser må være sammenfallende med *tingen*, juridiske kriterier, skal skjerming besluttet og gjennomføres.

Mønsteret, *endringen*, rommer *alternativer til skjerming* og forstås som en translasjon fra tradisjonell skjerming. *Alternativer til skjerming* er translert til å romme noe annet enn tradisjonell skjerming slik litteraturen beskriver. Hva kan denne translasjonen inneholde mer? Translasjonen viser hybrider som *gjensidighet*, *medbestemmelse*, *tid* og *aktiviteter*. De gjenkjennes i begge skjermingsmetoder, men har ulik betydning.

Ubehaget i relasjonen til pasienten og omgivelsene beskrives som utfordrende og jeg forsøker å tolke hva ubehaget kan romme. Ubehaget kan knyttes til *tillit*, *maktesløshet* og *distanserte relasjoner*. Nettverket er aktive i å diskutere pasientsituasjoner og nettverket tar avgjørelser. Det utfordrende foregår i spenningsfeltet skjerming som metode og fellesmiljøet og i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Det latende budskap i analysen er at mønstrene *begrunnelser* og *utfordringer* har ledet til en *endring* og *andre muligheter*.

På vei ut av analysen

Tidlig i analyseprosessen opplevde jeg empirien som opplagt, men forvirrende. Min førforståelse, nærhet til faget og begrepene bidro til at jeg var blendet. Begrepene opplevdes som selvfølgeligheter. Jeg overså hva de faktisk betydde i analyseprosessen og studien som helhet. Det empiriske materialet fremstod for nært, uten bredde og distanse. Jeg forstod at *alternativer til skjerming og tradisjonell skjerming* utgjorde en forskjell, men ikke hva forskjellen bestod i. Begreper som stimuli, aktiviteter, tid, trygghet, ansvar, sikkerhet, og kontroll fremstod som opplagte fenomener. I analyseprosessen sine siste fase hjalp Peplaus teori meg til å se at deltakerne inntar et relasjonelt perspektiv når de forteller meg om hvordan de erfarer skjerming. De er opptatt av at relasjonen kan skape et samarbeid mellom dem. Samarbeidet er likevel problematisk, fordi det påvirkes av sykepleierens opplevelse av seg selv, pasienten tilstand og omgivelsene. Sykepleierne inntar et kontrollperspektiv når relasjonen er problematisk. Å se empirien i lys av Peplaus teori bidro til at resultatdelen inntar begripelige og meningsfulle perspektiver som tidligere hadde uklare betydninger.

Haavind (2007) hevder at analytiske begrep er hjelpemidler for å søke meningsinnhold i et erfaringsmateriale. Analytiske begreper i Latours teori har vært nyttige for å avdekke hvordan skjerming som metode erfarer. Å være inspirert av fortolkende metode har bidratt å skape innvendige meninger av empirien. Metoden er et hjelpemiddel til å vise hva skjerming kan være, hvordan metoden brukes, hvorfor den brukes og begrunnes.

4.6 Ethiske overveielser

Studien er utført i tråd med internasjonale forskningsetiske retningslinjer slik de er beskrevet i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 1964). Studien ble først meldt til Regional Etisk Komité (REK), men REK vurderte studien til å ligge utenfor deres ansvarsområde. Studien meldes til og godkjennes av Norges Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste (NSD). NSD poengterer varsomhet med lagring av datamateriale. I utgangspunktet ønsket jeg derfor å skrive studien på en *internettfri* datamaskin. Bruk av internett ble imidlertid nødvendig for å være i kontakt med veileder, medstudenter og UiOs databaser.

For å følge NSD's anbefalinger om varsomhet ved datalagring, ble det originale datamaterialet overført til minnepenner. Lydfiler ble umiddelbart etter transkripsjon overført

til minnepenn og slettet fra datamaskinen. Lydfilene skal destrueres etter at studien er sensurert og senest mai 2012. Minnepenner og datamaskinen oppbevares i låsbart skap.

Døråpner til feltet er forskningssjef ved Akershus Universitetssykehus professor Thorleif Ruud, som satte meg i forbindelse med fagpersoner ved en akuttpsykiatrisk avdeling. Helseforetaket er et annet, enn der jeg til daglig arbeider. Formell tilgang til forskningsfeltet ble innhentet ved skriftlig søknad til akuttavdelingens avdelingssjef. Helseforetakets forskningsavdeling krevde at studien ble registrert i deres system. Studien er i tillegg meldt helseforetakets personvernombud som godkjente studien uten kommentarer.

4.7 Metoderefleksjon

I utgangen av metodedelen vil jeg kritisk reflektere over forhold i planlegging og gjennomføring og ferdigstillelse av denne studien. I løpet av studietiden har refleksjoner over ulike forskningsmessige avveininger bidratt til å forme mastergradsoppgaven. Fora for refleksjoner er sammen med veileder, medstudenter, i kollokviegruppen, i klassesituasjoner og kollegaer. Det har vært en lærerik, men krevende arbeidsprosess på mange plan. Underveis har jeg deltatt i, og lagt frem resultatdelen for *Omsorgsetikkgruppen* ved senter for medisinsk etikk ved UIO. I tillegg har jeg undervist i deler av temaet ved Høgskolen i Akershus og lagt frem ulike deler av studien for *Mastergradsgruppa* ved FOU avdelingen, psykisk helsevern på AHUS. Jeg har i tillegg holdt internundervisning om skjerming som metode i egen avdeling. Høsten 2010 gjennomførte jeg kurset; *omsorg, makt og verdighet* ved avdeling for Helsevitenskap ved UIO (HELSEF- 4403). Denne studiens relevans sikres gjennom refleksivitet blant annet på bakgrunn av tilbakemeldinger i disse fora. Videre bidrar refleksivitet rundt planlegging, gjennomføring, studiens resultater og konklusjoner til at studien sikres relevans (Malterud, 2003).

Kritikken til kvalitative studier og bruk av intervjuetoder, er at resultatene ikke er reliable. De er et resultat av ledende spørsmål og resultatene er ikke valide fordi de baseres på subjektive tolkninger (Kvale og Brinkmann, 2009). Polit og Beck (2008) viser til Lincoln og Gubas *gullstandard* troverdighet, tilforlattelighet, sikkerhet og bekreftbarhet. Å redegjøre for kvalitet i kvalitative studier er viktig, utfordrende og omdiskutert. Flere begreper finnes. I det følgende viser jeg hvordan utvalgte begreper viser hvordan studien ivaretar pålitelighet, validitet og overførbarhet.

4.7.1 Pålitelighet

Pålitelighet brukes om begrepet reliabilitet, om studiens repeterbarhet (Kvale og Brinkmann, 2009). Da jeg henter inspirasjon fra fortolkende metode og benytter intersubjektiv intervjuemethode, kan ikke studien gjentas slik begrepet reliabilitet forstås. Både informantene og situasjonen vil være en annen. I metodekapitlet har jeg vektlagt beskrivelser ved gjennomføring av intervjuet, transkripsjon og analyseprosessen. I analyseprosessen vektlegges nærhet og distanse til det empiriske materiale og hvordan dette påvirket min forforståelse. Nærheten til fagfeltet kan ha påvirket meg i intervjusituasjonen. Egne erfaringer på at relasjoner i akuttpsykiatrisk avdeling rommer en kompleksitet, kan ha påvirket meg. Når jeg lytter til lydfilene og leser datamaterialet, kan jeg se at jeg enkelte ganger tar noen utsagn for gitte. Enkelte temaer burde vært fulgt opp, slik at området kunne utdypes. Kjennskap til faget og betydningen av begreper kan svekke studiens pålitelighet. Tidligere har jeg kommentert deltakernes problem med å holde fokus på seg selv og vansker med å si noe om hvordan vanskelige situasjoner opplevdes. Totalt sett vurderer jeg at studiens pålitelighet er sikret. Det vises via refleksivitet i planleggingen av studien, gjennomføring av intervjuene, kartlegging av helheten i det empiriske materiale, analyseprosessens form, presentasjon av resultatene og valg av temaer til diskusjon.

I planleggingen av studien ble temaguiden evaluert av medstudenter og godkjent av veileder. Medstudenter påpeker det sensitive spørsmålet *hvordan er det å være deg da?* Som psykiatrisk sykepleier er jeg opptatt av å vite hvordan den andre har det. Naivt anser jeg spørsmålet som viktig. Korrigeringen er en vekker, for intervjusituasjonen skal unngå å være krenkende og uetisk (Kvale og Brinkmann, 2009). På bakgrunn av forskningsstatus på området og egne erfaringer rundt de *vakreste* og *de mest krevende stunder* anser jeg spørsmålet som essensielt i å skape data om skjerming som metode. Situasjoner som ønskes utdypet ble legitimert av meg, før spørsmålet ble lagt tilbake til deltakeren.

Før gjennomføringen av intervjuene utførte jeg et pilotintervju. Deltakeren er sykepleier ved samme sykehus. Sammen gjennomgikk vi intervjuets innhold og lengde. Temaguiden ble igjen revidert da deltakeren opplevde det ubehagelig og bli spurt om hvor skjerming som metode er lært. Pilotintervjuet er ellers av god kvalitet og er inkludert i studien.

Bruk av strukturerte spørsmål kunne gitt empirien en annen dybde. På den annen side ga en åpen design informanten mulighet til å styre og legge ut om temaer som opptok dem, som ga

empirien bredde. Bredden i det empiriske materiale ga verdifull kunnskap slik at studiens problemstilling ble reformulert til å dreie seg om erfaringer i stedet for vurderinger. I følge (Tangaard og Brinkmann, 2010) er dette vanlig i kvalitative studier. Å spørre etter vurderinger bidrar imidlertid til at refleksjonene har fokus og danner nyttige mønstre som er beskrevet i analyseprosessen, men analysen viser at dette dreier seg om erfaringer.

4.7.2 Validitet

Valg av metode er sentralt i å vurdere studiens validitet. Kvale og Brinkmann (2009) omtaler validitet som studiens håndverksmessige kvalitet. Begrepet validitet knyttes til om studien undersøker det den skal undersøke (Kvale og Brinkmann, 2009; Malterud, 2003). På en annen måte, *hva er dette sant om?* - og under hvilke betingelser er studien utført? Haavind (2007) påpeker at studiens resultatdel er med på å bestemme kvaliteten av en studie. Derfor er analyseprosessen vektlagt i dette kapitlet og studiens resultatdel er beskrivende og omfattende.

Fortolkende metode anser intervju situasjonen som et samspill. Samspillet kan skape variasjoner og felles mønstre, som for denne studien har vært nyttig for å belyse erfaringer rundt skjerming som metode (Haavind, 2007). Tidligere har jeg påpekt at intervjuene tok form som viser at temaguiden og bruk av en pasienthistorie styrker studiens validitet. Deltakerne repeterte enkelte ganger ulike temaer. Dette kan være uttrykk for at intervjuet har nådd en metning. Eller at temaet berører på en slik måte som påvirker informantenes videre refleksjoner.

Flere metoder kan besvare denne studiens problemstilling. Fokusgruppeintervju er en metode, der gruppeinteraksjonen og data dannes ved at deltakerne selv bekrefter og legitimerer hverandres refleksjoner enten via utstrukturerte/strukturerte tema (Malterud, 2003).

Dokumentanalyse av skriftlige rapporter er en annen vei i en interaksjonistisk tilnærming til et tema (Mik-Meyer og Järvinen, 2006). Deltagende observasjon kunne vært en hensiktsmessig metode, der jeg kunne utforske om deltakerne faktisk gjør det de sier at de gjør. For min studie ville deltagende observasjon vist interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten og *utfordringen, endringen og muligheten* ville ha blitt synlig på en annen måte enn ved intervju alene. Ofte kombineres deltagende observasjon med intervju og fokusgruppeintervju/personlig intervju (Polit og Beck, 2008). I perioder da jeg var tilbake på

jobb, spurte noen pasienter meg hvorfor jeg så sjelden var å se i avdelingen. Da jeg fortalte om mastergradsstudiet og om skjerming som metode, sa mange at; *du kan få intervju meg!* Da jeg forklarte at det er strenge kriterier for å gjøre dette, ble pasientene både forundret og nesten beæret. Pasientperspektivet kunne likevel bidratt til å skape nyttig kunnskap om skjerming, men ville ha utfordret studien på en annen måte og spesielt etiske overveielser (Hem, 2008). Å presentere foreløpige resultater for deltakerne, er en annen måte å sikre resultatene validitet. Kritikken er at deltakerne ikke kjenner studiens helhet og betydningen av teoretiske perspektiver i siste del av analyseprosessen (Polit og Beck, 2008).

Denne studiens åpne design skaper bredde i empirien, men valg av temaer til diskusjon var ikke opplagte. Ved bruk av strukturerte spørsmål kunne analyseprosessen tydeligere vist temaer for diskusjon. Analysen viser imidlertid at flere begrep står i relasjon til hverandre. Tillit er et sentralt begrep som kunne vært diskutert og knyttet til relasjonsbegrepet. Imidlertid har jeg valgt samarbeid og kontroll, men begrepene har elementer av tillit i seg.

4.7.3 Overførbarhet

Overførbarhet dreier seg om på hvilken måte jeg forstår deltakerne, det empiriske materiale og hvordan jeg kommuniserer dette gjennom analysen, presentasjon av resultater og diskusjonsdelen. Like mye omhandler overførbarhet på hvilken måte de andre tolker det jeg presenterer i denne studien. Med andre ord, det handler om prosessen mellom meg og deltakerne i studien, hvordan jeg forstår det de formidler og hvordan andre forstår det jeg har forstått (Haavind, 2007, Hem, 2008). Malterud (2003), snakker om overførbarhet som en ekstern gyldighet. Denne studiens tematikk og problemstilling kan gjøre at lesere gjenkjenner feltet, temaet og dilemmaene skjerming som metode, kan innebære. På denne måten viser studien, at den reflekterer noe generelt i sykepleier- pasientperspektivet.

4.7.4 Introduksjon til presentasjon av resultatet.

Studien har til hensikt å ha en empirinær form. Haavind (2007) vektlegger at studiens resultatdel kan bidra til at leseren transformerer innholdet til en ny fremstilling som kan overføres til liknende situasjoner. Formen på resultatdelen skal *levendegjøre fenomenene/hybridene*, men teoretiske begrunnelser skal vise at resultatene har vært gjenstand for en analyse (ibid).

I studiens resultatdel utelates begreper fra Latours teori. I Latours teori ville sykepleierne og pasienten benevnes som *aktører*. Skjerming, fellesmiljøet, lovverket ville benevnes som *aktanter*. *Hybrider/ting* og *translasjoner* ville være ulike underkapitler i resultatdelen. Latours begreper kan gi et distansert inntrykk av empirien. Med disse grepene ønsker jeg å gjøre empirien og resultatdelen lesbar og gjenkjennelig (Haavind, 2007). Deltakerne omtales i resultatdelen som sykepleiere.

5 Resultater

Jeg velger å begynne resultatdelen med presentasjon av et sitat fra et av intervjuene. Sitatet er typisk for hvor sykepleierne valgte å legge fokus. Sitatet synliggjør spenningsfeltet mellom fellesmiljøet og skjerming, og dilemmaet sykepleieren settes i mellom pasienten og omgivelsene. Å begynne resultatdelen med at sitat viser også hvordan jeg har arbeidet med fortolkninger av datamaterialet og vekselvirkningen mellom bruk av empiri og fortolkning.

I fellesmiljøet blir ikke pasienten så godt sett. Pasientene blir en masse. Skal dem på tur drar alle sammen på tur. Når pasienten er skjermet, drar vi på tur sammen med den ene skjermingspasienten. Når du er sykepleier ute i fellesmiljøet, går mye av hverdagen til å ordne ting. Ringe hit og dit og avtale med kommuner. Så lenge det ikke står noe sted at denne pasienten trenger å være sammen med deg hele tida, så blir det ikke. Du får ikke gjort det heller, fordi det forventes at du skal gjøre andre oppgaver.

Når du er på skjerming, er du fritatt for mange av de andre oppgavene. Du får mer tid til å være sammen med pasienten på skjerming. Det er ikke sånn at en kan skjerme en pasient for å få være mer sammen med han. Skjerming blir prioritert fra avdelingen sin side.

Resultatdelen har til hensikt å synliggjøre nettverk og vise hvordan det har forbindelser til hverandre, enten det menneskelige og materielle forhold.

Resultatene presenteres i seks underkapitler. Etter innledning og presentasjonen av sentrale resultater i punkt 5.1, følger punkt 5.2 som dreier seg om sykepleierens relasjon til skjerming som metode og ideologien den bygger på. Skjermingsformer og hensikt synliggjør kompleksiteten rundt skjerming som metode. Punkt 5.3 er presentasjon av tradisjonell skjerming og alternativ til skjerming som viser hvordan metodene forstås, hvordan de gjennomføres og fire felles forhold som kan bidra til å forstå endringen. Punkt 5.4 omhandler fellesmiljøet der faglige og etiske begrunnelser for skjerming knyttes til forhold ved relasjonen mellom sykepleier og pasient og deres relasjon til omgivelsene. Under punkt 5.5 presenteres lovverket. Lovverket er middelet som skaper legitimitet for to ulike skjermingspraksiser. Til slutt under punkt 5.6, følger en oppsummering

5.1.1 Sentrale resultater

Sykepleierne erfarer at skjerming som metode rommer ulike former og hensikter og beskriver en endret skjermingspraksis fra *tradisjonell skjerming* til *alternativer til skjerming*.

Sykepleierne erfarer at å skjerme pasienten kan være tvang, som gir relasjonelle utfordringer.

Sykepleierne erfarer at skjerming av pasienten kan være omsorg, som gir relasjonelle muligheter.

Sykepleier erfarer at relasjonen til pasienten ofte er skjør. Fellesmiljøet bidrar til motsetningsfylte roller og ustabile omgivelser. Dette gir sykepleieren emosjonelle belastninger.

Sykepleierne erfarer at loven skaper legitimitet for faglige og etiske begrunnelser og letter emosjonelle belastninger når pasienten skjermses.

Jeg vil nå redegjøre for sentrale trekk ved empirien som bidro til studiens resultater.

5.2 Skjerming som metode – en utfordring og en mulighet

Sykepleierne beskriver en skjermingspraksis under endring. Utviklingen av en endret skjermingspraksis, har skjedd over tid. Endringen har sin bakgrunn i hvordan skjermingens innhold påvirker relasjonen mellom sykepleieren, hvordan skjerming utøves og generell bruk av tvang i akuttpsykiatrisk avdeling. Refleksjonene rommer ofte et historisk perspektiv, som beskriver forhold i akuttpsykiatrien før skjerming ble innført på 1980 tallet. *Det var mer fotfølging da jeg jobbet i 1970 åra. Vi tvangsmedisinerte med sprøyter med Vival, som pasienten ikke ville ha.*

En endret skjermingspraksis gjør at sykepleierne beskriver to skjermingsmetoder. For å skille metodene, velger jeg å kalle skjerming med redusert stimuli for *tradisjonell skjerming*.

Skjerming med stimuli kaller jeg *alternativer til skjerming*. Tradisjonell skjerming beskrives som statiske, rigide relasjoner til pasienten, preget av grensesetting, korrigeringer, makt og tvang. Dette skaper komplekse og motsetningsfylte følelser og opplevelser hos sykepleieren. Sykepleierne ønsker noe nytt, en annen praksis. For å begrunne en endret skjermingsmetode og målet om redusert bruk av tvang, beskriver sykepleierne bilder av skjermingspraksis før og nå.

Sykepleierne presenterer begrepet anvendt tvang. Anvendt tvang beskriver sykepleierne som fysisk maktbruk i form av tvangsmidler som belter og tvangsmedisinering. Ida en ung sykepleier, sier det slik: *Jeg tror at beltelegging er lettere å se på som riktig der og da, det bare var den muligheten*. Flere sykepleiere påpeker betydningen av *alternativer til skjerming*. De tar til orde for at *alternativer til skjerming* vil redusere bruken av anvendt tvang og redusere pasientens opplevelse av makt og tvang.

Bruk av makt og tvang er en del av realiteten i akuttpsykiatrisk avdeling. Akuttpsykiatrisk avdeling har en politisk rolle og sørger for samfunnets beskyttelse i situasjoner som ikke kan håndteres av politiet. Redusert bruk av tvang beskrives som sykehusets hovedmål. *Som sykepleier opplever jeg å bli hørt og kan delta i diskusjoner. Tall og statistikker på bruk av tvang er tilgjengelig for alle, for å holde fokus på redusert bruk av tvang.*

Sykepleierne har ønsket et annet miljø og en annen tilnærming overfor pasienter som er skjermet. *Da har du bare den pasienten og fokusere på. Ikke har du andre som hører på og du kommer lettere i dialog med hvordan pasienten har det. Alternativ til skjerming* har til hensikt å endre skjermingspraksis, og dermed relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Skjermingspraksisen endres dermed fra passivitet og rigiditet til aktivitet og dynamikk.

5.2.1 Skjermingens ulike former og hensikt

Ulike former for skjerming

Skjerming som metode har likevel flere former. Først frivillig skjerming i fellesmiljøet, der pasienten oppfordres til å oppholde seg på rommet: *Vi prøver å etterstrebe frivillig skjerming, der vi oppfordrer pasienten til å ta en timeout på rommet, noe vi ofte lykkes med*. Deretter skjerming på pasientens rom i avdelingen med sykepleier til stede. *Delvis skjerming* er et begrep flere sykepleiere bruker. Jeg forstår begrepet som skjerming i egen enhet eller eget

rom i avdelingen. En sykepleier er da tilgjengelig for pasienten, men ikke kontinuerlig til stede. Det mest omfattende er, full skjerming i et større rom i avdelingen eller i en egen skjermingsenhet, som innebærer at en eller flere sykepleiere er kontinuerlig til stede. Døra inn til rommet eller skjermet enhet kan være låst, men ikke alltid. Skjerming betyr at pasienten tas ut av fellesmiljøet og tilbys det sykepleieren beskriver som *et mer egnet miljø*. Miljøet er fysisk mindre og oversiktlig. Full skjerming, er metodene det refereres til i innledningen til dette kapitlet og gjennomføres på to ulike måter, *alternativer til skjerming med stimuli* og *tradisjonell skjerming med redusert stimuli*. Pasientens tilstand har betydning for hvilket innhold skjermingen skal ha og hvor skjermingen skal begynne. Hvordan sykepleieren opplever pasienten og deres relasjon, har også betydning. Skjerming der sykepleieren alltid er til stede er oftest skjerming med juridisk vedtak. Skjermingsvedtaket legitimerer at sykepleieren er kontinuerlig sammen med pasienten.

Skjermingens hensikt

Sykepleierne er opptatt av at alle former for skjerming skal ha en hensikt. Skjerming som metode beskrives som behandling og forebyggende tiltak innenfor det miljøterapeutiske arbeid. En hensikt kan være pasientens behov for beskyttelse i et oversiktlig og forutsigbart miljø. Å beskytte medpasientene kan ses på som en omsorgshandling, der hensikten er å sikre kontinuitet i deres behandlingsopplegg. Hensynet til fellesskapet kan skape ambivalens i sykepleieren, fordi hensynet til fellesskapet overstyrer hensynet til pasienten. Medpasienter får beskyttelse fra pasienter som skaper frykt i miljøet. Når pasienten beskyttes av hensyn til seg selv, kan det være fordi pasientens tilstand er uønsket eller upassende. *For ute i fellesmiljøet, med pasienten i den tilstanden, med manisk paranoide forestillinger, vil det bli mye korrigerende og begrensende*". Det beskyttende perspektiv beskrives når sykepleierne bruker utsagn og metaforer som: *å hindre pasienten i å blamere seg og skjør*. Sykepleieren ønsker å beskytte pasienten, fordi pasienten kan angre og føle skam i ettertid.

Ved vold og utagering ligger hensikten i beskyttelse av både pasienten, medpasienter, ansatte, møbler og inventar. Skjermingen har da elementer av sikkerhets - og kontrolltenkning. *Det er en sikkerhetsvurdering, fordi det er gjenstander i miljøet som er farlig i forhold til utagering*. Skjerming har et organisatorisk perspektiv når sykepleieren bedrer mulighetene til å observere pasienten og beskytte fellesmiljøet.

Vi ser etter symptomer, tegn på psykose og hvordan pasienten det. Er han urolig og redd? Vi ser i forhold til det generelle i situasjonen. Hva mestrer pasienten sjøl? Prøver å få et helhetsinntrykk og å bli kjent med pasienten.

5.3 Fra tradisjonell skjerming til alternativ til skjerming

I dette kapitlet ser jeg på prosessen fra *tradisjonell skjerming* til *alternativer til skjerming* og forhold som kan påvirke.

5.3.1 Endrede holdninger og begrepet stimuli

Å endre etablerte pleiekulturer krever positive holdninger som engasjement og mot, og tro på at systemet kan endres. Sykepleierne beskriver at ønsket om en endret skjermingspraksis oppstod i avdelingsmiljøet blant ansatte som karakteriseres som *ildsjeler*. Sykepleierne har en opplevelse av at *tradisjonell skjerming* skaper et spenningsforhold mellom sykepleieren og pasienten. Skjermingen preges av grensesettende metoder med mange restriksjoner.

Sykepleierne nevner at behandlergruppa ved sykehuset var positive til en endret skjermingspraksis. I tillegg åpnet sykehuset en ny avdeling og ansatte fikk faglig påfyll fra ulike foredragsholdere. Pleiekulturen har med dette til hensikt å endre holdninger til tvang og å endre skjermingspraksisen. Det typiske for *alternativer til skjerming* er at innholdet i metoden er vesentlig forskjellig fra *tradisjonell skjerming*.

Bruk av stimuli er en årsak til at sykepleierne beskriver ulike erfaringer i bruk av *tradisjonell* og *alternativer til skjerming*. Stimuli beskrives som ytre påvirkninger fra omgivelsene som for eksempel medpasienter, aktiviteter, radio og tv. Sykepleierne beskriver at dette kan være overveldende og påvirke pasientens tilstand. Pasientens tilstand forverres og forsinker bedringen. Pasienten kan dermed trenge skjerming. Sykepleierne beskriver tvil og usikkerhet rundt bruken av stimuli. Dette kan dreie seg om hvorvidt sykepleieren anser stimuli i form av aktiviteter som hensiktsmessig, når pasienten er skjermet. Maren en erfaren sykepleier beskriver sin tvil slik: *Når pasienten kommer i en såpass dårlig fase, er vedkommende en av dem som ikke bør være i miljøet først. Pasienten bør skjermes umiddelbart og vi vil raskere se bedring.* En annen beskriver tvilen slik: *Skjerming er kanskje greit, pasienten får personalet inn til seg, får mulighet til å ivareta hobbyer og interesser så lang det lar seg gjøre. Om skjerming hjelper, er vel et spørsmål.*

Å begrense stimuli, beskrives som vanskelig og belastende for sykepleieren. Dette kan påvirke relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Audun illustrerer følgende: *Det kan oppleves litt vanskelig å skulle begrense og korrigere pasienten. Det føles som om vi er strenge. Det positive er at senere i bedringsprosessen blir det tydelig at det vi gjorde var riktig.* Sykepleierne vurderer tidspunktet for og graden av stimuli. Skjerming av pasienten kan begynne som *tradisjonell skjerming* med redusert stimuli som endres til *alternativer til skjerming* med stimuli. Sykepleieren beskriver også tvil og usikkerhet ved *alternativer til skjerming*, fordi begrenset stimuli med færre aktiviteter kan være bedre for pasienten. Stimuli med aktiviteter i form av turer ut fra avdelingen er i utgangspunktet positivt. Relasjonen får en annen mulighet. Konsekvensen kan likevel være forverrelse av pasientens tilstand. Sykepleierne opplever dette problematisk. Erik beskriver det slik:

Det er innholdet i skjerminga som har endret seg. Vi er bevisst på å aktivisere folk ut av skjerming. Ut i naturen og ut på aktiviteter. Så fort det lar seg gjøre, av og til er vi for kjappe. Kristin: ja, hvordan blir det da? Erik: Utfordringa blir å hente inn igjen pasienten, og si at dette gikk ikke. Så tar vi en samtale med pasienten og si at dette fungerte dårlig. Nå må vi prøve og ikke aktivisere oss ute på noen dager.

Noen pasienter behøver færre stimuli. Skjermingsmetoden endres da fra *alternativ til skjerming* til *tradisjonell skjerming*. Sykepleierne opplever denne innstramningen som ubehagelig og uheldig når relasjoner skal etableres. Når skjerming i et oversiktlig miljø gjør pasienten roligere, tilbys pasienten igjen stimuli i form av aktiviteter.

5.3.2 Tradisjonell skjerming

I tillegg til beskrivelsen av *tradisjonell skjerming* i kapittel 5.2, beskrives metoden som *tung skjerming*. Metoden er faglig og emosjonelt krevende for sykepleieren. Skjerming er også belastende for pasienten med sterk inngripen i råderetten over seg selv. Ingunn beskriver: *Skjerming er en faglig og stor kommunikasjonsmessig utfordring, som ikke er enkel. Pasienten har ikke alltid innsikt, blir sint og føler seg urettferdig behandlet.* Sykepleierne beskriver at å *holde ut* er slitsomt, men Maren sier: *Du greier det du må.*

Tradisjonell skjerming beskrives som kompleks og relasjonen medfører emosjonelle belastninger. Ubegaget i sykepleieren opprettholdes selv om pasienten er skjermet. *Etterpå synes jeg ikke alltid at skjerming er den riktige måte, men alternativet hadde vært å legge pasienten i belter.* Det aktiverer ambivalente følelser i sykepleieren, når pasienten skjermes.

Faglige utfordringer og emosjonelle belastninger for sykepleieren gjør relasjonen motsetningsfull og problematisk. Ola, en erfaren sykepleier oppsummerer konsekvensen av tradisjonell skjerming og endret praksis slik:

Manikere har økt energinivå, og har behov for å bruke energien sin. Inne på et rom sammen med personale, som blir mer og mer lei av det hele. Pasienten blir også lei av personalet, så får du konflikter og frustrasjonsutageringer. Det hadde vi mye av i gamle dager. Med gamle dager så mener jeg før år 2000. Frustrasjonsutageringer er borte i sin helhet i dag, de finnes ikke mer.

Tradisjonell skjerming oppleves belastende for begge parter. Å begrense aktiviteter, medfører at kommunikasjonen og handlingen knyttes til å korrigere pasienten. Ingunn sier: *Skjerming er til pasientens beste. Pasienten er skjør for inntrykk, til å takle verden. Det blir for komplisert og vanskelig.* Hun beskriver også en ambivalens: *Er det noe vi kunne ha gjort annerledes tenkte jeg i ettertid. For det var jo veldig krenkende å bli tatt med sånn.* Situasjonen og handlingen burde ha alternativer fordi handlingen innebærer krenkelser, makt og tvang.

5.3.3 Alternativer til skjerming

Tradisjonelt utføres skjerming i rolige, forutsigbare omgivelser med redusert stimuli og sparsomt møblerte rom. Der alternativ skjerming forsøkes, beskrives følgende skjermingsrom: *Pasienten har tre gitarer og trekkspill inne på rommet sitt. Det er litt utradisjonelt med tanke på at gitar kan være et våpen, men som sagt så prøver vi å skape mening innenfor de rammer som er der.*

Å forebygge skjerming, er et sentralt tiltak i *alternativer til skjerming*. Sykepleieren gir da pasienten tilbud om aktiviteter i fellesmiljøet som en avledning.

Vi tar heller med oss tre personale, så går vi ut. Fremfor å presse pasienten inne på skjermingsenheten og du kjenner at dette her bare tar av og tar av. Du kan jo kjenne den følelsen sjøl å måtte sitte inne der. Vi prøver så langt som mulig å unngå skjerming.

Alternativer til skjerming betyr at sykepleieren vurderer ulike aktiviteter som reguleres og tilpasses pasientens behov. *Alternativer til skjerming* synes å være en balansering og tilrettelegging av omsorgsforholdene i skjøre og ustabile relasjoner mellom sykepleier, pasient og omgivelsene.

Tradisjonell skjerming beskrives som: *Å frata pasienten råderetten over seg selv. Erik, sier: For det er jo det vi gjør. Pasienten fratras friheten til å bevege seg der de ønsker. Og det er et etisk dilemma. Det er vel det vi muligens kompenserer for, det å styre dem, at skjerminga faktisk kan inneholde mye aktivitet ute.*

Alternativer til skjerming blir derfor en aktiv strategi for å makte kompliserte relasjoner og som letter ubehaget i sykepleieren. Sykepleierne makter relasjonen mellom seg og pasienten annerledes når pasienten skjermes. Skjerming generelt endrer omsorgen og gir relasjonen andre kår.

Jeg presenterer nå fire felles forhold ved *tradisjonell skjerming* og *alternativer til skjerming* som synes betydningsfulle i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Forholdene er gjensidighet, medbestemmelse, tid og aktiviteter.

5.3.4 Gjensidighet og medbestemmelse

I sykepleieutøvelsen kan gjensidighet være et ideal, men som vanskeliggjøres i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, fordi forholdet er asymmetrisk. Medbestemmelse er i tillegg en pasientrettighet som utfordres i akuttpsykiatrisk avdeling. Sykepleierne beskriver pasientens mulighet for medbestemmelse som viktig som det er en forpliktelse å tilrettelegge for. *Alternativer til skjerming* bedrer mulighetene for pasientens medbestemmelse.

Alternativer til skjerming og medbestemmelse kan deretter gi sykepleieren en opplevelse av gjensidighet.

Gjensidighet beskrives på ulike måter, og finnes innen begge skjermingsmetoder. *Når pasienten skjermes, bedres muligheten for dialog med pasienten.* En sykepleier sier at pasienten får *rase ut* uten at sykepleieren kommer med innvendinger eller korrigeringer. Sykepleieren kan opptre mer overbærende inne på skjerming. De kan innlede samtaler med pasienten på en annen måte, enn når de oppholder seg i fellesmiljøet. I fellesmiljøet forventes det at sykepleieren ivaretar ro og orden. Sykepleierne vektlegger at *alternativer til skjerming* gir rom for færre krenkende handlinger og korrigerende samtaler. Maren beskriver en episode slik:

En til en kontakt kan være... du kan få frem andre ting når du sitter alene med pasienten. Greier du å roe ned kan du få frem det som ligger under. For ute i miljøet blir det

en veldig blomstring av symptomer. Da kan en ved å bruke tid... la pasienten få bruse, få ut ting og ikke avbryte. Da får du noen ganger komme med et innspill.

Maren anser pasientens symptomer som noe annet enn uttrykk for sykdom. Sykepleieren vektlegger å lytte til pasienten og ta imot pasientens opplevelser. Dette gir sykepleieren anledning til å komme i dialog, etablere og styrke relasjonen mellom dem. Noen ganger snakker de med pasienten etter en skjermingsperiode: *Pasienten kan ha opplevd skjermingen som vond, og det er godt å få snakket sammen om det som skjedde. Det er noe med det å få sagt at det ikke var vondt ment. Det føles litt bedre etterpå.* En -til- en kontakt og samtale blir et middel for etablering av en terapeutisk relasjon og skape gjensidighet i relasjonen mellom dem. Innholdet i skjermingen, sykepleierens holdninger og pasientens tilstand kan være avgjørende for hvor vellykket dette blir.

Medbestemmelse synes viktig og utgangspunktet for et samarbeid. Audun, sier det slik: *Det er lettere når vi har noe annet og gi, når pasienten får være med og bestemme utgang og tilbud utenfor posten. Det er vanskelig å gi avslag, korrigere og begrense.*

Medbestemmelse og skjerming generelt byr likevel på dilemmaer. Ved *alternativer til skjerming* har pasienten tilgang til det meste av aktiviteter, men alltid sammen med en sykepleier. I skjermingen fra fellesmiljøet får sykepleieren og pasienten realisert sine ulike agendaer. De kommer til enighet om et opplegg. Et opplegg sykepleieren likevel har regien på. Graden av medbestemmelse baseres på pasientens tilstand. Skjerming som metode foregår innenfor en ramme i akuttpsykiatrisk avdeling og pasientens medbestemmelse handler derfor om bestemmelser som allerede kan være bestemt.

Medbestemmelse er å gi tilbake kontrollen til pasienten. Even sier det slik: *I et mer egnet miljø, inne på skjermet med mulighet for å gå ut, kan pasienten være med å regulere hverdagen sin mer.* Å gi pasienten medbestemmelse, kan forebygge bruk av makt og tvang både i fellesmiljøet og på skjermet enhet. *Innholdet i skjerminga er å innfri ønsker, ta dem med ut, eller pushe pasienten i gang med en aktivitet.* Skjerming som metode muliggjør gjensidighet og medbestemmelse på en annen måte enn i fellesmiljøet, fordi sykepleieren på skjerming er forpliktet til å være sammen med pasienten. *Alternativer til skjerming* gir relasjonen mellom dem ytterligere flere muligheter.

5.3.5 Tid og aktiviteter

Tid sammen med pasienten beskriver sykepleieren som viktig for relasjonen mellom dem, og utgjør en forskjell mellom skjerming og fellesmiljøet. Ida, forteller: *Når du er på skjerming, har du god tid og gode muligheter til å få en god relasjon med pasienten. Er det veldig strengt og stramt, er det kanskje ikke så lett.*

Tid bedrer sykepleierens mulighet til å være sammen med pasienten. Dette bedrer mulighetene til å observere, samhandle og gi en annen omsorg, enn om pasienten er ute i fellesmiljøet.

Hvordan sykepleieren utnytter, tilpasser og vurderer tiden avhenger av pasientens totale situasjon, sykepleierens holdninger og hvordan hun vurderer seg selv. *De helt gode relasjoner som er en - til - en kontakt, oppnås bedre ved å gå tur eller gjøre noe sammen, ikke nødvendigvis sitte og prate.*

Alternativer til skjerming betyr å utnytte tiden til aktiviteter. Ola sier at: *Pasienten har tilgang på alt bortsett fra fellesmiljøet.* Sykepleierne beskriver at pasienten har anledning til å bruke utemiljøet som å gå på ski, biltur, tur til butikk og til og med saueleting. *Alternativer til skjerming* betyr at pasienten får anledning til å utføre en rekke tidkrevende aktiviteter tiltross for skjerming med juridisk vedtak. Sykepleierne beskriver at tid til ulike aktiviteter skal gi pasienten en opplevelse av redusert bruk av tvang: *For pasienten er hektisk og sint. Å komme ut kan roe situasjonen. Det synes jeg absolutt fungerer. Å stå ute, rusle litt og røyke, det gir oss på en måte litt mer handlerom.*

Tiden på skjermet enhet skal være kortest mulig. Bevissthet rundt tid og aktiviteter kan gi pasienten regelmessighet og kontinuitet under skjermingsoppholdet.

Kjernen i dette kapitlet er forholdet mellom *tradisjonell skjerming* og *alternativer til skjerming*. Sykepleierne beskriver hvordan holdningen til tvangsbruk skjer ved å fokusere på endring av en skjermingspraksis. Bruk av ulike stimuli og den virkning det har på pasienten, skaper imidlertid tvil og usikkerhet i sykepleieren. Begrepet stimuli, holdninger, gjensidighet, medbestemmelse, tid og aktiviteter som gir skjermingsmetodene nyanser. Begge skjermingsmetoder gir i utgangspunktet mulighet for en annen relasjon enn om sykepleieren og pasienten oppholder seg i fellesmiljøet, men avhenger av sykepleierens holdning, handling pasientens tilstand og omgivelsenes muligheter.

Jeg velger nå å studere forhold ved fellesmiljøet, fordi sykepleierne ofte trekker paralleller mellom fellesmiljøet og skjermet enhet. Jeg vektlegger hvordan det er å være sykepleier i fellesmiljøet og hvordan de vurderer seg selv, pasienten og omgivelsene.

5.4 Fellesmiljøet starter veien mot skjerming.

I dette kapitlet ser jeg på begrunnelser for skjerming relatert til skjøre relasjoner, ustabile omgivelser, motsetningsfylte roller, pasientens eskalerende situasjon og maktesløshet.

Gjennom åtte intervjuer prøver jeg å få sykepleierne til å beskrive hvordan det oppleves å være sykepleier i akuttpsykiatrisk avdeling. Når fokuset i intervjuet rettes mot sykepleieren, er det vanskelig å få sykepleieren til å beskrive hvordan relasjonen mellom sykepleieren og pasienten oppleves. I stedet tar sykepleierne pasientens perspektiv ved å uttale seg som om de vet hvordan pasienten tenker og føler. *Pasientene er urolige, de vet nøyaktig når det er vaktskifte og "Hvem kommer på nå? "Er det noen jeg kjenner?", "Er det noen jeg er trygg på?"*.

Når sykepleierne snakker om skjerming, fokuserer de på forhold som starter i fellesmiljøet. Sykepleierne bruker sjelden ordet redd, men sier at relasjonen er ukomfortabel. Relasjoner som skaper ubehag hos sykepleieren er når pasienten tilstand gjør at situasjonen eskalerer. Sykepleierne er opptatt av å opprettholde samarbeidet med pasienten. Likevel fremkommer det at de opplever situasjonen som kompleks og sammensatt og noen beskrivelser er dramatiske.

Slike utfordringer søker en løsning. Skjerming av pasienten er en løsning, men begrunnelsen for skjerming hentes fra pasientens tilstand, relasjonen mellom sykepleieren og pasienten og forhold ved omgivelsene.

5.4.1 Skjøre relasjoner

Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten beskrives som både skjør og ustabil. Sykepleierne vektlegger pasientens evne til samarbeid og kontakt. Dette definerer kvaliteten på relasjonen. *Jeg fikk ikke noen god dialog med pasienten.* En sykepleier beskriver at

pasienten *er tilbake*, at de igjen har kontakt eller: *Pasienten hørte meg ikke, jeg fikk ikke kontakt*. Dette er beskrivelser og metaforer på at pasientens tilstand ikke er statisk, men at pasienten går ut og inn av sin tilstand. Sykepleieren og pasienten er dermed i situasjoner der de oppfatter hverandre ulikt. På denne måten synliggjøres det skjøre i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren forsøker å ha empati og vise en genuin interesse for pasienten.

Omsorg er å ta ansvar for den andre. Når omsorgens gode hensikter avvises, utfordres relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. For sykepleieren er det likevel viktig å *stå i situasjonen* og vise at hun bryr seg. Det er veien til tillit og en terapeutisk relasjon med pasienten.

Sykepleierne beskriver avvisning på ulike måter og ulike kunnskapssyn synliggjøres hos sykepleierne. Noen ignorerer avvisningen og fokuserer på pasientens tilstand. Sykepleieren refererer til et medisinskpsykiatrisk perspektiv, der pasienten er syk og trenger medisiner. Avvisningen begrunnes med at pasienten har en alvorlig sinnslidelse, mangler innsikt i sin situasjon og mistolker situasjoner. Pasientens tilstand kan være; bipolar lidelse, mani, psykose, rus, hører stemmer eller dement. Sykepleieren fokuserer på årsaker og hvilke konsekvenser tilstanden kan ha for pasienten, sykepleieren og omgivelsene. Skjerming kan da være omsorg: *Pasienten trenger å være i et oversiktlig miljø med fagpersonale rundt seg og Pasienten trenger trygghet og forutsigbarhet*. Sykepleieren ønsker å gi omsorg ved å bruke seg terapeutisk i relasjonen til pasienten. Dette refererer til ideelle og humanistiske verdier ved sykepleie faget. Likevel kan avvisning fra pasienten være emosjonelt belastende.

Jeg har fått mye kjeft og har blitt kalt mye rart. Jeg har fått høre stygge ting. Det gjør noe med deg det... det gjør jo det. For du kan risikere å sitte en til to timer og bare få negativt. Jeg har hatt pasienter som har kritisert utseendet ditt, hva du har på deg, hvordan du sitter, hvordan du går og hvordan du ser ut. At du er ingenting, du har ikke den rette utdannelsen og du prater feil. Du kan ha sittet og hørt sårende og krenkende ting ganske lenge. Du kan ikke si så mye heller, annet en å prøve å dempe litt.

5.4.2 Ustabile omgivelser

Sykepleieren har andre oppgaver i tillegg til pasientkontakt, som gjør relasjonen mellom dem ustabil. Andre arbeidsoppgaver kan være ansvar for medikamenter, deltagelse i fellesoppgaver som matutdeling og rydding av fellesarealet. I tillegg beskrives ansvar for flere

pasienter og ansvar for mottak og utskrivelse av pasienter. Andre arbeidsoppgaver medfører en løsere forbindelse til pasienten. Relasjonen blir på denne måten distansert og sykepleieren henvises til å betrakte pasienten på avstand. På denne måten avvises pasienten. Maren beskriver følgende:

Under middagen kommer alle pasientene og sitter på kjøkkenet. For en pasient ble det en uheldig situasjon. På kjøkkenet skjer det mye og full post. Dagvaktene drar og "vi lander" på posten. Det er vanlig at ting roer seg litt ned, men det gjorde det ikke for pasienten. Så er det sånn, vi begynner litt med vårt, med kaffeservering, men pasienten greier ikke å samle seg om det. Du så at pasienten vegret seg for å gå i røykebaren, for å treffe de andre og pasienten hadde ikke kontroll på seg selv. Vi kunne jo ikke gå ut med pasienten så ofte som vedkommende ønsket. Pasienten ble urolig.

Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten kan inneholde planlagte aktiviteter, som et ledd i den miljøterapeutiske tilnærmingen. Spontane aktiviteter som gåtur beskrives, men avhenger av hvordan situasjonen er i avdelingen. Sykepleierne beskriver at samvær med pasienten muliggjøres hvis det er ro i avdelingen. Samværet har til hensikt å være terapeutisk. Ida, sier følgende: *Det er en fordel å være flere personale i stua for da kan vi spille på hverandre.*

Når en pasient er tiltagende urolig stilles sykepleieren i dilemmaer mellom relasjonen til pasienten og omgivelsene.

Jeg tror vi automatisk legger sperre på oss i forhold til at vi stiller mindre krav og kanskje blir for snille. Kristin: ute i fellesmiljøet tenkte du på? Sykepleieren: Ja, at en blir litt for ettergivende, litt for snille. Litt for ettergivende ved grensesetting, for vi ønsker ikke noe støy.

Sykepleieren kan tro at pasienten opplever krenkelse ved å bli korrigert og settes i et dilemma når kollegaer forventer at sykepleieren handler: *Du føler jo presset fra kollegaene, for man har jo forskjellige syn. Jeg er kjent for å være den som ikke er så veldig grensesettende.*

Andre beskriver at sykepleieren blir ettergivende overfor pasientens og at dette kommer i konflikt med pasientens behandlingsplan. *Det som kan være vanskelig er at pasienten har en behandlingsplan, og når pasienten er i bedring, så gir du etter for pasientens ønsker der og da. En sykepleier sier også at: Når en går full stilling er det ikke alltid en har overskudd og orker å korrigere pasienten.*

En sykepleier mener at skjerming bør iverksettes når pasientens verbale utsagn påvirker de andre pasientene. Even sier det slik:

Det er litt tosidig fordi pasienten er dominerende og utleverer mye av sine tanker og følelser der og da, som ikke er pasientens egentlige jeg. Pasienten skaper frykt i det øvrige miljøet ved å være dominerende. Medpasienter trekker seg da inn på rommet, i stedet for å være ute i miljøet.

Sykepleieren har i oppgave å holde ro og orden i avdelingen. Dette kan stille sykepleieren i dilemma mellom hennes relasjon til pasienten, rollen hun har for å holde ro og orden og forventninger fra kollegaer. Inne på skjermet enhet kan det arte seg annerledes: *Der kan vi sette klare grenser, og vi kan akseptere at det bråkes og smelles med dørene på en annen måte.*

5.4.3 Motsetningsfylte roller

Fellesmiljøet anses som en komplisert arena for relasjoner. *Pasientene synes ofte at det er koseligere å prate med hverandre enn med oss, for vi har forskjellige roller.* Uttalelsen fra Ida ledet meg videre til og utforske hvordan rollene vokter og oppdrager vises i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, omgivelsene og skjerming som metode. Ved å vende oppmerksomheten mot sykepleierens ulike roller synliggjøres forhold som kontroll, sikkerhet, motivering og informasjon.

Vokterrollen - Kontroll og sikkerhet

Sykepleierne beskriver at de må ha oversikt og kontroll over fellesmiljøet der pasientene og kollegaer befinner seg. Ordet kontroll blir sjelden brukt, men hyppigere brukes begrepene forutsigbarhet, struktur og oversikt i betydning av å ha kontroll eller skape kontroll.

Sykepleierne har behov for å ha kontroll i situasjonen mellom seg og pasienten, som utløser ambivalens hos noen. Kontroll kan knyttes til bruk av tvang. Even sier han ikke liker ordet kontroll: *For det innebærer tvang, ikke sant? Ordet kontroll, selv om jeg ikke liker det. Vi får lettere kontroll over situasjonen og kan jobbe med det.* Ida, bruker ordet kontroll men gir betydningen et annet innhold og sier: *Vi var veldig restriktive, ikke akkurat det ordet da, men vi tok mye kontroll.* Å ha kontroll forstår jeg som en faglig kontroll, som sirkler inn situasjoner som trenger sykepleierens oppmerksomhet. Dette gir sykepleieren mulighet til å jobbe med situasjonen sammen med pasienten eller i samarbeid med kollegaer. Sykepleieren er opptatt av pasientens egenkontroll. Det forventes at pasienten har egenkontroll og mestrer å regulere sin atferd i miljøet. Sykepleierne forteller at når pasienten mangler kontroll og der sykepleieren heller ikke oppnår kontroll, vurderes skjerming.

Sikkerhet er et begrep som brukes sammen med begrepet kontroll. Kontroll forstås som å ta ansvar, slik at alle opplever trygghet i avdelingen. Når sykepleieren ser at pasienten mangler kontroll, tenkes sikkerhet. Grad av sikkerhetstiltak knyttes til grensen for akseptabel atferd hos pasienten og om pasienten har kontroll. Samtidig er sykepleierne opptatt av at pasienter kan vise sin sykdom og at medpasienter bør tåle det. Sikkerhetsvurderinger knyttes til risikoen for vold og fysisk utagering hos pasienten, som kan kreve hurtige handlinger. Ida opplevde dette: *Vi hadde en situasjon der en pasient angrep en medpasient. Pasienten kloret, sparket og slo, så vi måtte gå imellom og skille dem. Vi valgte å skjerme pasienten som utagererte, fordi vi ikke visste hvor farlig pasienten kunne være for medpasientene.*

Skjerming brukes her forebyggende fremfor bruk av tvangsmidler. Tilstander med uro, utageringer og støy i form av høyt snakk og roping, er situasjoner som skjerper sikkerheten. Faglige begrunnelser for skjerming betyr fokus på sikkerhet for pasienten, medpasienter, ansatte og sykepleieren selv. Ida, sier det slik: *Akkurat der og da tenkte jeg på sikkerheten til alle de andre pasientene, til de som ble reddet og tenkte på at vi må få kontroll her og nå.* Sykepleieren tar ansvar når sikkerheten trues.

Oppdragerrollen – informasjon og motivering

Oppdragerrollen kan knyttes til motivering og informasjon. Verbal kontakt mellom sykepleieren og pasienten anses som viktig. Under motivering og informasjon kan pasientens kontaktevne synliggjøres: *Når du får en god allianse med å forklare hensikten, og vektlegger at det er pasienten som ivaretas. Du får ikke sagt det mange nok ganger.* Audun sier det slik: *Vi oppfordrer pasienten til å bli med tilbake til rommet. Hvis pasienten ikke ønsker det, og du ikke klarer å motivere til det, så vil du vurdere om en skal begynne å beslutte skjerming.*

Oppdragerrollen kan ha gode hensikter. Når sykepleieren inntar oppdragerrollen kan den ha likhetstrekk som i et mor – barn forhold. Måten det sies på kan også romme press og tvang.

Maren sier det slik:

Du kan si til en pasient: "Nå ser jeg at du er urolig og vi avventer litt. Vi kan sitte inne på rommet og prate litt. Så ser vi om en stund. Vi anbefaler ikke å gå ut nå, for nå ser vi at du ikke har det så greit".

5.4.4 Eskalerende situasjoner

Sykepleierne beskriver eskalerende situasjoner er når pasienten er motorisk urolig, utagerer fysisk mot personale, medpasienter, gjenstander eller støyer i form av høyt snakk og roping. Når situasjonen eskalerer, forsøker sykepleieren å roe og trygge pasienten. Tiltaket kan først være samtale på rommet, deretter at pasienten hviler seg. Her observerer og vurderer sykepleieren pasientens tilstand. Graden av samarbeid og sykepleieren avgjør hvilken nytte pasienten har av å være i fellesmiljøet. En avventende holdning beskrives også: *Jeg synes det er greit å observere før en handler*. Eskalerende situasjoner vurderer sykepleieren fortløpende.

Sykepleierens forståelse av seg selv og situasjonen

Hvordan sykepleieren oppfatter seg selv er av betydning i en eskalerende situasjon. Forståelse av pasienten er beskrevet under punkt 5.4.1. Bevissthet rundt intuisjon og erfaring har betydning når sykepleieren vurderer og observerer situasjoner, og kan vise hvordan sykepleieren forstår seg selv, relasjonen og situasjonen hun er i.

Det er ikke mange vaktene du er redd for hva som kan skje. Noen ganger går du og kjenner på noe, en ubehagelig stemning i posten. Og du vet ikke helt. Du har på følelsen at det kan bli noe. Det kjenner du egentlig med en gang. Da er det å finne ut, hva er det som skjer her og hvor? Og hvilke grep må vi gjøre? Du kan gå og sette deg miljøet og se deg rundt. Det kan sitte tre - fire pasienter der og du kan se signaler de sender hverandre. Du kan se om en pasient er ukomfortabel, du kan se blick og kroppsspråk. Du kan se aggresjon, i form av at det er noen som har det veldig travelt. Til og fra, får ikke roet seg ned. Du kjenner på irritabilitet.

Forståelsen av et terapeutisk miljø

En sykepleier beskriver fellesmiljøet som *lite egnet* til å danne gode relasjoner, mye på grunn av avdelingens arkitektoniske utforming. Fellesmiljøet kan være uoversiktlig og preges av uro fra både tv, pasienter og ansatte. En avdeling beskrives som en korridor med inngangsdør og skjermet enhet i hver ende. Pasientrommene er ved inngangsdøra og fellesarealer ved vaktrommet. Fellesmiljøet har til hensikt å være terapeutisk og beskrives som en arena for sosialt samvær i stua, måltider og/eller aktiviteter som tur ut av avdelingen.

Maren beskriver det slik:

Det blir for mye og for mange å forholde seg til for pasienten, fordi det er stor aktivitet. Det er mange på jobb, spesielt på dagtid. Leger flyr til og fra, det er samtaler og aktiviteter hele tida. Det er kanskje en tv som står på. I sin dårligste fase kunne ikke pasienten se tv, pasienten fikk masse overføringer og spesielt fra nyhetsmeldinger. Det var jo det pasienten på en måte søkte.

Som beskrevet i punkt 5.3.1 er betydningen av stimuli også sentralt i fellesmiljøet. Samspillet i fellesmiljøet utfordres. For mye stimuli vurderes som sentralt når pasientens tilstand forverres og situasjoner eskalerer. Fellesmiljøet mister dermed sin terapeutiske funksjon for pasienten.

Fellesmiljøets struktur, som vaktskifter, er et annet forhold som påvirker situasjonen til både sykepleiere og pasienter. Ansatte på vei til og fra jobb beskrives som *støyning* og medfører uforutsigbarhet og utrygghet. Pasientene vil gjerne vite hvem som kommer på jobb. Sykepleieren på jobb vil gjerne at disse tider på døgnet skal være forutsigbare og trygge, fordi det skaper et roligere miljø. *Vaktskiftet er en utfordring som vi hadde prøvd å si noe om. Vi prøvde å gjennomføre det så godt det var mulig, i vaktskifter med stor aktivitet og summing i området ved vaktromsdøra og rapportrommet. Da skjer det noe med mange pasienter.*

Arbeidsmiljøet og relasjonens terapeutiske funksjon anser sykepleieren som viktig. Skjøre relasjoner og ustabile omgivelser skaper emosjonelle belastninger når midlene er kontroll, sikkerhet og tvang. Maren sier det slik:

Vi har et godt arbeidsmiljø med begge kjønn, ulike aldre, ulike yrkesgrupper og vi er flinke til å holde sammen og diskutere oss gjennom ting. Det betyr at hvis jeg ikke kunne bearbeidet og blitt ferdig med dette på jobben, mellom er seinvakt og dagvakt, så spørs det hvor lenge jeg hadde holdt ut.

Kjennskap til pasienten

Kjennskap til pasienten bidrar til at relasjonen får en annen form og et annet innhold, og skjerming unngås. *Det er enklere å grensesette en pasient du kjenner. Du vet hvordan pasienten reagerer og vet hvordan du skal fremlegge ting.* Sykepleieren beskriver en rausere holdning til pasientens atferd og utsagn, og sykepleieren opptrer overbærende. Ida sier det slik: *Vi har jo hatt pasienter som i begynnelsen var mye skjermet. Som nå kan komme inn og være i miljøet hele tida, men som kanskje er like dårlig. Det blir tryggere når en kjenner pasienten.*

Liten kjennskap til pasienten kan dreie seg om: *Du må prøve og å feile på en annen måte.* Dette medfører usikkerhet hos sykepleieren både i valg av tilnærming til pasienten og atferden pasienten utviser. *Vi måtte gå inn to personale, fordi vi ikke helt visste reaksjonen da vi skulle informere om at pasienten skulle skjermes.* Sykepleieren mangler her erfaring i hvordan pasienten vil reagere og er usikker på hvilken reaksjon pasienten får ved informasjon om skjerming. Sykepleieren velger å hente moralsk og faglig støtte gjennom drøfting med kollegaer.

I eskalerende situasjoner bruker sykepleieren aktiviteter, som et tiltak for å avlede pasienten (jf 5.3.5). Aktiviteten har til hensikt å flytte fokus og roe ned pasienten. Den aktiviteten som beskrives oftest, er bruk av utemiljøet og å gå tur. Ola beskriver avledning slik: *I starten som en oppfordring om å være på rommet sammen med personalet, men helst: Vi har fine omgivelser, som vi bruker mye. Ut av posten, ut i friluft, i stedet for inne i tv stua.*

Sykepleierne beskriver at skjerming er en flerprofesjonell beslutning innad i avdelingen. Begrunnelser for skjerming er situasjonsbetinget, basert på vurderinger hos sykepleieren som er i en eskalerende situasjon. Når det kreves raske handlinger ligger ansvaret for beslutningen hos ansvarshavende sykepleier dersom faglig ansvarlig ikke er til stede. En kollektiv vurdering hos miljøpersonalet tas med til behandlingsmøtet på dagtid eller i direkte kontakt med faglig ansvarlig. Gjennomføring av skjerming skjer sammen med andre ansatte i avdelingen. Ola sier:

Når vi beslutter skjerming, så drøfter vi det med kollegaer. Jeg kan ha mitt syn og oppfatning, men jeg synes det er greit å diskutere med andre. Både det vi opplever og om vi er enige. Er vi ikke enige så lytter vi til hverandres argumenter.

Innleggelse til akuttpsykiatrisk avdeling er oftest akutte. Dette gjør fellesmiljøet uforutsigbart og utrygt. Vurdering av skjerming kan starte når pasienten blir meldt innlagt til akuttpsykiatrisk avdeling. Sykepleieren settes i beredskap og det forventes at dette håndteres. Erik, sier det slik:

Pasienter kan enten inne på avdelingen eller før ankomst sykehuset, ha sagt eller gjort ting som er forenlig med stor sjanse for fysisk utagering mot ting eller personale. Vi ønsker ikke at det skal skje i miljøet eller i nærheten av andre pasienter. Det har med tryggheten til andre pasienter og oss sjøl å gjøre.

Sykepleieren velger oftest å tilby pasienten rom ute i avdelingen som ett ledd i *alternativer til skjerming*. Sykepleieren viser ansvarlighet og starter selvstendige observasjoner og

vurderinger uavhengig av komparent opplysninger ved innleggelsen, men komparentopplysningene er et supplement.

Vi tar med oss opplysninger ved innleggelsen og gjør en vurdering der og da. Så kan vi tenke: ok, pasienten må inn på skjerming. Men det er ikke alltid det stemmer det vi får av opplysninger, vi må observere det selv, før vi handler.

Sykepleierne beskriver at de har et bevisst forhold til bruk av makt og tvang spesielt ved tvangsinnleggelse av pasienten. Even illustrerer følgende:

Vi prøver å ha fokus på at det skal være minst mulig tvang. Vi ser nødvendigheten av tvang, men det skal være brukermedvirkning, hvis det er mulig. Vi må gjøre det på en mest mulig ålreit måte i forhold til pasienten, når vi må ty til tvang.

Sykepleiernes erfaring, kjennskap til pasienten og seg selv er av betydning når situasjonen eskalerer. Maren sier det slik:

Når pasienten blir aggressiv, vi vet jo at det er redsel som utløser denne aggresjonen. For pasienten er egentlig en snill og rolig person som fungerer godt i perioder når vedkommende tar sine medisiner. Når vedkommende blir dårlig, blir pasienten paranoid på sine omgivelser. Dette er en jeg er trygg på, men pasienten er truende. Jeg vet hva pasienten står for, har innsikt i pasientens sykdom og redsel.

Både sykepleieren og pasienten bærer med seg en historie. Når pasienten reinnlegges påvirkes relasjonen mellom dem og bruk av skjerming som metode.

5.4.5 Maktesløshet

Resultatdelen har hittil vist at relasjonen mellom sykepleieren og pasienten kan være strevsom og den påvirkes av forhold når pasienten skjermes eller forhold ved fellesmiljøet.

Konsekvensen er at sykepleieren og pasienten avviser hverandre og sykepleieren opptrer distansert. Dette kan gi sykepleieren en opplevelse av avmaktsfølelse. Avmaktsfølelsen kan gjøre sykepleieren selvutslettende eller defensiv. Even sier det slik:

Det hender en får noen skyllebøtter, spesielt når pasienten er veldig manisk. Da er tempoet høyt. Det er ikke alltid pasienten har forståelse for hva vi mener og tenker. Kristin: Hvordan er det da? Å få ei skyllebøtte? Even: Det er greit nok i hvert fall for min del. Det er ikke noe som en reagerer på. Greit, så er vi ferdige med det.

Maktesløshet uttrykkes ikke eksplisitt i intervjuene, men begrepene gis andre ordlyder. Ida beskriver hvordan en vanskelig situasjon kan være et uttrykk for maktesløshet som fagperson

fordi pasienten ikke forstår situasjonen og sykepleieren blir møtt med pasientens motmakt. Protester er pasientens motmakt, som kan forsterke maktesløsheten hos sykepleieren.

Hvis pasienten har liten innsikt, er ikke med på at de for eksempel trenger å hvile. Da synes jeg det er vanskelig. Selve samtalen er ikke vanskelig, men det er ikke alltid jeg får like mye ut av den. Jeg får ikke gehør for mitt syn på ting. Du føler deg litt... inkompetent. En ting er å høre på det pasienten mener og ikke være en sånn bedreviter. Samtidig tenker jeg, at jeg som fagpersonell ser ting som pasienten ikke ser der og da. Ofte sier pasienten etterpå: "Jeg var kanskje for aktiv, jeg forstyrret nok og var litt ukritisk. Jeg er lei for at jeg gjorde det". Og pasienten kan si: "Hvorfor stoppet dere meg ikke, når jeg var sånn"? Vi hadde kanskje prøvd det, men nådde ikke helt frem.

Sykepleierne beskriver at i vanskelige skjermingssituasjoner bruker sykepleierne uttrykket å rullere. Å rullere betyr å ha korte perioder sammen med pasienten og belastningen beskrives slik: *Slitsomt, når du skal sitte rolig og bare grensesette. Tung skjerming* med rullering vekker ubehag i sykepleieren, fordi skjermingsformen innbyr til handlinger på tvers av idealet for relasjonens terapeutiske funksjon.

Sykepleierne påpeker betydningen av personlige egenskaper og kunnskaper i vanskelige situasjoner som kan avgjøre hvorvidt sykepleieren opplever maktesløshet. Uavhengig av pasientens tilstand, bidrar faglig trygghet til at sykepleieren tør å være i relasjonen og iverksette handlinger, Relasjonen har elementer av tillit, og Maren vektlegger tillit i relasjonen mellom henne og pasienten:

Pasienten veksler mellom å samarbeide godt til å bli svært paranoid. Pasienten opplever krigføring og overnaturlige ting som i stor grad påvirker pasienten. Det krever personale, som pasienten kjenner godt. Da kan du ha en ålreit allianse en kort stund, og plutselig er du KGB agent. Du ser det på pasientens blick, pasienten svetter og er angstpreget. Personalet må være trygge på pasienten, for pasienten kan være truende. Pasienten slår i vegger, skriker og er høylytt. Pasienten høres truende ut, pasienten er jo truende, men det er noe med å kjenne seg komfortabel med den rollen og gå inn og si: "hør her, nå går vi inn her så sitter du, nå skal vi sitte sammen med deg her. Du ser jo at pasienten får et annet drag over seg.

Maktesløsheten truer samarbeidet i fellesmiljøet og mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleieren mislykkes med omsorgen og dialogen med pasienten. En verbal konflikt med pasienten svekker tilliten og vil uroe de andre i fellesmiljøet. Sykepleieren vurderer at pasienten trenger roligere omgivelser. Skjerming kan være en måte å makte og å håndtere en vanskelig situasjon/relasjon med omsorg til tross for elementer av tvang og makt.

I dette kapitlet har jeg beskrevet ulike perspektiver som påvirker relasjonen mellom sykepleieren og pasienten i fellesmiljøet. Omsorgsperspektivet er synelig og ivaretas med en relasjonell tilnærming, men like mye vises tvang, makt, samarbeid og kontroll. Uforutsigbare situasjoner utfordrer samarbeidet og blir en emosjonell belastning for sykepleieren. Når relasjonen er skjør, der omsorgen avvises til tross for gode hensikter skjermes ofte pasienten. Dette skaper bånd mellom mange aktører i akuttpsykiatrisk avdeling. Ett sentralt bånd er sykepleierens relasjon til lovverket.

5.5 Loven viser vei og skaper legitimitet

Sykepleierne beskriver at lovverket står sentralt i akuttpsykiatrisk avdeling og pålegger og legger føringer for sykepleierens handlinger. De henviser ofte til det juridiske kriteriet for skjerming. *Hvis du har et skjermingsvedtak i bunnen så kan du på denne avdelingen spille på alt du har på utsiden av huset. En skjermet pasient i gamle dager, fikk overhodet ikke tilgang på miljøet.*

Tidligere i resultatdelen beskrives det at sykepleierne opplever ubehag ved å være i utrygge situasjoner i fellesmiljøet. Når sykepleieren beskriver at det er lovlig å skjerme pasienten, lettes noe av ubehaget i sykepleieren. Systemet har bestemt at dette kan gjøres.

Det er lovmessige regelstyrte begrensinger. Det ligger føringer for hva vi kan skjerme for eller i mot. Det jeg opplever er at vi går og vurderer hva lovhjemlinga sier i forhold til situasjoner vi er ukomfortable med. Det handler først og fremst om at vi er ukomfortable med en situasjon der en pasient ikke er skjermet.

Pasientens tilstand betyr at pasienten er i behov av en annen omsorg. *Vi ønsker ikke noe støy, vi blir for ettergivende og for snille. I den fasen pasienten var da, så vurderte jeg at pasienten hadde det best av å være for seg selv sammen med oss som fagpersoner.*

Sykepleiefaglige vurderinger av skjerming beskrives som en kontinuerlig prosess og skjermingen kan skje akutt. Erik sier det slik: *Det blir kontinuerlig vurdert både før, underveis og etter om det er nødvendig med skjerming. Ønsker vi å skjerme pasienten eller har vi lovhjemmel for det? Maren sier: Det er når grensen har gått for langt, og vi har jo anledning til å skjerme pasienten.*

Eller at pasienten observeres og vurderes i løpet av en vakt eller over flere dager. Akutte skjerminger besluttes og iverksettes av ansvarsvakten som deretter kontakter ansvarlige behandlere.

Vi har en pasient som blir gradvis dårligere, vi har gjort alle trekkene våre. Når vi eventuelt får en utagering, vil skjermingsvurderinga komme fort der og da. En annen pasient hvor det fluktuerer mer, bruker vi mer tid. Vi kan uten problemer, og det skjer ikke så rent sjelden, skjerme pasienten.

Faglig ansvarlig fatter juridiske vedtak om skjerming i forkant eller etterkant av skjermingen. Sykepleieren har anledning til å skjerme pasienten uten vedtak i 12 eller 24 timer uten juridisk vedtak. *Loven sier selvfølgelig at en lege må fatte vedtaket, men jeg opplever at vi er sterkt medvirkende i alle skjermingssituasjoner.* Sykepleierne er opptatt av dette ansvaret. *Pasienten skjermet vi på 24 timers reglen, inntil en doktor kunne fatte vedtak. Hensikten var for pasientens egen del, fordi pasienten var høyløyt.*

Ved *delvis skjerming* kan pasienten likevel ha et gyldig vedtak om skjerming opp til 14 dager. Pasienten prøves ut av skjermet enhet i en definert tidsperiode eller oppholder seg alene på rommet. Å avslutte skjerming eller delvis skjerming, skaper delvis uenighet mellom sykepleierne. De er usikre: *Om det var riktig å avslutte eller om vi må skjerpe inn igjen.* Skjermingens virkning på pasienten er vanskelig og vurdere. Det juridiske vedtak kan brukes som et middel for tilbakeholdelse av pasienten når pasienten blir dårligere av fellesmiljøets stimuli og skjermingen må gjeninnføres.

Sykepleierne beskriver at *alternativer til skjerming* via et juridisk vedtak kan betraktes som et middel til at sykepleierens omsorg gis andre muligheter. *Hvis pasienten vil gå tur, da går vi tur, i motsetning til i fellesmiljøet. Der må alt avklares med ansvarsvakten, og vi må kanskje vente en time før vi kan gå.*

Sykepleierne er opptatt av at skjerming skal være i henhold til lovverket. Ledelsen ved akuttpsykiatrisk avdeling må prioritere bruk av ansatte ved skjerming, fordi det alltid skal være personale tilstede når pasienten skjerms. Petter beskriver det slik:

Lovverket fungerer mer som en ryggdekning, en plattform for hva du har lov til å gjøre. Vi er veldig strenge med lovverket. Hver gang vi nekter en pasient noe, så skal det treffes et vedtak. Hvis en pasient på skjermet enhet, ikke får lov å gå ut i matsalen og spise middagen sin fordi han søler eller er til annen sjenanse for sine medpasienter, fattes det

vedtak på skjerming. Jeg er redd for en gråsome mentalitet, der vi ikke snakker om at pasienten nektes å komme ut og spise måltider. Det ønsker jeg ryddighet rundt.

Når den sykepleiefaglige begrunnelsen, etiske vurderinger og det juridiske kriteriet er sammenfallende skjermes pasienten. Det juridiske kriteriet kan dempe sykepleierens verdikonflikt. Skjerming beskrives som et alternativ til fellesmiljøet og til beste for pasienten.

Hadde det vært mulig og ha flere personale til den enkelte pasienten hele tiden, så er det et alternativ i seg selv. Det er allikevel ikke et realistisk alternativ fordi bemanningssituasjonen gjør at det ikke er mulig. Man snakker hele tida om å holde budsjetter.

5.6 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg presentert studiens resultater. Tolkingsrammen er terapeutiske relasjoner og relasjoner i nettverk. Å inndele resultatdelen i kapitler har bydd på utfordringer fordi underkapitler, utsagn og sitater har flere betydninger og står i relasjoner til hverandre. Med andre ord, sykepleieren står i mange kompliserte relasjoner i et nettverk mellom skjerming som metode, fellesmiljøet, pasienten, seg selv og sine verdier, holdninger og kunnskaper.

Resultatdelen viser at skjerming har flere former og hensikter. Fellesmiljøet kan være en problematisk arena å etablere terapeutiske relasjoner når relasjonen er skjør og motsetningsfull. En god relasjon til pasientene har en indre verdi og handler om omsorg. *Alternativer til skjerming* muliggjør relasjonen mellom sykepleieren og pasienten på en annen måte enn tradisjonell skjerming. Lovverket sammen med sykepleiefaglige og etiske vurderinger endrer omsorgen og gjør skjermingen legitim og demper ubehaget. Likevel beskrives skjerming som tvang. Å iverksette skjerming dreier seg altså om komplekse og sammensatte forhold mellom sykepleier og pasient, og omgivelsene i akuttpsykiatrisk avdeling. Dette leder denne studien over i diskusjonsdelen.

6 Diskusjon

I dette kapitlet diskuterer jeg studiens sentrale resultater i lys av teoretiske perspektiver og temaets forskningsstatus. Hensikten er å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål rundt sykepleierens erfaringer med skjerming som metode.

Diskusjonsdelen er tredelt. Første del dreier seg om skjerming som metode og hvordan skjerming har oppstått. Begrepet tvang og relasjonens mulighet er sentral og opptrer som *aktanter* i det Latour (1987) kaller en makrostruktur. Andre del omhandler fellesmiljøet i akuttpsykiatrisk avdeling. Fellesmiljøet er en strevsom arena for dannelse av relasjoner. Det skapes situasjoner som fremtvinger skjerming. *Hybrider* danner, i følge Latour (1987), en mikrostruktur og sentrale hybrider diskuteres. Tredje del diskuterer hvordan *tradisjonell skjerming*, slik Latour (1987) beskriver, *transleres* til *alternativer til skjerming*. *Alternativ til skjerming* blir en strategi, en måte å makte tvangsaspektet i relasjonen mellom sykepleieren, pasienten og omgivelsene. Psykisk helsevernloven er en sentral *ting* som belyses avslutningsvis i diskusjonsdelen (ibid).

6.1 Skjerming som metode - tvang og en relasjonell mulighet

Et sentralt resultat i denne studien er at sykepleierne erfarer at bruk av skjerming kan innebære bruk av *tvang* overfor pasienten. Samtidig erfarer sykepleierne at skjerming gir *relasjonen* mellom sykepleieren og pasienten andre *muligheter* og at skjerming kan være *omsorg*. Dette illustrerer en motsetningsfull skjermingspraksis mellom tvang og omsorg. Motsetningsforholdet i skjerming som metode kan forstås som en *utfordring*, og sykepleierne vektlegger hvordan de erfarer dette i et relasjonelt perspektiv. Sykepleierne beskriver en pleiekultur i *endring*. Endringsprosessen rommer et *før og nå perspektiv* og erfaringer med *tradisjonell skjerming* og *alternativer til skjerming*. All bruk av skjerming krever en *begrunnelse*. Studiens resultater tyder på at sykepleierens begrunnelser for skjerming knyttes til ulike forhold mellom sykepleieren, pasienten og omgivelsene. *Endringen* har en lokal og en global opprinnelse. Den oppstod hos de ansatte og i statlige instanser som fokuserer på redusert bruk av tvang i psykisk helsevern.

Da Latour utforsket Pasteurs bakterier, så han det i lys av nettverket Pasteur og Frankrike som samfunn. I følge Latour (1987), er natur, samfunn og kultur vevet sammen. På lignende måte kan skjerming studeres. Å diskutere skjerming kan ikke gjøres uten å se metoden i lys av tiden den oppstod i, strømninger i nåtiden som påvirker metoden og det som skjer i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten.

I det følgende diskuterer jeg opprinnelsen til skjerming i praksis og i sykepleiefaget, hvordan tvangsaspektet ved skjerming fikk fokus og deretter diskuteres skjerming som tvang og en relasjonell mulighet.

6.1.1 Blackboxing skjerming som metode – opprinnelsen, faget og tvang

Ved å bruke Latours (1999) begrep om *Blackbox* kan jeg se tilbake på opprinnelsen til skjerming som metode i praksis og i sykepleiefaget. På denne måten kan jeg forstå dynamikken i de erfaringer sykepleierne har i bruk av skjerming. *Blackboxing* skjerming som metode kan skape en forståelse av hvorfor skjerming oppleves som en motsetningsfull praksis (ibid).

En sykepleier referer til tiden før skjerming ble innført. Hun erfarte den gang at bruk av tvangsmedisinering med benzodiazepiner og fotfølging ble en relasjonell utfordring mellom henne og pasienten. Hun erfarer nå at dagens skjermingsmetode også utfordrer. Opprinnelsen til tradisjonell skjerming beskrives i Lorentzen et al (1984) som er en måte å ivareta pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling. Metoden innføres for å endre og humanisere datidens isolasjonspraksis. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten vektlegges. Tvangsaspektet i metoden belyses ikke, men metoden skaper diskusjoner mellom personalet (ibid). Hva diskusjonene bestod av vites ikke, men Lorentzen et al (1984), fremhever at skjerming av pasienten må støttes av ledelsen. Derfor kan metodens form være krevende. Akuttpsykiatriske avdelinger følger en global trend i faget. Kollektivistisk miljøterapi endres til medisiner, stabilisering og raske utskrivelser. Dette skaper distanserte relasjoner (Vaglum et al, 1984). Innenfor den medisinskpsykiatriske rammen ivaretar skjerming behovet for individuelle tilnærminger og nærere relasjoner. Hummelvoll (1998) og Strand (1990) beskriver skjerming som en spesialisert arbeidsform. Individuell tilnærming og å betrakte skjerming som en spesialisert arbeidsform, kan ha maskert at metoden inneholder et tvangsaspekt.

Lorentzen et al (1984), introduserer en praksis som i dag kalles *Ullevålstradisjonen*. Den tas opp i psykiatriske avdelinger og i sykepleiefaget. Skjerming som metode blir *tingen* som utvikles til en etablert sannhet (Terkelsen et al, 2005). Diskusjonene avtar, lukkes og blir en *Blackbox*, slik Latour (1999) hevder kan skje. På denne måten har skjerming som metode fått anledning til å *leve et uavhengig liv*. Skjerming skaper imidlertid ulike praksiser. I Norge er det avdekket geografiske og kulturelle ulikheter mellom akuttpsykiatriske avdelinger i bruk av skjerming som metode (Husum et al, 2010a; Ruud et al, 2006). Med Latours (1999) teori kan geografiske og kulturelle ulikheter forstås som ulike former for *blackboxes*, skapt fra en felles opprinnelse.

Tvangsbegrepet i skjerming inntok sykepleiefaget etter hvert. I følge den utvalgte sykepleielitteratur er skjerming omsorg. Skjerming er en egnet metode når pasienten *har mistet fotfeste i sin tilværelse* (Hummelvoll, 1998). Hummelvoll (1998) påpeker at når pasienten tvangsinnlegges må sykepleieren opptre støttende fordi tvangsinnleggelse karakteriserer som en *frihetsberøvende* handling overfor pasienten. Begrepet tvang knyttes til det formelle rundt tvangsinnleggelse, men skjerming anses ikke som tvang (Hummelvoll, 1998; Strand, 1990). Diskusjonene rundt skjerming som metode er få frem til 1988. Strand (1990) hevder imidlertid at skjerming kan ses på som en forlengelse av grensesettingsbegrepet i miljøterapien, fordi pasienten kan oppleve skjerming som en straff. Etter forslag og utredning om å innlemme skjerming i lovverket, øker interessen for skjerming (Norvoll, 2007). Begrepet tvang inntok diskusjonsarenaen i forskningsfeltet og i sykepleielitteraturen. Vaaler (2007) og Vatnes (2003) doktorgradsavhandlinger beskriver skjerming som tvang med etiske betenkeligheter. Hummelvoll (2003) poengterer at helsepersonell må erkjenne tvang som tvang og vite grunnene til at tvang benyttes.

På bakgrunn av øket fokus på tvangsbruk i psykiatrien, er det ikke uventet at sykepleierne i denne studien er opptatt av at skjerming rommer et tvangsaspekt. Diskusjonen rundt tvang har nådd denne praksisen, og studien viser at skjerming som metode engasjerer sykepleierne. De viser et reflektert forhold til bruken av skjerming og beskriver at metoden inneholder fordeler og ulemper. Ulempene er såpass betenkelige at *tradisjonell skjerming* søkes redusert. Når pasienten skjermes, foretrekkes *alternativer til skjerming*.

I det empiriske materiale fremheves relasjonens muligheter. Tvangsbegrepet er derimot både synlig og skjult i det empiriske materiale. Tvangsaspektet hos sykepleierne blir synlig når de

beskriver at sykehusets mål er redusert bruk av tvang, med fokus på skjerming. Sykepleierne beskriver skjerming med positive formuleringer når de sammenligner skjerming og bruk av tvangsmidler. Skjerming betegnes som mindre inngripende enn bruk av mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende medikamenter. Sykepleierne hevder at skjerming vil redusere bruk av tvangsmidler. Kapittel 5.3 viser at *tradisjonell skjerming* rommer det sykepleierne beskriver som korrigeringer og begrensninger. Jeg tolker beskrivelsene av korrigeringer og begrensninger dit hen at de skaper et ubehag i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Handlinger som rommer tvang er å lede pasienten fysisk inn på/eller tilbake til skjermingsrom/enhet, å frata pasienten personlige eiendeler, å redusere pasientens mulighet for medbestemmelse og redusert stimuli. Dette samsvarer med Lossius et al (2010b) sin studie. I min studie kommer tvangen til uttrykk i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, både ved gjennomføringen av skjerming og i tiden før skjerming. Sykepleierne erkjenner at skjerming kan innebære tvang, men er likevel nødvendig. Forskning viser at sykepleierne kan oppleve handlinger som medfører bruk av tvang som virksomme og terapeutiske selv om tilliten fra pasienten svekkes (Alty, 1997; Happel og Koehn, 2010; Holte 2003; Meehan et al, 2004; Norvoll, 2007; Wynaden et al, 2001; Wynn 2003). I denne studien fremkommer det at sykepleierne har, slik Hummelvoll (2003) påpeker, et bevisst forhold til hva som kan være tvang og hvorfor tvang brukes.

Studien viser at skjerming kan være en relasjonell mulighet fordi metoden muliggjør samvær med pasienten på en annen måte enn i fellesmiljøet. Samvær med pasienten er den essensielle forskjellen mellom skjerming generelt og fellesmiljøet. Når pasienten skjermes, kan det være på grunn av kompliserte forhold mellom sykepleieren og pasienten i fellesmiljøet. Skjerming kan også være et resultat av langvarige prosesser som starter før pasienten innlegges til avdelingen. Til tross for at *tradisjonell skjerming* beskrives som lite dynamisk, hevder sykepleierne at dette samværet er fordelaktig. I kapittel 5.3 viser jeg at skjerming og regelmessig samvær over tid kan styrke relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Resultatet kan være at rigide handlinger med korrigeringer og begrensninger kan ta andre former. Samvær med pasienten gir relasjonen dermed andre muligheter, men avhenger av hvilken skjermingsform pasienten trenger. Samvær med pasienten samsvarer med Peplaus betingelser for å etablere en terapeutisk relasjon (Peplau, 1988). Samværets betydning og skjermingens mulighet knytter dette avsnittet til flere sentrale resultater.

Tilbakeblikket i sykepleielitteraturen viser at det tok tid før tvangsaspektet i skjerming ble viet oppmerksomhet. Hummelvoll (1998, 2003), Lorentzen et al (1984) og Strand (1990) viser at relasjonens betydning er sentral i skjerming som metode. I følge Latour (1999), vil uferdige, *flytende entiteter* vise seg når en *blackbox* utforskes. Diskusjonen bringes videre ved å anvende Latours begrep *flytende entiteter*. *Fellesmiljøet, tradisjonell skjerming, alternativer til skjerming og lovverket* kan være slike uferdige entiteter. De diskuteres i to påfølgende kapitler.

For å forstå hvordan skjerming kan gi en relasjonell mulighet, ledes diskusjonen først til forhold ved fellesmiljøet.

6.2 Fellesmiljøet - relasjonens utfordring og skjermingens begrunnelse

I kapittel 5.1 viser jeg at sykepleierne vektlegger forhold ved fellesmiljøet når de beskriver sin relasjon til pasienten og begrunner bruken av skjerming som metode. Et sentralt resultat i denne studien er at det å arbeide som sykepleier i en akuttpsykiatrisk avdeling medfører emosjonelle belastninger. Grunnen kan være skjøre relasjoner mellom sykepleieren og pasienten, sykepleierens motsetningsfylte roller og ustabile omgivelser (jf kap.5.4.). I dette kapittelet diskuteres emosjonelle belastninger. Hvordan de oppstår og oppleves av sykepleieren. Først diskuteres skjøre relasjoner knyttet til samarbeid og sykepleierens behov for kontroll og sykepleierens motsetningsfulle roller. Deretter diskuteres omgivelsene, den eskalerende situasjonen og omgivelsenes forventninger. Til slutt diskuteres begrepet maktesløshet når samarbeidet ikke er mulig og kontrollen endres til sikkerhetstenkning.

6.2.1 Skjøre relasjoner, samarbeid og kontroll

I denne studien beskriver sykepleierne situasjoner som leder til skjerming av pasienten og gjennom dette forteller de om skjøre, kompliserte og sammensatte relasjoner. Strand (1990) viser hvordan relasjonen mellom sykepleieren og pasienten har betydning for den miljøterapeutiske behandlingen. Når sykepleierne beskriver at relasjonen mellom sykepleieren og pasienten preges av samarbeid, kan relasjonen være virksom og terapeutisk. Skjerming kan på denne måten forebygges. At sykepleierne bruker seg terapeutisk for å hjelpe pasienten er beskrevet som avgjørende av blant annet Peplau (1988). Forchuk et al (2000)

finner at sykepleierne beskriver relasjonen som ærlig og ukomplisert når pasienten samarbeider. For å oppnå en god relasjon og et godt samarbeid, bør derfor sykepleieren og pasienten klargjøre hverandres forventninger. Peplau (1988) beskriver at forventninger klargjøres i løpet av de første møter, i *orienteringsfasen*, og det vektlegger hun som essensielt for et samarbeid mellom sykepleieren og pasienten. Når relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er skjør og komplisert, er årsaken ofte uklare forventninger til hverandre.

Sykepleierne i min studie påpeker at når pasienten er psykotisk eller manisk påvirkes samarbeidet. Konsekvensen er at sykepleieren og pasienten oppfatter hverandre ulikt til ulike tider (jf 5.4.1). Forskjellige oppfatninger av hverandre og misforståelser kompliserer relasjonen og samarbeidet mellom sykepleieren og pasienten. Både Hem (2008) og Hummelvoll (1998) beskriver at psykose eller mani kan gi pasienten varierende kontaktevne, redusert evne til å oppfatte hva som skjer og til å verbalisere sine behov. Hem og Heggen (2004) og Gaillard et al (2009) beskriver hvordan mislykket samarbeid kan bero på misforståelser. Sykepleieren kan avvise pasienten fordi hun ikke oppnår kontakt i vanskelige og kompliserte relasjoner (Hem og Heggen, 2004). Pasienten kan være avvisende fordi han ikke inkluderes i samarbeidet rundt egen situasjon (Gaillard et al, 2009). Meehan et (2000) stadfester at pasientene ønsker å samtale om vanskelige situasjoner som medførte makt og tvang. En relasjon og et samarbeid mellom sykepleier og pasient skal ideelt baseres på tillit.

I skjøre relasjoner kan det være små marginer mellom tillit og mistillit. Tillit er et sentralt, omfattende og omdiskutert begrep i sykepleiefaget (Hem, 1999, 2008). Peplau (1988) anvender begrepet *å stole på* som kan forstås som tillit. En viktig forutsetning er at pasienten stoler på sykepleieren. Slik jeg forstår Peplau (1988), må sykepleieren vise pasienten at hun er tilliten verdig. Når dette ikke skjer og sykepleieren og pasienten ikke oppnår kontakt og samarbeid, kan dette bero på forhold ved relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleierne i min studie var vage med å beskrive hvordan skjøre relasjoner påvirket dem, bortsett fra sykepleier Maren (jf 5.4.1). Hun nølte, men beskrev emosjonelle belastninger ved å bli møtt med mistillit fra pasienten. Relasjonen var svekket og pasienten stolte ikke på henne. Hun vurderte situasjonen og lot være å korrigere pasienten. En korrigerende ville krenke pasienten og situasjonen kunne eskalere. Maren setter sine interesser til side, men opplever situasjonen som en krenkelse av egen integritet. En kollega derimot, betrakter avvisning i form av *verbale skyllbøtter* fra pasienten som en del av jobben. Hem og Heggen (2004) sier at tillit fra pasienten kan være noe sykepleieren må jobbe for, men for Maren var det umulig.

Mistilliten gjorde henne taus. Relasjoner preget av mistillit kompliserer samarbeidet mellom sykepleieren og pasienten. I denne studien beskriver sykepleierne at pasientens tilstand kan gjøre pasienten utilgjengelig for samarbeid. Sykepleieren oppnår ikke kontakt eller opplever at pasienten protesterer. Manglende kontakt og samarbeid medfører at sykepleieren må korrigere og begrense pasienten på en annen måte. Vatne og Hoem (2007) vektlegger et anerkjennende perspektiv i sykepleierens tilnærming til pasienten. I tilfellet med Maren unnlot hun å innta en korrigerende holdning. Situasjonen og relasjonen var så belastende at hun trakk seg tilbake og fant det umulig å bruke et anerkjennende perspektiv. Hem og Pettersen (2011) belyser gjennom sin forskning at skal pasienten hjelpes, kan det være hensiktsmessig at fokuset også rettes på sykepleierens situasjon i et sykepleier - pasient forhold. Sykepleieren må evne og å se seg selv i relasjonen og samspillet med pasienten. Mistillit og manglende samarbeid kan være årsaken til at sykepleieren endrer perspektivet fra samarbeid til kontroll.

Et sentralt funn i studien er sykepleierens motsetningsfulle roller i akuttpsykiatrisk avdeling. Dette setter sykepleieren i et dilemma mellom pasienten, lojalitet til kollegaer og avdelingens lover og regler. Når graden av samarbeid svekkes, kan sykepleieren få behov for å ha kontroll over situasjonen. Sykepleierne beskriver at enhver relasjon mellom sykepleieren og pasienten innebærer å ha kontroll, men graden av kontroll er varierende. Vatne og Fagermoen (2007) hevder at et manglende samarbeid mellom sykepleieren og pasienten, kan gjøre at sykepleieren inntar en korrigerende holdning, en vokter -og oppdragerrolle. Disse rollene kan knyttes til å ha kontroll over pasienten og omgivelsene. Landeweer et al (2010) vektlegger bruk av moraldialog, en type samtale, som har til hensikt å gi sykepleieren en annen form for kontroll. Ching et al (2010) og Lewis et al (2009) vektlegger samtalens betydning for å forbygge utagering og redusere bruk av tvang. Når samarbeidet blir vanskelig, blir kontrollaspektet tydeligere. Kommunikasjonen endres, og sykepleieren korrigerer og begrenser pasienten (jf. 5.3.1 og 5.3.2). Dette kontrollperspektivet gjenkjennes i internasjonale studier (Alty, 1997; Happell og Koehn, 2010; Moran, 2009). Sykepleierne i min studie beskriver at når pasienten protesterer og mangler det sykepleierne kaller innsikt i sin situasjon, vurderes det om pasienten er skjermingstrengende. Hensikten med skjerming er å forebygge at situasjonen eskaleres eller at roligere omgivelser og tettere oppfølging er viktig i den videre behandlingen. En måte å forstå hvorfor sykepleieren velger å skjerme pasienten, er at sykepleieren oppnår kontroll over en situasjon de beskriver som ukomfortabel, både for

sin egen, medpasienters og kollegaers del. Norvoll (2007) er derimot kritisk til at skjerming som metode brukes for å oppnå kontroll og mener psykiatrien på denne måten invaderer pasienten. Sett fra et pasientperspektiv og retten til medvirkning kan dette forstås. Sett fra et sykepleieperspektiv er ikke kontrollperspektivet bare negativt, fordi kontrollens form er av betydning i behandlingsøyemed og for å skape oversikt i posten. Vatne (2006) kritiserer behovet for kontroll i posten. Er kontrollen begrunnet i husregler og prosedyrer, skapes et ovenifra og nedad perspektiv. Pasienten må innordne seg regler som helsepersonellet har bestemt. Pasienten reduseres til en ting og kontrolleres av autoritære sykepleiere. Vatne (2006) betegner dette som en skjult form for tvang. Breeze og Repper (1998) antyder at kontrollaspektet tones ned når sykepleierne får anledning til å opptre respektfullt, bruke tid og sine ferdigheter, samtidig som pasienten gis muligheter for kontroll og valgmuligheter. Pasientenes sinne og motstand mot sykepleierne kan i slike tilfeller reduseres.

Diskusjonen viser at sykepleierens samarbeid med pasienten veksler mellom tillit og mistillit. Mistillit kan endre samarbeidet til kontroll for å gi sykepleieren oversikt over situasjonen og pasienten. Tid og samvær med pasienten er en annen måte sykepleierne kan skaffe seg kontroll. Skjerming muliggjør dette bedre enn i fellesmiljøet.

6.2.2 Ustabile omgivelser, eskalerende situasjoner og andres forventninger

Studien viser at skjøre relasjoner og ustabile omgivelser skaper et ubehag hos sykepleierne. Som beskrevet i underkapittel 5.4.2 og 5.4.3, er fellesmiljøet en komplisert arena for etablering av relasjoner. I underkapittel 5.4.4 beskrives uro forårsaket av travle ansatte. Dette påvirker strukturen og forutsigbarheten i miljøet og har innvirkning både på sykepleieren og pasienten. Sikkerhetstenkning handler om å skape trygghet for alle som oppholder seg i fellesmiljøet og knyttes til pasientens egenkontroll. Når relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er motsetningsfull kan situasjonen eskalere. Ukomfortable og eskalerende situasjoner oppstår når pasienten er agitert, hallusinert/forvirret eller motorisk urolig. I eskalerende situasjoner sier en sykepleier at de nærmest *leter* etter faglige begrunnelser for skjerming. Noen sykepleiere fokuserer på betydningen av å *stå i situasjonen* sammen med pasienten, holde ut og opprettholde verbal kontakt, selv om pasienten ikke gir kontakt og opptrer avvisende. Dette samsvarer med Peplau (1988) som påpeker betydningen av verbal kontakt og at sykepleieren er bevisst på at hennes rolle er langsiktig i relasjonen til pasienten.

Husum et al (2010 a) antyder at skal bruken av tvang reduseres, bør kunnskapsfokus rettes mot pasienter som er særdeles aggressive. Min studie viser at skal pasienten skjermes, må skjermingen ha en faglig begrunnelse. Noen begrunnelser og vurderinger krever hurtige handlinger, mens andre kan bruke tid. Som sykepleier i en akuttpsykiatrisk avdeling forventes det at sykepleieren til enhver tid kan handle ut fra hva situasjonen krever. Emosjonelle belastninger hos sykepleieren kan oppstå når begrunnelser for bruk av skjerming eller tvangsmidler hentes fra situasjoner som oppstår mellom sykepleieren og pasienten. Moran et al (2009) viser at raske handlinger kan skape tvil hos sykepleieren om hun handlet korrekt og det kan medføre emosjonelle belastninger. Dette samsvarer med Fingeld – Connett (2009) som finner at liten kjennskap til pasienten, utrygghet, sykepleierens begrensede erfaring med liknende situasjoner, manglende yrkeserfaring, holdninger og ustabile omgivelser generelt i akuttavdelinger, øker risikoen for at pasienten utagerer.

I min studie fremkommer det som essensielt å ha kjennskap til pasienten. Kjennskap opparbeides blant annet gjennom samvær med pasienten. Tidligere innleggelse kan ha betydning. En sykepleier beskriver at kjennskap til pasienten kan redusere bruken av skjerming. Når sykepleierne kjenner pasienten, endres relasjonen fordi sykepleieren bruker tidligere erfaringer til å gjenkjenne situasjoner. Dette gjør sykepleieren tryggere på seg selv og pasienten. Det oppstår en raushet i hva sykepleieren aksepterer fra pasienten. Sykepleierne uttrykker på denne måten respekt for pasienten, når han kan vise sin sykdom. Dette funnet avviker med nyere forskning. Husum et al (2010 a) finner ingen sammenheng mellom kjennskap til pasienten og reduksjon i bruken av tvang generelt. Kjennskap til pasienten øker sjansen for at tvang blir brukt nettopp på bakgrunn av tidligere erfaringer med pasienten (ibid). Resultater i min studie samsvarer imidlertid med Peplau (1988) som vektlegger sykepleierens bevissthet om egen angst og betydningen av å forstå pasienten i utrygge situasjoner. Denne bevisstheten og betydningen av å være genuint interessert i pasienten, skaper trygghet (ibid).

I min studie vektlegger sykepleierne å konferere med hverandre. De beskriver et flerprofesjonelt samarbeid i møte med kompliserte situasjoner. Det forventes både av systemet og andre ansatte, at sykepleieren har en handlingsberedskap til å håndtere skjøre relasjoner og eskalerende situasjoner. Sykepleierne rådfører seg ofte med den mest erfarne sykepleieren. En sykepleier poengterer at hun opplever presset fra kollegaer, når hun ikke korrigerer pasienten slik andre forventer. En annen sykepleier vektlegger betydningen av å

snakke med kollegaer etter eskalerende og truende situasjoner. Hun mener hun ikke ville holde ut i jobben uten slike samtaler. Muligheter for refleksjon ble ikke nevnt som et regelmessig tiltak. Akerjordet og Severinsson, (2007); Holte (2003) og Landeweer et al (2010) påpeker betydningen av refleksjon i krevende pasientrelasjoner. Refleksjon bør prioriteres og brukes systematisk i veiledning og kan være en vei til endring av en praksis eller en holdning (ibid). Systematisk veiledning og flerprofesjonelt samarbeid betegnes som vesentlig hvis praksiser og ansattes holdninger skal endres (Norvoll et al, 2008). Imidlertid finnes det få effektstudier som beviser dette (Husum et al, 2010 a).

Sykepleierne i min studie beskriver det jeg tolker som et personlig engasjement for temaet skjerming. Engasjementet skyldes blant annet kollegaer som karakteriseres som *ildsjeler*. De er viktige talsmenn i arbeidet med å endre skjermingspraksisen. Nyere forskning viser at en engasjert ledelse, felles mål, struktur og ansattes holdninger til pasienter har betydning når tvang skal reduseres (Bowers et al, 2010, Husum et al, 2010b). Visalli og Nasser (2000) påpeker at sentrale grupper innen miljøterapeutisk arbeid som utøver tvang bør påvirkes gjennom økte kunnskaper. Økte kunnskaper kan skape en holdningsendring som reduserer bruken av tvang (ibid). *Ildsjelene* i denne studien jobber for å endre en omdiskutert skjermingspraksis og å skaffe nye *tilhengere*, slik Latour (1987) beskriver det. Måten de skaffer *tilhengere* på kan påvirke utfallet av hvordan en ny praksis oppstår (ibid). Kulturen i en avdeling kan stå sterkere enn individuelle oppfattelser. Dette har betydning når praksiser skal endres (Husum et al, 2010b). Så lang viser diskusjonen at fellesmiljøet preges av skjøre relasjoner, motsetningsfylte roller og ustabile omgivelser. Dette påvirker relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Samarbeid og kontroll påvirkes av pasientens tilstand og forventninger fra kollegaer.

6.2.3 Distanserte relasjoner - avvisning og maktesløshet

Tidligere i dette kapittelet har jeg diskutert emosjonelle belastninger i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten når de oppholder seg i fellesmiljøet. Ved å ha et utenfra og inn perspektiv slik Latour (1987) tar til orde for, kan emosjonelle belastninger romme noe mer enn det den ovenstående diskusjonen i underkapittel 6.2.1 og 6.2.2. Dette er essensielt å avdekke når en *blackbox* studeres (ibid). Studien viser at emosjonelle belastninger gjør at sykepleieren distanserer seg i relasjonen til pasienten. Jeg velger å diskutere distanserte relasjoner i lys av begrepene avvisning og maktesløshet.

I punkt 5.4.5 beskriver sykepleierne at *tradisjonell skjerming* oppleves så krevende og belastende at sykepleierne noen ganger velger å *rullere*. Rullering betyr at flere sykepleiere jevnlig avløser hverandre inne på skjermet enhet/rommet. Dette blir motsetningsfullt når sykepleierne påpeker at relasjonen får en annen mulighet når pasienten skjermes. På denne måten blir relasjonens betydning redusert og distansert. Med andre ord kan sykepleieren på denne måten avvise pasienten. Peplau (1988) påpeker betydningen av sykepleierens regelmessighet og kontinuitet i en terapeutisk relasjon. Hem og Heggen (2004) tar til orde for at sykepleierens avvisning av pasienten er et oversett fenomen i psykiatrisk sykepleie. Å rullere kan være befriende og gi sykepleieren en pause når sykepleieren strever med å leve opp til idealer ved sykepleieutøvelsen i en krevende og sammensatt relasjon (ibid).

En sykepleier beskriver hvordan andre arbeidsoppgaver i fellesmiljøet tar tid og oppmerksomhet. Mangel på tid gjør relasjonen til pasienten distansert. Dette kan medføre at hun ubevisst avviser pasienten (jf 5.4.2). Sykepleieren kan oppleve et dilemma mellom å prioritere arbeidsoppgaver det forventes at hun utfører og bruk av tid og samvær med pasienten. Dette samsvarer med Hem og Heggen (2003, 2004) som finner at forhold i omgivelsene kan bidra til at sykepleieren er nødt til å avvise pasienten. Sykepleieren kan også være i et dilemma mellom å være fagmenneske og medmenneske og at hun derfor ubevisst distanserer seg fra pasienten (ibid). Å *rullere* og *andre arbeidsoppgaver* er former for distanse og kan være et uttrykk for maktesløshet (Juritzen og Heggen, 2006).

I underkapittel 5.4.5 beskrives det at distanserte relasjoner kan være et uttrykk for maktesløshet hos sykepleieren. Når pasienten avviser sykepleieren, kan det være på grunn av pasientens mistillit til systemet og pasienten opplever innleggelsen som en krenkelse og maktutøving. Dette kan bidra til at sykepleieren opplever maktesløshet og distanserer seg. En distansert relasjon kan også oppstå fordi sykepleieren møter pasienten med mistillit. Hennes erfaring er at skjøre relasjoner kan medføre at hun handler raskt for å unngå at pasienten utagerer fysisk. Usikkerheten og ubehaget gjør at hun distanserer seg.

Diskusjonen ovenfor har omhandlet sykepleierens maktesløshet som kan oppstå fordi sykepleieren og pasienten avviser hverandre. Sykepleieren mangler tid og distanserer seg i relasjonen til pasienten. Sykepleieren er en representant for et system og en profesjonell yrkesutøver med et sett av fag og yrkesverdier. Alty (1997) finner at systemets føringer kan påvirke sykepleierens handlinger mer enn fag og yrkesverdier. Juritzen og Heggen (2006) tar

et oppgjør med begrepet maktesløshet slik det presenteres i offentlige utredninger og utvalgt forskning. Maktesløshet kan være et resultat av at sykepleieren opplever en *ovenfrastyring*. Profesjonskamper og økonomiske, juridiske og politiske strukturer fører til neglisjering av prosessen mellom sykepleieren og pasienten (ibid). Peplau (1988) advarte mot dette i sykepleiefaget så tidlig som i 1960 årene, men hennes forskning vektlegger likevel pasientens maktesløshet (ibid). Min studie viser at sykepleieren balanserer mellom valg i maktfulle praksiser. Valgene står mellom skjerming og tvangsmidler, tilrettelegging av terapeutiske miljøer og individuell tilnærming til pasienten. Dette samsvarer med Skorpen og Øye (2008). Valgmulighetene gjør sykepleierens hverdag kompleks og sammensatt, preget av motsetningsfylte roller og forventninger. Sykepleierens selvkritikk reduseres fordi strevsomme relasjoner kan føre til taushet. Sykepleieren kan bli opptatt å rette kritikken ut mot omgivelsene (Juritzen, 2001).

Kjernen i dette kapitlet er at sykepleierne henter begrunnelser for skjerming i pasientens tilstand, og på bakgrunn av hvordan relasjonen mellom sykepleieren og pasienten forløper. Når relasjonen i realiteten preges av gjensidig mistillit, blir den kompleks og strevsom for sykepleieren. Mistilliten forsterkes og gir en gjensidig avvisningssituasjon mellom sykepleieren og pasienten. Når samarbeidet havarerer og mistilliten øker, endres sykepleierens roller til pasienten og omgivelsene.

Neste kapittel dreier seg om forholdet mellom *tradisjonell* og *alternativ skjerming*.

6.3 Endringen fra tradisjonell skjerming til alternativer til skjerming

Et sentralt resultat i studien er beskrivelsene av endringen i bruk av tradisjonelle skjermingsmetoder til *alternativer til skjerming*. Skjermingsmetodene befinner seg innenfor den mest omfattende formen for skjerming på eget rom/enhet. I følge Psykisk helsevernloven (1999) skal pasienten ha skjermingsvedtak og sykepleieren er kontinuerlig tilstede.

Diskusjonen i kapittel 6.1 dreide seg om at skjerming generelt er en måte å ivareta en gruppe pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling. Begrepet *translasjon* kan forstås som at *tradisjonell skjerming* er omformet til noe nytt, *alternativer til skjerming* (Latour, 1987). Med Latour (1987) kan jeg si at skjerming som metode metoden er translert. I dette kapitlet diskuteres *tradisjonell skjerming* og *alternativ til skjerming* hver for seg for å belyse translasjonen.

6.3.1 Alternativer til skjerming - en kompensasjon for å makte kompliserte relasjoner og omgivelser

I mitt materiale blir Latours (1987) begrep translasjon synlig når en sykepleier uttaler at *alternativer til skjerming* er en kompensasjon for etiske dilemmaer som oppstår i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. *Tradisjonell skjerming* bidrar til at sykepleieren håndhever pasientrestriksjoner på en rigid måte som begrenser pasientens bevegelsesfrihet og pasientens råderett over seg selv. Med *alternativer til skjerming* kan ubehaget ved skjermingen oppveies ved å gjennomføre skjermingen fleksibelt. Fleksibilitet gir sykepleieren mulighet til å skape mening i relasjonen mellom seg og pasienten. Dette kan ses som en måte å makte utfordringene i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten (Juritzen og Heggen, 2006).

Denne studien viser hvordan relasjonens mulighet i *alternativer til skjerming*, kan være det Juritzen og Heggen (2006) kaller omsorgsmakt. Omsorgsmakt illustreres når sykepleierne tilstreber å gi pasienten medbestemmelse. Aktiviteter utføres sammen i strukturerte former. Ved å la pasienten komme til orde i et tilrettelagt miljø, påvirkes relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Å respektere pasientens rett til medbestemmelse bidrar til at både sykepleierens og pasientens egenverd styrkes. Relasjonen gis andre muligheter, men rommer både omsorg og makt. I kapittel 6.2.3 har jeg diskutert maktesløshet der sykepleierne strever med å ivareta verdier og idealer i et moderne effektivt helsevesen. Etableringen av *alternativer til skjerming* viser at maktesløsheten ikke har tatt overhånd. De ønsker en endring, tar samfunnets og pasientenes kritikk på alvor, og jobber mot en alternativ måte å gjennomføre skjerming på. *Alternativer til skjerming* bidrar til at sykepleieren kan makte hverdagen i en akuttpsykiatrisk avdeling.

6.3.2 Fra manglende samarbeid og økt kontroll til tradisjonell skjerming

Sykepleierne i denne studien anser *tradisjonell skjerming* som en krevende metode. Lorentzen et al (1984) beskriver det samme. I kapittel 6.2 har jeg diskutert hvordan pasientens tilstand kan bidra til et sviktende samarbeid mellom sykepleieren og pasienten i fellesmiljøet. Sykepleieren øker dermed sin kontroll over pasienten og omgivelsene. Når sykepleierens oppgave er å skjerme pasienten, fritas hun for andre oppgaver og ansvar i fellesmiljøet. Skjerming frigjør dermed tid til relasjoner. Muligheten for bruk av tid er lik i begge metoder, men hva tiden benyttes til kan avhenge av sykepleierens holdninger og kunnskaper,

pasientens tilstand og omgivelsenes forventninger. Kan sykepleieren tilby pasienten aktiviteter, beskrives dette som en ideell men fortsatt krevende situasjon.

I kapittel 5.4 og 6.2 beskrives og diskuteres valg av skjermingsmetoder som baseres på sykepleierens behov for kontroll og å ha et samarbeid med pasienten. Før skjerming vektlegger sykepleieren ulike forebyggende strategier. Dette beskrives som frivillig skjerming på rommet, delvis skjerming, tettere oppfølging, avledende aktiviteter og bruk av uteområdet. I denne frivillige fasen er sykepleieren tilgjengelig for pasienten. Frivillig skjerming som begrep kan likevel preges av uklare grenser mellom frivillighet og tvang. En av konklusjonene hos Norvoll (2007) er at det bør jobbes for å skape trygge miljøer med minst mulig bruk av tvang og makt. Likevel viser en norsk studie at noen pasienter trenger rolige og lukkede omgivelser og at fysiske utageringer på den måten reduseres (Vaaler, 2007). Skjermingsform og innhold avgjøres altså på bakgrunn av pasientens tilstand og pasientens evne til et samarbeid.

Skjerming som metode generelt (jf 5.2.1) har ulike former og sykepleierne tolkes til å være drevne i å vurdere egnet skjermingsform. I motsetning til Forchuk et al (2000) som anerkjenner at noen relasjoner forblir kompliserte, antyder sykepleierne i denne studien at samarbeidet og relasjonen styrkes når pasienten skjermes. Sykepleierne i min studie bruker den terapeutiske relasjon til å forstå hvorfor pasienten er urolig, agitert, manisk eller psykotisk. Peplau (1988) beskriver at sykepleierne må forstå pasientens angst og bruke den produktivt fordi pasienten kommuniserer gjennom angst, ensomhet og hallusinasjoner. Fingeld – Connett (2009) beskriver sammenfallende forhold på bakgrunn av en meta-analyse av 15 vitenskaplige artikler. Min studie viser at bruk av tid og samvær med pasienten under skjerming gir relasjonen andre kår når samarbeidet i fellesmiljøet mislykkes.

Imidlertid uttrykker sykepleierne at *tradisjonell skjerming* skaper et ubehag i sykepleieren til tross for at hun får anledning til å være sammen med pasienten. De skjøre relasjonene finnes også under skjerming. Ubehaget kan komme av at noen sykepleiere påpeker at skjerming ikke er frivillig fra pasientens side (jf. kap.6.1), eller at *tradisjonell skjerming* preges av oppfattelsen av at pasienten skal ha ro og redusert stimuli. Skjerming med ro og begrenset stimuli samsvarer med Psykisk helsevernloven (1999) og Lorentzen et al (1984). Sykepleierne påpeker imidlertid at relasjonen blir passiv og problematisk under disse betingelsene. Det problematiske er at tiden brukes til å korrigere pasientens ønsker eller uro.

6.3.3 Skjermings ulike hensikter mellom omsorg og tvang

Studien viser at begrunnelsen for skjerming ligger i pasientens tilstand. Pasientens tilstand avgjør også hvilken hensikt skjermingen vil ha. Sykepleierne beskriver at skjerming styrker relasjonen til pasienten, men skjerming kan også være en behandlingsmetode som endrer eller bedrer pasientens tilstand av mani eller psykose. Imidlertid viser forskning at effekten av skjerming/*seclusion* er vanskelig å vurdere. Det mangler randomiserte kontrollerte studier, som kan antyde at skjerming har effekt på den måten sykepleierne i min studie illustrerer (Sailas og Fenton, 2000). Husum et al (2010b) sin studie betrakter ikke tvang som behandling og erfarent personale mener tvang kan være skadelig og krenkende. Personalet med videreutdanning taler for at tvangsbruk bør reduseres, spesielt hvis tvangen utøves over tid (ibid). Hummelvoll (1998) og Strand (1990) fremhever at skjerming er behandling, spesielt ved manier og psykoser.

Diskusjonen i kapittel 6.2 belyser sykepleierens intensjon om et samarbeid med pasienten. Når samarbeidet mislykkes har sykepleieren i tillegg et forebyggende perspektiv i sine beskrivelser. Denne studien belyser at skjerming har et forebyggende og sikkerhetsmessig perspektiv. Sykepleierne foretrekker å skjerme pasienten fremfor å la situasjonen eskalere ytterligere slik at tvangsmidler må benyttes. Sykepleierne knytter begrepet forebygging til å stabilisere og hindre forverring av pasientens tilstand. Det forebyggende perspektiv står sentralt i studier om å redusere *seclusion* (Alty, 1997; Happell, 2010; Norvoll et al, 2008). Happel og Koehn (2010) påpeker at sykepleierne ofte mangler forebyggende strategier når situasjonen eskaleres og samarbeidet til pasienten utfordres.

Når pasienten er til fare for seg selv eller andre, beskriver sykepleieren at skjerming inneholder et sikkerhetsaspekt. Fellesmiljøet har gjenstander eller et miljø pasienten bør beskyttes mot. Husum et al (2010 b) finner at når tvang utøves av sikkerhetsmessige grunner, karakteriserer personalet dette som omsorg. Når sikkerhet karakteriseres som omsorg, kan tvangsaspektet kamufleres (ibid).

I underkapittel 5.2.1 beskriver sykepleierne at skjerming har et organisatorisk perspektiv og skjermingsrommet/enheten benyttes til å observere og vurdere pasienten. Denne tilretteleggingen kritiserer Bjørkly (1995) og hevder at skjermings behandelende hensikt da overses. Husum et al (2010b) finner at tvang ikke er behandling. Sykepleierne i min studie beskriver at skjerming sikrer regelmessighet og kontinuitet og noen mener at skjerming er en

form for behandling. Alle former for skjerming kan likevel bety at sykepleieren observerer og vurderer pasienten fordi det er en sentral funksjon i sykepleieutøvelsen (Hummelvoll, 1998). Studier viser at akuttpsykiatrisk avdeling skaper distanserte relasjoner mellom sykepleieren og pasienten (Hem, 2008, Skorpen og Øye, 2008). Etter min vurdering må sykepleierne oppleve et dilemma når skjerming betraktes som kontroll og tvang og at skjerming bedrer muligheten til å observere og vurdere pasienten. Sykepleierne benytter også skjerming i et medisinskpsykiatrisk perspektiv fordi det forventes at sykepleieren kan vurdere en pasients helsetilstand (Hummelvoll og Granerud, 2010). Relasjonens terapeutiske mulighet er verktøyet som danner grunnlaget for observasjoner og vurderinger rundt pasientens tilstand (Peplau, 1998).

Skjerming endrer omgivelsene og relasjonen gis andre muligheter, men diskusjonen viser at kompliserte og sammensatte relasjoner fortsetter når pasienten skjermes. Oppfattelser av hensikten med skjerming er derimot varierende både i dette empiriske materiale fordi skjerming kan ha ulike hensikter basert på pasientens tilstand. I det følgende diskuterer jeg det Latour (1987) kaller *hybrider*, gjensidighet, medbestemmelse, stimuli og aktiviteter slik jeg har beskrevet dem i pkt. 4.5.3. og kapittel 5.3. Den følgende diskusjonen kan vise hvorfor sykepleierne vektlegger *alternativer til skjerming* som en mer hensiktsmessig tilnærming

6.3.4 Fra ensidighet til gjensidighet og medbestemmelse

Gjensidighet er et komplekst begrep i sykepleiefaget fordi relasjonene er asymmetriske (Hem, 2008). Når sykepleieren vektlegger *alternativer til skjerming* på grunn av relasjonens mulighet og målet om redusert bruk av tvang, kan det være hensiktsmessig å diskutere gjensidighet i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Gjensidighet beskrives ikke eksplisitt i Peplaus teori, men hun poengterer at relasjonen mellom sykepleieren og pasienten kan være preget av ulike forventninger til hverandre (Forchuk, 1993). Sykepleieren og pasienten skal begge reflektere over relasjonen de har. Sykepleieren er likevel den som skal hjelpe pasienten i *å se seg selv*, sine tidligere og nye valgsituasjoner (Peplau, 1988). Dermed antyder Peplau implisitt at relasjonen kan være en asymmetrisk relasjon. På den annen side beskriver Peplau (1988) at en terapeutisk relasjon karakteriseres av gjensidig anerkjennelse av hverandre (ibid). Slik jeg forstår Peplau, kan en terapeutisk relasjon være en form for gjensidighet fordi begges interesser balanseres og avstemmes. Peplau (1988) vektlegger spesielt at sykepleierens *intrapersonlige* forhold kan ha betydning for relasjonens kvalitet.

Gjensidighet er et sentralt begrep i *Moden omsorg*. Sykepleierens interesse og engasjement for pasienten kan ha betydning for resultatet av sykepleier – pasient relasjonen. I tillegg bør sykepleieren se og forstå sin rolle i relasjonen til pasienten (Hem og Pettersen, 2011). I likhet med Peplau (1988) er fokus interaksjon og dialog mellom sykepleieren og pasienten, men Hem og Pettersen (ibid) poengterer at det foregår en balansering av hverandres interesser. *Alternativer til skjerming* forstår jeg som en balansering, fordi metoden har til hensikt å imøtekomme pasientens rett til medbestemmelse og skjermingsformen letter noe ubehagelig i sykepleieren. På denne måte ivaretas sykepleierens interesser slik at hun bedre kan møte og forstå pasienten og oppleve en form for gjensidighet.

Denne studien viser at pasientens medbestemmelse kan bidra til å styrke gjensidigheten mellom sykepleieren og pasienten. Medbestemmelse er et sterkt argument når sykepleierne beskriver *alternativ til skjerming*. Medbestemmelse er en pasientrettighet og aktuelt når skjerming diskuteres (Bjerkan et al, 2009; Gamme, 2009; Lov om pasientrettigheter, 1999). Når pasienten er skjermet, opplever sykepleierne det mindre problematisk å gjennomføre samtaler. Maniske og psykotiske pasienter kan dermed få mulighet til medbestemmelse som tilpasses pasientens tilstand, men innenfor en ramme av muligheter. Dette samsvarer med Berg et al (2001) som finner at sykepleieren er plassert i et dilemma mellom pasientens rett til medvirkning og pasientens kapasitet til å velge. Sykepleierne i min studie lar pasienten rase ut og unngår å korrigere og begrense pasienten. På denne måten unngås krenkende utsagn og handlinger fra sykepleierens side. Uavhengig av pasientens tilstand lytter sykepleierne til pasienten. Å lytte til pasienten er i følge Peplau (1988) en forutsetning for å oppnå kontakt og skape trygghet slik at pasienten stoler på sykepleieren. Min studie viser at sykepleierne ivaretar pasientens medbestemmelse innenfor en ramme, basert på pasientens tilstand. På denne måten viser de pasienten respekt.

Sykepleierne beskriver at et avklart behandlingsopplegg kan være rigid og hindre sykepleieren i å bruke faglig skjønn. Sykepleierne beskriver at pasienten kan presse på i sine ønsker og behov. Når pasientens ønsker går ut over behandlingsopplegget og det avvises, beskriver sykepleierne at pasienten får mistillit til sykepleieren. Noen velger å gi etter for pasientens press fordi de ikke ønsker støy eller eskalerende situasjoner. Eller at pasientens ønsker innfris basert på en situasjonsbasert vurdering. Dette kan forstås på flere måter. Peplau (1988) tar til orde for at pasienten må lære seg å utsette behov. Dette bør imidlertid være en del av pasientens vei videre (ibid). Å la pasienten fritt bestemme, uten å diskutere alternativer

med pasienten, kan i følge Vatne og Fagermoen (2007) være en misforstått forståelse av brukermedvirkning. Holte (2003) beskriver at relasjonen kan få en vennskapelig form der pasienten selv må finne veien (ibid). Kontio et al, (2010) og Moran et al (2009) finner at aktivt bruk av samtaler og behandlingsplaner sammen med pasienten er en måte å sikre pasientens medbestemmelse. Norvoll (2007) og Meehan et al (2000) finner likevel at pasientene generelt har liten innflytelse på sin situasjon og pasientene opplever tvang og makt som kan skape konflikter mellom sykepleieren og pasienten. Min studie viser at *alternativer til skjerming* bidrar til medbestemmelse i akuttpsykiatrisk avdeling, men medbestemmelse kan være en utfordring. Sykepleiernes bevissthet rundt medbestemmelse styrker relasjonen til pasientene og kan bidra til gjensidighet i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten.

6.3.5 Begrepet stimuli - fra rigiditet til aktiviteter og dynamikk

Slik jeg forstår de intervjuede sykepleiernes erfaring av stimulibegrepet, utgjør bruken av stimuli hovedforskjellen mellom *tradisjonell skjerming* og *alternativer til skjerming*. I motsetning til *tradisjonell skjerming*, medfører *alternativer til skjerming* aktiv bruk av stimuli i form av aktiviteter. Lorentzen et al (1984) beskriver at pasienten kan utføre tilrettelagte og individuelle aktiviteter sammen med sykepleieren. Samtidig beskriver de at pasienten kan trenge reduksjon av stimuli (ibid). Sykepleierne i min studie beskriver at pasienter som behøver redusert stimuli er psykotiske, maniske eller aggressive. Dette samsvarer med Moran, et al (2009) som har utforsket bruken av seclusion sammenlignet med demografiske data hos pasienten. Fellesmiljøets stimuli er ofte en begrunnelse for skjerming. Når pasienten skjermes og roer seg, tilbys pasienten igjen aktiviteter/stimuli. På denne måten utvises fleksibilitet i bruken av stimuli. Flexibiliteten kan imidlertid gjøre det vanskelig å definere hvilken skjermingsform pasienten har. Vaaler et al (2005) finner at bruken av stimuli ikke har betydning. St. Olavs hospital, avdeling Østmarka bruker små enheter (PICU) systematisk i behandling av skjermingstrengende pasienter. Enheten er innredet som en leilighet med personale til stede. Happell og Koehn (2010) finner at bruk av stimuli skaper diskusjoner mellom ansatte og at holdningen til stimuli er vanskelig å endre. Larue et al (2010), bruker *low stimulus area*. Ching et al (2010), Kontio et al, (2010), Taxis, (2002) og Taylor og Parks, (2009) viser at planlagte aktiviteter for å redusere tvangsbruk foregår i akuttavdelingens fellesarealer. *Seclusion* slik den gjennomføres internasjonalt er en metode som i utgangspunktet reduserer stimuli (ibid). I Norge er hensikten med redusert stimuli å skape ro i

fellsmiljøet ved at pasienten gjenvinner kontroll. Skjerming brukes ofte for å oppnå dette (Hummelvoll, 1998).

Alternativer til skjerming slik det fremstilles i min studie, benytter både fellesmiljøet og skjermingsrommet/enheten. Aktiviteter er sentrale virkemidler. Sykepleierne beskriver hvordan *alternativer til skjerming* arter seg annerledes når pasienten er skjermet med vedtak. Slik *alternativ til skjerming* fremstilles kan metoden bli uklar fordi sykepleieren kan starte med tradisjonell skjerming som endres til *alternativer til skjerming* og vice versa. Studien viser at skjerming kan bedre relasjonen mellom sykepleieren og pasienten og dermed redusere tvangsaspektet i skjermingsmetoden.

6.3.6 Skjerming og lovverket – tingenes betydning

Det siste sentrale funnet som diskuteres er sykepleiernes forhold til lovverket som hentes fra kapittel 5.5. Sykepleierne erfarer at lovverket legitimerer bruk av skjerming som letter ubehaget i sykepleieren. Når faglige begrunnelser og etiske avveininger sammenfaller med det juridiske kriteriet, kan pasienten skjermes. Den ovenstående diskusjon viser at sykepleierne har både gode og dårlige skjermingserfaringer. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er sentral når de beskriver behovet for å endre *tradisjonell skjerming*. I siste del av diskusjonen ønsker jeg å belyse hvordan det juridiske kriteriet kan påvirke en praksis, sykepleiernes arbeid og relasjonen de har til pasientene.

Denne studien viser at sykepleierne forholder seg til føringer i Psykisk helsevernloven (1999). Sykepleierne er opptatt av at faglige begrunnelser for skjerming må hjemles i loven, skal skjerming iverksettes. I følge Latour (1987) kan loven være en aktant. Når en aktant blir sentral og anerkjennes av flere parter i et nettverk, blir aktanten en *ting*. Slik jeg forstår Latour (1996) blir loven tingen som legger føringer for hvilke tiltak sykepleierne kan iverksette. Lovens legitimitet letter noe av ubehaget i sykepleieren når skjerming iverksettes.

Husum et al (2010b) stadfester at data på tvangsbruk i Norge viser mangelfull rapportering ut fra sykehusene. Det har derfor vært problematisk å trekke ut tilstrekkelig informasjon til å evaluere tvangsbruken i Norge (ibid). Dette kan skape vansker for arbeidet med reduksjon av tvangsbruken. Videre kan det skapes et misvisende bilde av praksiser som jobber aktivt med å redusere bruken av tvang (ibid).

Sykepleierne i denne studien beskriver nyanser i bruken av lovverket. Ut fra sykepleiefagets ideal, skulle ikke pasientens behov for trygghet og forutsigbarhet legitimere et skjermingsbehov. Norvoll (2007) beskriver i sin avhandling at både personalet og pasienten opplever skjerming belastende. Imidlertid viser min studie at relasjonsarbeid i akuttpsykiatrisk avdeling generelt er krevende og setter sykepleieren i dilemma mellom seg og pasienten, andre arbeidsoppgaver og andres forventninger. Det samsvarer med tidligere studier (Hem, 1999, 2008). Peplau (1994, 1997) beskriver at relasjonens betydning i sykepleiefaget utfordres i et effektivt moderne helsevesen. I skjermingsforskriften står det at sykepleieren fortrinnsvis oppholder seg sammen med pasienten når pasienten skjermes. Skjermingsvedtaket kan derfor legitimere at sykepleieren får anledning og tid til samvær med pasienten i rolige og trygge omgivelser. Det juridiske vedtaket kan være en måte å omgå et ressursproblem og blir et argument når budsjetter overskrides. Diskusjonen i kapittel 6.1 viser at relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er komplisert. Pasientens samarbeidsevne kan være redusert, og omsorgen rommer et tvangsaspekt. Derfor er sykepleierne opptatt av at det er et begrunnet og gyldig skjermingsvedtak og en ryggdekning når tvangstiltak gjennomføres. Selv om pasienten skjermes i lovens forstand, avviker praktisering av *alternativer skjerming* fra innholdet i skjermingsforskriften. Årsaken kan være at skjermingsforskriften er uklar i sine føringer og gir rom for tolkninger (Forskrift om skjerming, 2006). Skjermingsforskriften (2006) er derimot klar på at skjerming ikke kan anvendes for å løse personellmangel. Taxis (2002) advarer mot å endre bruken av juridiske føringer, retningslinjer eller innarbeidede praksiser fordi det kan øke annen tvangsbruk. Dette var også et argument da skjerming ble innlemmet i lovverket (Norvoll, 2007). Pasienten kan skjermes uten vedtak i 12 eller 24 timer (Psykisk helsevernloven, 1999). Dette kan være for å ivareta muligheten for å bruke skjerming forebyggende i akutte situasjoner og i tillegg ivareta en etablert praksis (Norvoll, 2007).

Imidlertid registreres skjermingsvedtaket. Vedtaket følger *pasienten*, uavhengig av skjermingsform, gjennom innleggelsen og ved senere innleggelser. *Alternativer til skjerming* registreres som tvangsbruk på samme måte som *tradisjonell skjerming*. På denne måten kamoufleres de gode hensikter i *alternativer til skjerming*. Skjermingsvedtaket skiller ikke på skjermingsform i statistisk sammenheng. Tonje L. Husum uttaler i et intervju, at hennes forskning viser unødvendig tvangsbruk og at bruken av skjerming øker i Norge (Vogt, 2011). En årsak kan være at skjerming brukes forebyggende og skjerming er ikke, slik

begrunnelsen for *seclusion* beskrives, en siste utvei i en rekke tiltak (Hummelvoll, 1998; Kontio et al, 2010; Strand, 1990).

Hvordan kan sykepleiernes positive erfaringer med alternativer til skjerming synliggjøres når den kamufleres av et formelt skjermingsvedtak? Min studie gjenspeiler i liten grad hvorvidt *alternativer til skjerming* er en del av et systematisk fagutviklingsprosjekt. Systematisk fagutvikling er en forutsetning når tvang skal reduseres. Vitenskaplig produksjon er en forutsetning når dette skal dokumenteres. Prosessen må forankres i ledelsen (Norvoll, et al, 2008). Sykepleierne i min studie viser et sterkt engasjement for å endre en skjermingspraksis. Sykepleierne beskriver hvordan pasienters frustrasjonsutageringer er redusert. *Alternativer til skjerming* starter i fellesmiljøet med avledende tiltak. Statistikker brukes aktivt slik at personalet kan følge med på tvangsbruken. En sykepleier beskriver at tre personale går tur med en urolig pasient for å forebygge skjerming. De beskriver at bruken av frivillig skjerming er vellykket så lenge pasienten samarbeider.

Sykepleierne i min studie beskriver at uenighet kan oppstå mellom personalet når skjerming skal avsluttes. Sykepleierne er usikre på om pasienten er frisk nok til å ha løsere kontakt til sykepleieren og å tåle fellesmiljøet. Lorentzen et al (1984) poengterer at skjerming er krevende og skaper diskusjoner mellom ansatte. Når skjermingstiden trappes ned eller avsluttes, er det fordi pasienten er vurdert til å kunne ta ansvar for sin situasjon (ibid). Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten skal endres. Dette samsvarer med Peplaus (1988) teori, når hun beskriver at pasientens ansvar og selvstendighet betegner en vellykket terapeutisk relasjon mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleieren beskriver imidlertid at i det pasienten følges ut i fellesmiljøet, blir relasjonen distansert og sykepleierens tilgjengelighet reduseres. Skjermingsvedtaket kan derimot anvendes til å holde pasienten tilbake på skjermingsrommet/enheten når sykepleierne mislykkes i sin vurdering av pasienten. Tilbakeholdelse av pasienten etter en tur ut i fellesmiljøet beskriver sykepleierne som vanskelig fordi det er makt og tvangsbruk. På en annen side opplever de det betryggende fordi loven legitimerer at de kan holde pasienten tilbake og gjeninnføre skjerming. Dette gjelder spesielt når situasjonen eskaleres. Diskusjoner i beslutningsprosessen mot skjerming beskrives annerledes. Sykepleierne viser klare faglige og etiske argumenter for at skjerming må ha en begrunnelse og hensikt. Sykepleierne diskuterer med hverandre for å kvalitetssikre sine vurderinger.

Kjernen i dette kapitlet har vært å vise hvordan en skjermingsmetode har gjennomgått en endring. Diskusjonen viser at å endre en praksis krever tid og tålmodighet. *Alternativer til skjerming* er redskapet som bidrar til pasientens medbestemmelse og aktivitet. Diskusjonen trekker frem hybrider, underliggende temaer, som omsorgsmakt og gjensidighet. Med et bevisst forhold til hva som er tvang og hvorfor tvang brukes argumenterer sykepleierne for at relasjonen mellom seg og pasienten er betydningsfull. Relasjonens betydning blir en strategi for å redusere bruken av tvang og sikres ved bruk av skjerming. Ankepunktet kan være hvordan tolkningen av psykisk helsevernloven kan legitimere et ressursbruk.

7 Avslutning og konklusjon

7.1.1 På vei ut av en blackbox

Hver dag skjermes pasienter i norske akuttpsykiatriske avdelinger, og hver dag stilles sykepleierne i dilemma mellom omsorgens gode hensikter og bruk av makt og tvang. Denne studien viser at sykepleierne betrakter skjerming som metode som en måte å balansere omsorg og tvang i akuttpsykiatrisk avdeling. Balanseringen av omsorg og tvang kan ligne egne erfaringer jeg innledningsvis refererer jeg til; *de vakreste* og *de mest krevende stunder*. Det er realiteten i *de mest krevende stunder* og strevet etter *de vakreste stunder* denne studien belyser.

I diskusjonsdelen har jeg vist hva denne balanseringen kan være når skjerming ses i lys av Latours og Peplaus teorier. Bruk av Latours begreper har bidratt til at jeg i analysen av det empiriske materialet, i presentasjon av resultater og i diskusjonen ikke har behøvd å ta standpunkt til om skjerming er omsorg eller tvang, men heller betrakte at begrepene avhenger av hverandre. Bruk av Latours begreper har bidratt til at *jeg har løftet blikket* og utforsket relasjonen mellom sykepleieren og pasienten i et videre perspektiv. Jeg fant det nødvendig å belyse hvordan *tradisjonell skjerming* oppstod og ble translert, og benyttet begrepet *blackbox* (Latour, 1987; 1996).

Studien viser at sykepleierne strever i relasjonen til pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling, enten det er under skjerming eller i fellesmiljøet. Peplaus teori har vært nyttig og bidratt til at jeg har *sett tilbake* på idealer ved psykiatrisk sykepleie, men like mye *sett fremover* og utforsket en endring. Studien belyser relasjonens betydning i sykepleiefaget som realiseres bedre når pasienten skjermes. Peplaus (1988) teori om interpersonlige relasjoner har vært nyttig for å forstå hvordan emosjonelle belastninger oppstår. Relasjonen påvirkes av forhold i fellesmiljøet og hvordan begge opplever seg selv og hverandre. Skjerming som metode har ulike hensikter, men begrunnelsen for skjerming hentes i intrapersonlige forhold ved sykepleieren og pasienten og denne relasjonens kvalitet. Strevsomme relasjoner og emosjonelle belastninger har bidratt til behovet for en endring, fra *tradisjonell skjerming* til *alternativer til skjerming*. Likevel er det forhold ved Peplaus teori jeg ønsker å kommentere.

7.1.2 Kritikk av Peplaus interpersonlige teori

Motsetningsforholdet mellom sykepleielitteraturen og forskningslitteratur kan være problematisk. Jeg benytter Peplaus teori til å belyse relasjonens betydning i akuttpsykiatrisk sykepleie og skjerming som metode. Peplau (1988) kan forstås på en slik måte, at når sykepleieren opptrer på bestemte måter, løses pasientens problemer. Det fremstilles som pasienten alltid kan reflektere over sin situasjon og sammen med sykepleieren kommer de frem til en løsning. Peplau skisserer et ideal og kanskje en idyllisering av relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Min studie viser at relasjonen mellom sykepleieren og pasienten preges av strevsomme relasjoner og langt fra en idyll. Peplau har gjennom sin forskning fokusert på relasjonens betydning i et sykepleier –pasientforhold og hvordan dette kan være i et moderne helsevesen (Peplau, 1988, 1994, 1997). Slik jeg forstår Peplaus teori skisserer hun hvordan samfunnet utvikler seg og hvordan forhold ved pasienten vil påvirke sykepleierens rolle. Hun går derimot ikke i dybden på hvordan dette kan oppleves av sykepleieren og hvordan det vil prege relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Den terapeutiske relasjonens ideal er essensen i psykiatrisk sykepleie og utfordres når omorganiseringer har fokus på effektivisering og standardiserte behandlingsprosedyrer (Hem, 2008; Norvoll, 2007; Terkelsen, 2010; Skorpen og Øye, 2008). Når forskningsfeltet stiller spørsmålsteget ved skjerming som metode, kan det avvike fra sykepleierens idealer ved sykepleieutøvelsen (Hummelvoll, 1998, Strand, 1990). Derfor har jeg valgt å berike diskusjonsdelen med studier og teorier som belyser det i strevsomme i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. På denne måten favner diskusjonen både realiteten, idealet og en alternativ måte å forstå relasjonen mellom sykepleieren og pasienten (Hem, 2008; Hem og Pettersen, 2011, Juritzen og Heggen 2006).

7.1.3 Studiens konklusjon og veien videre

Typisk for denne studien er hvordan sykepleierne erfarer skjerming som metode i et relasjonelt perspektiv. Sykepleierne beskriver en endret skjermingspraksis fra en rigid form, *tradisjonell skjerming* til en fleksibel form, *alternativer til skjerming*. Skjerming generelt muliggjør dannelse av terapeutiske relasjoner, men *alternativer til skjerming* bedrer mulighetene. Skjermingsrommet og lovverket muliggjør dette og letter ubehaget i sykepleieren. *Alternativer til skjerming* utfordrer derimot forståelsen av begrepet stimuli slik det beskrives i faglitteraturen og i lovverket.

Alternativer til skjerming slik jeg forstår metoden, rommer en fleksibilitet som kan være uklar. Sykepleierne utnytter skjermingssituasjonen i relasjonell sammenheng, spesielt når et juridisk vedtak legitimerer at ressurser brukes. *Alternativer til skjerming* betyr at bruk av tid og aktiviteter skaper et fellesskap og samvær som er velkjente idealer i sykepleiefaget. Relasjonens betydning i et fellesareale i en akutt avdeling kan være skjøvet i bakgrunnen innenfor et effektivt medisinskpsykiatrisk perspektiv. Til tross for stort press på akuttpsykiatriske avdelinger må de ansatte ha troen på at relasjonen har betydning og at ansatte ikke reduseres til en vokter og oppdrager funksjon. Denne studien ses i et sykepleieperspektiv og kan være et bidrag til den pågående diskusjonen om betydningen av skjerming, hva skjerming er og hvorfor skjerming brukes. Videre forskning på skjerming bør omhandle forebyggende strategier i fellesmiljøet og betydningen av relasjonen mellom sykepleieren og pasienten.

Denne studien viser at sykepleiere ønsker en endring, og mestrer å få det til. De benytter det Peplau(1988) beskriver som sykepleierens *kraft* til å finne virksomme tiltak som skaper en endring for pasienten. Om dette fortsetter, vil avhenge av *ildsjelene*, om de holder ut og om nye tilhengere skaffes. Studien viser at sykepleierne er nye faktabyggere ved bruk av *alternativer til skjerming*. Translasjonen skaper trolig diskusjoner, fordi den representerer en endring. Sykepleierne må skaffe seg allierte skal de *vinne krigen* om en endret skjermingspraksis (Latour, 1999). Selv jeg som skriver denne oppgaven, diskuterer og stiller kritiske spørsmål ved *alternativer til skjerming*. Hvis jeg skal tenke med Latour (1999), kan det tenkes at sykepleierne betegner meg som en alliert. Mastergradsoppgavens betydning kan synliggjøre kunnskaper som kan finne nye allierte til å endre en omdiskutert skjermingspraksis.

Som en avslutning velger jeg å gjøre, slik jeg innledet denne mastergradsoppgaven, å sitere fra Karin Fossums bok *De gales hus*:

Her inne fantes alltid en såret sjel, en skuffelse, en tapt kamp. Her inne fantes angst og frykt, raseri og arroganse. Men det var mat nok, og en sjelden gang personell nok, og et utvalg kjemikalier for enhver sinnstilstand. Det gjaldt å hente folk opp fra bunnløse dyp og trekke dem ned fra de høyeste toppene, vi foretrekker ro og orden på avdelingen, vi skal dessuten jobbe her og de svakeste må skånes (Karin Fossum, s. 6, 2000).

Litteraturliste

Akerjordet, K., Severinsson, E. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *Journal of Mental Health Nursing*, 13, 164 – 170.

Alty, A. (1997). Nurses` learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 786-793.

Berg, J.E., Eikeseth, P.H., Johnsen, E., Restan, A. (2007). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Oslo: Hertervig Forlag.

Berg, A.S., Fagermoen, M.S., Kobbenes, T., Kristoffersen, S. (2001). Skjerming: Faglig omsorg og sykepleierens ansvar. *Tidsskriftet Sykepleien*, 15.

Bjerkan, A.M., Pedersen, P.B., Lilleeng, S. (2009). Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne i 2003 og 2007. SINTEF rapport 4/09. Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn.

Bjørk, I.T., Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe.

Bjørkly, S. (1995). Open-area seclusion in the long-term treatment of aggressive and disruptive psychotic patients, an introduction to a ward procedure. *Psychological Reports*, 76 (1), 147-157.

Blok, A., Elgaard Jensen, T. (2009). *Bruno Latour - hybride tanker i en hybrid verden*. Danmark: Hans Reitzels Forlag.

Bowers, L., Nijman, H., Simpson, A., Jones, J. (2010). The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiologi*, 52 (2), 239-248.

Breeze, J.A., Repper, J. (1998). Struggling for control: the care experiences of “difficult” patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (6), 1301-1311.

- Bremnes, R., Hatling, T., Bjørngaard, J.H. (2008). *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern 200, 2003, 2005 og 2007*. SINTEF rapport A8231. Trondheim: SINTEF helse.
- Tangaard, L., Brinkmann, S. (2010). I: Brinkmann, S., Tangaard, L. (red.). *Kvalitative metoder. En grundbok* (s. 29- 53). Viborg: Hans Reitzels Forlag.
- Browne, J.S., Tooke, S.K. (1992). On the seclusion of psychiatric patients. *Social Science Medicine*, 3 (5), 711-721.
- Callaway, B.J. (2002). *Hildegard Peplau: psychiatric nurse of the century*. New York: Springer Publications.
- Ching, H., Daffern, M., Martin, T., Thomas, S. (2010). Reducing the use of seclusion in a forensic psychiatric hospital: assessing the impact on aggression, therapeutic climate and staff confidence. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21 (5), 737 – 760.
- Fingeld-Connett, D. (2009). Model og Therapeutic and Non-Therapeutic Responses to Patient Aggression. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 530-537.
- Forchuk, C. (1993). *Hildegard E. Peplau :Interpersonal nursing theory. Notes on nursing theories*. London : Sage publication.
- Forchuk, C., Westell, J., Martin, M.L., Bamber-Azzopardi, W., Kosterewa-Tolman, D., Hux, M. (2000). The Developing Nurse-Client Relationship: Nurses`Perspectives. *Journal of American Psychiatric Association*, 6 (1), 3-10.
- Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner. (2006). <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html> (03.06.11).
- Fossum, Karin. (2000). *De gales hus*. Oslo: J.W. Cappelens forlag.
- Gamme, W.I. (2009). Skjerming med brukermedvirkning – Kan endring av skjermingspraksis øke pasienters tilfredshet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 57 (6), 453-459.
- Gaillard, L.M., Shattel, M.M., Thomas, S.P. (2009). Mental Health Patients`Experiences of Being Misunderstood. *Journal of American Nurses Association*, 15 (3), 191 – 199.

- Griffiths, L. (2001). Does seclusion have a role to play in modern mental health nursing? *British Journal of Nursing*, 10 (10), 656-661.
- Grigg, M. (2006). Eliminating seclusion and restraint in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 224-225.
- Haavind, H. (2007). *På jakt etter kjønnede betydninger*. I:Hanne Haavind. (red.). *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning* (s.7-59). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Happell, B., Koehn, S. (2010). Attitudes to the use of seclusion: has contemporary mental health policy made a difference? *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3208 – 3217.
- Hem, M.H. (1999). "Vil du være min venn?". *En studie av dilemmaer i relasjoner mellom psykiatriske sykepleiere og psykotiske pasienter i en akuttpsykiatrisk avdeling*. Hovedfagsoppgave ved seksjon for Helsefag, Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo.
- Hem, M.H., Heggen, K.M. (2003). Being professional and being human: one nurse`s relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 101 – 108.
- Hem, M.H., Heggen, K.M. (2004). Rejection – a neglected phenomenon in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 55 – 63.
- Hem, M. H. (2008). *Mature Care. An Empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses*. PhD dissertation. University of Oslo. Oslo: Faculty of Medicine. Section for Health Sciences. Institute of Nursing and Health Sciences.
- Hem, M.H., Heggen, K., Ruyter. (2008). Creating Trust in an Acute Psychiatric Ward. *Nursing Ethics*, 15 (6), 777- 788.
- Hem, M.H., Pettersen, T. (2011). Mature Care and Nursing in Psychiatry: Notions Regarding Reciprocity in Asymmetric Professional Relationships. *Health Care Anal*, 19, 65- 76.
- Holte, J. S. (2003). Skjerming - utvikling av en begrunnet praksis. I: J. K. Hummelvoll (red.). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien* (s. 117-146). Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvoll, J.K. (1998). *Helt –ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hummelvoll, J.K. (red.). (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvoll, J.K., Granerud, A. (2010). Teoretisk og ideologiske innflytelser på utviklingen av psykiatrisk sykepleie etter 1960 – en litteraturgjennomgang. *Vård i Norden. Nordic Journal of Nursing research*, 30 (4), 37- 42.

Husum, T.L., Bjørnsgaard, J.H., Finset, A., Ruud.T. (2010a). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, 10 (89), 1-9.

Husum, T.L., Bjørnsgaard, J.H., Finset, A., Ruud.T. (2010b). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiologi*, (7), 1-9.

Järvinen, M., Mik – Meyer, N. (2006). *Inledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. I: Mik-Meyer, N., M, Järvinen.(red.). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. (s. 9 – 24). Danmark: Hans Reitzels Forlag.

Juritzen, T.I. (2001). Maktkritikk og selvkritikk: en analyse til holdninger til makt i nyere norsk sykepleielitteratur. Hovedfagsoppgave. Seksjon for helsefag. Oslo: Universitetet i Oslo.

Juritzen, T.I., Heggen, K. (2006). Omsorgsmakt. Relasjonære sonderinger mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag*, 36 (3) 61-80.

Kendler, K.S. (2005). Toward a Philosophical Structure for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 162, 433 – 440.

Keski- Valkema, A., Sailas, F., Eronen, M., Koivisto, A.M., Lönnquist, J., Kalitala- Heino, R. (2010). The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: A nationwide 15 – years study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64 (2), 136- 144.

Kim. S.H. (2000). *The Nature of Theoretical and Thinking in Nursing*. New York: Springer Publishing Company.

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A., Joffe, G. (2010). Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, 17 (1) 65 – 76.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. California: Sage Publications.

Kynoch, K., Wu, C., Chang, A.M. (2009). The effectiveness of interventions in the prevention and management of aggressive behaviors in patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review. *The Johanna Briggs Library of Systematic Reviews*, 7 (6), 175 – 223.

Landeweer, G.H.E, Abma, T.A., Widdershoven, G.A.M. (2010). The Essence of Psychiatric Nursing. Redefining Nurses` Identity through Moral Dialogue about Reducing the Use of Coercion and Restraint. *Advances in Nursing Science*, 33 (4), e31 – e42.

Larue, C., Piat, M., Racine, H., Mènard, G., Goulet, M.H. (2010). The Nursing Decision Making Process in Seclusion Episodes in a Psychiatric Facility. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 208- 215.

Latour, B. (1987). *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Latour, B. (1996). *Vi har aldri vært moderne: essay i moderne antropologi*. Oslo: Spartacus

Latour, B. (1999): *Pandora`s Hope: Essays on the reality of science studies*. London: Harvard University Press.

Lewis, M., Taylor, K., Parks, J. (2009). Crisis prevention management: A Program to Reduce the Use of Seclusion and Restraint in an Inpatient Mental Health Setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 159- 164.

Lorentzen, S., von Krogh, G., Island, T.K. (1984). Problemer knyttet til skjerming av urolige pasienter. I: Vaglum, P., Karterud, S., Jørstad, J (red.). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri* (s. 204-212). Oslo: Universitetsforlaget.

Lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern. <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-062> (03.06.11).

Lov om helsepersonell m.v. <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html> (03.06.11).

Lov om pasientrettigheter. <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html> (03.06.11).

Løkensgaard, Ingebjørg (1977). *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Mathiesen, J. R., Føyn, P. A. (2002). *Rapport fra Gjennombruddsprosjekt Psykiatri. Bruk av tvang*. Skriftserie for leger. Utdanning og kvalitetsutvikling. Oslo: Den norske lægeforening

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

Meehan, T., Bergen, H., Fjeldsoe, K. (2004). Staff and patient perceptions of seclusion: has anything change? *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1), 33-38.

Meleis. A.I. (2007). *Theoretical Nursing. Development & Progress*. USA. Lippincott Williams & Wilkins.

Moran, A., Scott. P.A., Matthews. A., Valimaki. M. (2009). Restraint and seclusion: a distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 599-605.

Myhrer, A.L. (1993). *Prosjektrapport: Pasienters erfaring med skjerming i et psykiatrisk sykehus- akuttpost*. Ottestad: Sanderud Sykehus. Upublisert materiale.

Nord.R., Fagermoen, M.S. (1998) *Sykepleieforskningens gjenstandsområde I*: Fagermoen, M.S., Nord.R., Rokne Hanestad,B., Bjørnsborg, E. (red.). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s. 39 – 52). Oslo: Universitetsforlaget.

Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Avhandling for dr. polit.graden. Oslo: Universitetet i Oslo. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi.

- Norvoll, R., Hatling, T., Hem, K.H. (2008). *Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet. "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT)*. SINTEF Rapport A8450. Oslo: SINTEF Helse.
- Norvoll, R. (2008), *Delrapport 1. Brukerorienterte alternativer til tvang - en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur*. SINTEF Rapport A4572. Trondheim: SINTEF Helse
- O'Brian, A.J. (2001). The therapeutic relationship: historical development and contemporary significance. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 129-137.
- Peplau, H.E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: Palgrave Macmillan.
- Peplau, H.E. (1992). Interpersonal Relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly*, (5), 13-18.
- Peplau, H.E. (1994). Psychiatric mental health nursing: challenge and change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1, 3-7.
- Peplau, H.E. (1997). Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10 (4), 162-167.
- Pettersen, T. (2006). Omsorg som etisk teori. *Norsk filosofisk tidsskrift*, 41 (2), 151- 163.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, 8th ed. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Prinsen, E.J.D., Delden van, J.J.M. (2009). Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of Medical Ethics*, 35, 69-73.
- Repstad, P. (2009). *Mellom nærhet og distanse- enda en gang*. s. 306 – 314. I: Halvorsen, A., Garmann, H.C.J., Repstad, P., Aasland, T., Haugland, A.H. (red.). *Å forske blant sine egne: universitetet og region – nærhet og uavhengighet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Ruud, T., Gråwe, R.W., Hatling, T. (2006). Akutt psykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en mulitsenterstudie. SINTEF rapport A 310. Oslo: SINTEF Helse.
- Ryan, C.J., Bowers, L. (2005). Coercive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 695-702.

Sailas, E.E.S., Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2

Skorpen, A., Øye, C. (2008). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser*. Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen. Psykologisk fakultet.

Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C., Bjelland, A.K. (2008). Treatment regimes in a psychiatric hospital and apparent contradictions: Report from field work in a lock – up ward illustrated with a constructed case. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 409 – 416.

Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valakama, A., Mayoral, F., Whittington, R. (2007). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 889-897.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

Taxis, C.J. (2002). Ethics and Praxis: Alternative Strategies to Physical Restraint and Seclusion in a Psychiatric Setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 157- 170.

Terkelsen, T. (2010). *Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling: En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres*. Avhandling for graden philosophiae doctor (PhD). Universitetet i Bergen. Bergen: Medisinsk -odontologisk fakultet. Institutt for samfunnsmedisin. Seksjon for sykepleievitenskap.

Terkelsen, T., Blystad, A., Hydle, I. (2005). Transforming Extraordinary Experiences Into the Concept of Schizophrenia: A case Study of a Norwegian Psychiatric Unit. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7 (3) 229 – 256.

Vaglum, P., Karterud, S., Jørstad, J. (red.). (1984). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Vaaler, A.E., Morken, G., Lindaker, O.M. (2005). Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59 (1) 19 – 24.
- Vaaler, A.E. (2007). Effects of a psychiatric intensive care units in an acute psychiatric ward. Avhandling (dr.med.) Universitetet i Trondheim. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Medisinsk fakultet.
- Vatne, S. (2003). Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost. Dr.gradsavhandling, Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vatne, S., Hoem, E. (2007), Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (6), 690 – 698.
- Vatne, S., Fagermoen, M.S. (2007), To correct and to acknowledge: two simultaneous and conflicting perspectives of limit – setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 14, 41- 48.
- Visalli, H., McNasser, G. (2000). Reducing Seclusion and Restraint: Meeting the Organizational Challenge. *Journal of Nursing Care Quality*, 14 (4), 45–44.
- Vogt, Y. (2011). Store tvangsforskjeller i psykisk helsevern. *Forskningssmagasinet Apollon*, (2), 43.
- Wergeland, N.C. (2007). *Skjerming ei tvitydig omsorg: kva kan vere best muleg skjerming for personar i psykotisk krise?* Mastergradsoppgave. Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for klinisk medisin. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- World Medical Association (1964). *Helsinkideklarasjonen*.
<http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinkideklarasjonen/> (03.06.11)

Wynaden, D., Orb, A., McGowan, S., Castle, D., Zeeman, Z., Headford, C., Endersbee, W., Finn, M. (2001). The use of seclusion in the year 2000: What has changed? *Collegian*, 8 (3), 19-25.

Wynn, R., Kvalvik, A.M., Hynnekleiv, T. (2011). Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. *Nordic Journal of Psychiatry* 65, 133-137.

Wynn, R. (2003), Staff attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57 (6), 453–459

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2001).

<http://stud.hsh.no/home/125211/HSH/yrkesetiske> (03.06.11).



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Post doc Marit Helene Hem
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Postboks 1130
Blindern
0318 Oslo

Dato: 02.12.09
Deres ref.:
Vår ref.: 2009/1810

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk Sør-Øst D (REK Sør-Øst D)**

Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 05 93
Telefaks: 22 85 05 90

E-post: i.m.middelthon@medisin.uio.no
Nettadresse: www.etikkom.no

Sykepleievurderinger og skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling

Prosjektleder: Marit Helene Hem
Forskningsansvarlig: UiO ved øverste ledelse og Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Prosjekttema

Studien har til hensikt å utvikle innsikt i den kompetanse sykepleiere innehar når de vurderer å benytte skjerming som metode. Studien har som formål å belyse hva vurderingene kan romme av ulike kunnskaper og perspektiver. Det angis i søknaden, som et interessant forsknings spørsmål i studien, å undersøke nærmere hva som kan påvirke de ulike vurderingene.

Komiteen har vurdert søknaden i sitt møte 5. november 2009.

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk eller helsefaglig forskningsprosjekt, og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. Helseforskningsloven § 2. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig jf. Helseforskningsloven § 10, jf. Forskningsetikkloven § 4 annet ledd.

Vedtak

Prosjektet ansees ikke som et medisinsk eller helsefaglig prosjekt og faller derved utenfor retningslinjene for hva som skal legges fram for komiteen.

Vedtaket var enstemmig

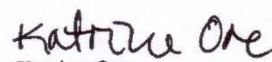
Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven 28 flg. Eventuell klage kan sendes til REK Sør-Øst D. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

REK har gått over til elektronisk saksbehandling og fått ny saksportal:
<http://helseforskning.etikkom.no>. Vi ber om at svar på merknader og henvendelser til REK

sendes inn via denne portalen eller på epost: post@helseforskning.etikkom.no. Vennligst oppgi REKs saksnummer.

Med vennlig hilsen

Stein A. Evensen (sign.)
Professor dr.med.
Leder komité D


Katrine Ore
Komitésekretær (Vikar november 2009)

Kopi: Fakultetsdirektør Bjørn Hol, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet

Vedlegg 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Marit Helene Hem
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 05.01.2010

Vår ref: 23255 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.12.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|--|
| 23255 | <i>Sykepleievurderinger og skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling.</i> |
| Behandlingsansvarlig | <i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i> |
| Daglig ansvarlig | <i>Marit Helene Hem</i> |
| Student | <i>Kristin Andersen</i> |

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

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kristin Andersen, Landskronaveien 322, 2013 SKJETTEN

Avdelingskontorer / District Offices:

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

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

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

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

23255

Utvalget omfatter 4-8 sykepleiere/psykiatriske sykepleiere. Prosjektleder oppretter førstegangskontakt til aktuelt sykehus, mens sykehusets avdelingssjef videreformidler henvendelsen fra prosjektleder til aktuelle respondenter.

Det gis muntlig og skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke for deltakelse. Personvernombudet finner skrevet tilfredsstillende.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju. Det benyttes lydbåndopptak.

Innsamlete opplysninger registreres på pc i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende Universitetet i Oslo og privat pc. Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Universitetet i Oslo sine rutiner for datasikkerhet.

Innsamlete opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 31.05.2012. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Lydbånd makuleres.

Vedlegg 3



Kristin Andersen
Landskronaveien 322
2013 SKJETTEN

Sykehus.....

05.10.09

Søknad om å benytte sykepleietjenesten ved avdeling psykisk helsevern, som forskningsfelt for mastergradsoppgave (sykepleievurderinger og skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling) ved Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo (UIO).

Jeg søker herved anledning til å rekruttere sykepleiere fra Sykehuset ... HF, avdeling psykisk helsevern.... For å gjennomføre kvalitative intervjuer som del av min mastergradsoppgave.

Skjerming er en metode som innebærer tvang. Skjermning er videre en metode som diskuteres nasjonalt som internasjonalt og som søkes redusert. Sykepleiere har lang erfaring innen akuttpsykiatriske avdelinger der skjerming som metode er en innarbeidet praksis. Det er derfor interessant å belyse hva vurderingene kan romme av kunnskaper og perspektiver. Videre er det interessant å belyse hva som påvirker de ulike vurderingene. Min bakgrunn er offentlig godkjent sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg har 10 års erfaring som psykiatrisk sykepleier og har 5 års erfaring fra akuttpsykiatrisk avdeling.

Problemstilling er: Hvilke vurderinger gjør psykiatriske sykepleiere ved valg av skjerming som metode i akutt psykiatrisk avdeling?

Data som fremskaffes skal primært anvendes i mastergradsoppgaven. Det kan være aktuelt å presentere funn fra studien i en fagartikkel eller i foredrag.

Jeg ønsker å intervju 4-8 (psykiatriske) sykepleiere med klinisk erfaring i vurderinger av skjerming som metode. Intervjuet tenkes å vare i 1- 1.5 time. Intervjuene tenkes utført i sykepleierens arbeidstid og i nærheten av sykepleierens arbeidssted. Inklusjonskriterier er følgende:

Offentlig godkjent sykepleier eventuelt videreutdanning i psykisk helsearbeid/psykiatrisk sykepleie

Behersker norsk muntlig og skriftlig

Mastergradsoppgaven følger gjeldende forskningsetiske kriterier for empirisk arbeid og ivaretar deltagernes anonymitet og konfidensialitet. Dersom tillatelse blir gitt håper jeg at avdelingssykepleier/seksjonssjef er behjelpelig med å distribuere forespørsel til sykepleiere som kan være aktuelle for utvalget og de vil motta egen skriftlig forespørsel. Eventuelt kan jeg komme til et informasjonsmøte og presentere studien. Mitt videre ansvar blir å sørge for at informasjonsbrev og samtykkeerklæring leveres ut og hentes inn igjen. Det medfører ingen direkte kostnader ved å delta i denne studien utover den tid det

tar å gjennomføre intervjuene og den tid det tar for avdelingssykepleier/seksjonssjef å levere ut brev om deltakelse og informasjon.

Studien er meldt inn til vurdering til Regional Komitè for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK). Endelig godkjenning ventes før årsskiftet 2009.

Studien meldes også personvernombudet for Sykehus .. HF.

Jeg ønsker å gjennomføre intervjuene i januar, februar og mars 2010. Når tilgang til forskningsfeltet er gitt, kontaktes avdelingssykepleier/ seksjonssjef slik det er redegjort for ovenfor. Jeg vil da avtale tid og sted for intervju.

Sykehuset vil motta et eksemplar av den ferdige oppgaven etter sensurering i løpet av høsten 2011. Jeg bidrar gjerne med muntlig fremlegg om det skulle være ønskelig.

Jeg håper denne henvendelsen ga tilstrekkelig informasjon slik at den kan vurderes. Ved spørsmål ring undertegnede på telefon: 976 61 359 / 63844406 og via e-post: kristin.andersen25@gmail.com

Hovedveileder er post doc Marit Helene Hem ved Seksjon for medisinsk etikk: m.h.hem@medisin.uio.no

Hun kan også kontaktes på telefon 22 85 06 61.

Med håp om et positivt svar og snarlig svar
Med vennlig hilsen

Kristin Andersen

Offentlig godkjent sykepleier/mastergradsstudent ved sykepleievitenskap ved UiO.

Vedlegg:
Forskningsprotokoll
Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Vedlegg 4

Fra:

Til: kristin.andersen@studmed.uio.no

Tittel: Svar på søknad om å få intervju (psykiatriske) sykepleiere vedsykehus i forbindelse med masteroppgave

Dato: 2009-12-21 15:13

Hei!

Viser til din skriftlige søknad av 14.12 sendt avd. sjef....., og tidligere telefonsamtale med undertegnede.

Saken er drøftet med, og på vegne av avd. sjef.....kan jeg fortelle at du er velkommen til å intervju noen av våre sykepleiere ved våre akuttposter i forbindelse med din masteroppgave.

Vi ser din problemstilling som spennende, da skjerming lenge har vært et fokusert fagområde i våre poster. Spesielt post ... har særlig fokusert på "innholdet" i skjermingene.

Du skriver at du ønsker å intervju 4-8 spl. Fint om du tar kontakt via telefon til undertegnede tlf nr:, rett etter nyttår. Så kan vi konkret prate om antall, tidspunkt m.m. og evt annet praktisk som bør tilrettelegges for deg, som jeg kan diskutere og videreformidle til våre aktuelle poster.

Jeg regner det også interessant i ettertid at du er villig til å legge fram funn fra din oppgave for oss. Det kan vi snakkes nærmere om.

Jeg videresender din søknad i papirform til enhetsleder..... ved våre akuttposter.

Mvh

fagutviklingssykepleier



Vedlegg 5

Forespørsel om deltakelse i en mastergradsstudie om sykepleievurderinger knyttet til skjerming som metode i akutt psykiatrisk avdeling.

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et intervju i forbindelse med min en mastergradsstudie.

Hensikten med studien er å skaffe innsikt i beslutningsprosessen som medfører bruk av skjerming. Studiens søkelys er vurderinger knyttet til skjerming som metode. Det er derfor interessant å belyse hva vurderingene kan romme av ulik kunnskap og perspektiver. Videre er det interessant å belyse hva som påvirker de ulike vurderinger.

Skjerming som metode diskuteres nasjonalt som internasjonalt. Det finnes få studier som legitimerer metodens begrunnelse, gjennomføring og effekt. Sykepleiere har lang erfaring i arbeid innen akuttpsykiatriske avdelinger. Skjerming som metode er innarbeidet i praksis og beskrives også i norsk sykepleielitteratur. Sykepleiere anses derfor å være en kilde til å utforske temaet som tenkes belyst i en kvalitativ studie som et ledd i en mastergradsoppgave.

Data som fremskaffes presenteres i en mastergradsoppgave i sykepleievitenskap. Studiet gjennomføres ved Universitetet i Oslo, institutt for sykepleievitenskap og helsefag.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at du deltar i et intervju som vil vare ca 1-1.5 timer i løpet av din arbeidstid. Jeg vil i god til avtale med deg når det passer å gjennomføre intervjuet. Du vil bli bedt om å beskrive en situasjon der du vurderte å skjerme en pasient. Du vil få oppfølgingsspørsmål som er basert på en temaguide, der du kan bli bedt om å utdype dine refleksjoner eller motta utdypningsspørsmål. Hensikten er ikke en kunnskapstest eller

ferdighetstest. Målet er å fremskaffe refleksjoner rundt temaet sykepleievurderinger og skjerming som metode..

Om du velger berike dine refleksjoner ved å komme med en pasienthistorie må jeg be deg huske på at historien må anonymiseres av hensyn til taushetsplikten og personvernet.

Mulige fordeler og ulemper

Jeg håper at du kan dra fordeler av å være med på intervjuet ved at du har fått anledning til å reflektere over en praksis du har erfaring i fra. Ulempene kan være at du kan bli sliten, men det er rom for å ta en pause.

Hva skjer med informasjonen om deg?

All informasjon anonymiseres og du sikres konfidensialitet. Det du forteller tas opp på lydbånd og lagres deretter på lydfil på minnepenn. Lydbåndet skrives av ord for ord og lagres også på en minnepenn. Du blir gitt et nummer/navn som ikke kan knyttes til din person. Lydfilen, avskrevet materiale på minnepennen og papirmateriale oppbevares i et låsbart skap. Lydfilene slettes innen 12 mnd etter at mastergradsoppgaven er levert, altså 31. mai 2012. Det er kun meg som intervjuer og min veileder Marit Helene Hem som har adgang til lydbåndopptakene/filene. Det skriftlige materiale slettes når masteroppgaven er sensurert. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av undersøkelsen når masteroppgaven publiseres og presenteres.

Det bes om at innsamlet data også kan bearbeides til en fagartikkel i etterkant av studien.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser og data blir slettet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Dersom du har spørsmål vedrørende studien kan du rette spørsmål til kontaktpersonen ved avdelingen som har informasjon om studiet eller kontakte Kristin Andersen på mobil telefon: 976 61 359 eller Marit Helene Hem telefon: 22 85 06 61

Med hilsen

Kristin Andersen
Mastergradsstudent

Marit Helene Hem
Prosjektleder og veileder

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1153 Blindern
N-0318 OSLO

Besøksadresse: Nedre Ullevål 9

Telefon: +47 22 85 05 60
Telefaks: +47 22 85 05 70
www.med.uio.no/ish

Samtykke til deltakelse i studien

”Sykepleievurderinger og skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling”.

Jeg er villig til å delta i studien og bekrefter å ha mottatt informasjon om studien. Jeg er inneforstått om at jeg kan trekke meg fra studien når om helst. Jeg sikres også anonymitet og konfidensialitet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien ”Sykepleievurderinger og skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling”.

(Signert, rolle i studien, dato)

TEMATISK INTERVJUGUIDE

TIL STUDIEN SYKEPLEIEVURDERINGER OG SKJERMING SOM METODE I AKUTTPSYKIATRISK AVDELING.

Konteksten:

Forskeren(jeg) har ansvar for at situasjonen er trygg. Jeg skal lytte aktivt - det skal være rom for stillhet - et rom for refleksjon.

Intervjuet bør foregå i et rom i nærheten av intervjupersonens arbeidsplass.

Husk: slå på båndopptakeren!!

Innledning til samtalen:

Takke for at vedkommende tok seg tid til å være med i intervjuet. Sjekke at det formelle rundt intervjuet er i orden. Repetere hensikten med studien.

Åpningsspørsmål:

Kan du si noe om din bakgrunn som sykepleier?

Og hvor lenge har du jobbet her?

Oppklarende spørsmål:

Tema: sykepleierens subjektive vurderinger

Jeg skal nå spørre deg om de ulike tanker du gjør deg når du vurderer at en pasient bør skjermes.

1. Kan du beskrive en situasjon der du vurderte at pasienten trengte skjerming? Fortell - hva skjedde
2. Hva var det i denne pasients lidelsesuttrykk som gjorde at vedkommende trengte skjerming? Hvilke andre lidelsesuttrykk kan komme frem? Andre faktorer?

Tema : sykepleieren, skjerming som metode og omgivelsene

3. Hvordan reagerte omgivelsene (medpasienter)
4. Hvordan reagerte kollegaer?
5. Stod du alene i situasjonen da denne vurderingen skjedde?

Tema: vurderingens faglige og etiske innhold

6. Skjerming som metode er omdiskutert. Hva er det som gjør at du velger skjerming som metode?
7. Hvor har du lært å vurdere dette? – *kun når det er naturlig og spørre*
8. Hvem lærte deg opp? – *kun når det er naturlig og spørre*
9. Når den endelige vurderingen er gjort - hva tenker du da - *kun når det er naturlig og spørre*
10. Er det stunder der du tenker at det kunne vært alternativer til skjerming
11. I så fall hvilke?

Vi har nå samtalen om de vurderinger du gjør når du velger skjerming om metode. Er det noe du vil tillegge dette intervjuet. Er det noe du vil kommentere i forhold til det du har skrevet ned?

Hjelpespmåål i løpet av hele intervjuet

Kan du si noe mer om det?

Lede fra det generelle til det spesielle.

Forstår jeg det riktig når..
forforståelse.

Tolkning skjer under samtalen, men det utfordrer min